

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ENFERMERIA MATERNA



**VIVENCIA DE LA AUTO PERCEPCION Y SEXUALIDAD EN MUJERES
SOMETIDAS A MASTECTOMIA CONTROLADAS EN LA UNIDAD DE
PATOLOGIA MAMARIA DEL HOSPITAL REGIONAL BASE VALDIVIA**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA

LORENA ANDREA NAVARRO SALDIVIA

VALDIVIA – CHILE

2006

COMISION CALIFICADORA

Profesora Patrocinante : Sra. Juana Romero Zambrano.

Firma

Profesora Co-Patrocinante : Sra. Debbie Guerra Maldonado.

Firma

Profesora Informante : Sra. Beate Messing Grube.

Firma

Fecha de Aprobación : _____

*Dedicada a todas aquellas mujeres que enfrentan esta tormenta...
En especial, a aquellas mujeres que depositaron su confianza en mí,
permitiéndome entrar en su intimidad.
Trabajé cuanto pude para agradecer la gentileza que demostraron conmigo.*

*Dedicada a todas aquellas mujeres
que me guiaron y me iluminaron en este camino de crecimiento y conocimiento.
Gracias por trabajar junto a mí.*

*Dedicada a mi familia, la mano que siempre me sostiene,
sin que importe la cercanía o la distancia.
Gracias por ser como son y por permitirme ser quién soy.*

*Dedicada a ti, mi Dios,
la única puerta que siempre está abierta,
sin que importe la hora, el lugar o la necesidad.
Gracias por tu amor incondicional.*

*Les aseguro que puse todo mi corazón
en cada una de las palabras contenidas en este trabajo...*

Espero no defraudarlos/as.

LORENA

INDICE

Capítulo	Página
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	3
2.1 Enfermedad y cirugía, una crisis	3
2.1.1 Mastectomía, vivencia de un duelo	5
2.2 Autoconcepto y feminidad	8
2.2.1 Autoimagen y corporalidad	9
2.2.2 Autoestima	11
2.3 Sexualidad	12
2.3.1 Prácticas sexuales y erotismo	13
2.3.2 Relación de pareja y afectividad	16
3. MATERIAL Y METODO	18
3.1 Del tipo de estudio	18
3.2 De la técnica de recolección de información	18
3.3 De la selección de las participantes	19
3.4 Del procedimiento de análisis	20
3.5 Del rigor y la ética	21
4. FLORES QUE SOBREVIVEN A LA TORMENTA	23
4.1 Azucena	23
4.2 Amapola	24
4.3 Begonia	24
4.4 Violeta	25
4.5 Margarita	26
4.6 Hortensia	26

Capítulo	Página
5. ANALISIS Y DISCUSION	28
5.1 Autoconcepto	28
5.1.1 Las mamas, un símbolo de feminidad	29
5.1.2 Mastectomía, una opción de vida	30
5.1.3 El duelo, la vivencia de una pérdida	31
5.1.4 El cuerpo, una nueva imagen corporal	34
5.1.5 Autoestima, percepción de sí mismas	37
5.1.5.1 Rol femenino, una fuente de autoestima	41
5.2 Los recursos adaptativos de las mujeres	43
5.2.1 Relación de pareja, el principal recurso adaptativo	44
5.2.2 La familia y el entorno social, como fuentes de apoyo emocional	47
5.2.3 El equipo de salud, el recurso curativo	48
5.2.4 La religión, una gran fortaleza espiritual	50
5.2.5 Otros recursos adaptativos	50
5.3 La sexualidad	52
6. CONCLUSION	61
7. BIBLIOGRAFIA	65
ANEXO I Carta de consentimiento informado para la investigación clínica	70
ANEXO II Cuestionario de antecedentes generales	71
ANEXO III Test de autoestima de Coersmith	72
ANEXO IV Entrevista en profundidad, guía temática	74

RESUMEN

La mastectomía suele ser un procedimiento importante en el tratamiento del cáncer de mama, sin embargo constituye una mutilación física y un cambio agresivo en el cuerpo de las mujeres, ya que los significados que cada mujer da a sus mamas están siempre ligados a los valores culturales y sociales existentes. A través de esta investigación se pretende conocer las vivencias en torno a la sexualidad y el autoconcepto de las mujeres luego de haber sido sometidas a una mastectomía.

La investigación se llevó a cabo durante el año 2005 y 2006 mediante una metodología de tipo cualitativa, con un diseño no experimental, transversal y descriptivo. Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad. Las entrevistas se realizaron a mujeres mastectomizadas con uno y dos años desde la cirugía, con vida sexual activa y en control en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Base Valdivia. Los temas profundizados durante las entrevistas fueron: sexualidad, autoconcepto, que incluye autoestima y autoimagen, y relación de pareja. El análisis de la información se llevó a cabo a través de la técnica de análisis de contenido y la validación de esta investigación está dada por el contraste de los discursos de las mujeres informantes, su comparación con los resultados del test de autoestima de Coersmith aplicado a cada una de ellas y la literatura existente en relación al tema.

Los resultados de la investigación hacen evidente el impacto que genera la mastectomía, no sólo en el autoconcepto de la mujer sino también en su sexualidad, ya que constituye una mutilación que agrede su cuerpo, su feminidad y el desempeño de su rol social, sintiéndose estigmatizada frente a la sociedad. Luego de la mastectomía se inicia un proceso de duelo, cuya resolución depende de los recursos adaptativos con los que cada mujer cuenta. La comprensión y confianza que la familia y la pareja le otorguen a cada una de ellas favorecen la adaptación a esta nueva figura corporal. Sin embargo, si la mujer, no tiene información adecuada, no acepta su nueva imagen corporal, aún vive el proceso de duelo, y principalmente, no siente la comprensión de su pareja, surgen problemas en la esfera de la sexualidad, que se relacionan fundamentalmente con la disminución del deseo sexual.

El profesional matrona/ón debe ser un pilar fundamental en la adaptación de la mujer y su pareja en este proceso, a través de la entrega de información que permita disminuir las inseguridades de ambos y facilitando, de este modo, el logro de una sexualidad plena.

Palabras claves: mastectomía, autoconcepto, autoimagen, autoestima, sexualidad, duelo.

SUMMARY

The mastectomy process is a relevant procedure regarding breasts cancer because it is a physical mutilation that means a painful change inside the women's bodies, specially of the meaning that every woman gives to their own breasts, all this based on the cultural and social values which are always present. The purpose of this research is to know the experiences on sexuality and the concept of woman after women undergo mastectomy.

This research was carried out during 2005 and 2006 by means of qualitative methodology, and a non-experimental and descriptive design. The method of interview in depth was used as the technique to collect the data. The interviews were made to mastectomized women with one or two years after surgery, they had an active sexual life and wen controlled in the Breast Pathology Unit at the hospital located in Valdivia. The topics analyzed during the interviews were: sexuality, self-image, including self-esteem and couple relationship. The analysis of information was based on the content of data related to the women's speeches. And the validity of this research is shown in the contrast of the women's reports which are compared with the results of Coopersmith's test applied to each of them and in the literature on this subject.

The investigation results show evidence about the impact that mastectomy causes, not only on the self-concept of the woman but also on her sexuality, because it means a serious mutilation that hurts her body, her femininity and her social rol, feeling stigmatized in society. After the mastectomy, a mourning process happens, whose solution depends on the resources of adaptation that each woman has of her own. However, if the woman is not well informed, and she is not understood by her spouse, then there are problems in relation to sexuality, which are mainly based on the lack.

The professional midwife should be an important step on the adaptation of the woman and her spouse in this process by giving all the information which can reduce her uncertainties and also helping her get a satisfying sexuality.

Key words: mastectomy, self-concept, self-image, self-esteem, sexuality, mourning.

1. INTRODUCCION

La tesis que a continuación se presenta surge de las siguientes interrogantes: ¿Cómo influye la mastectomía en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama?, ¿Qué ocurre con su autoimagen y su autoestima? y ¿Cómo influye en su relación de pareja?

PERALTA (2002) señala que el cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina. Se estima una incidencia de 700.000 casos nuevos cada año en el mundo con alrededor de 300.000 fallecimientos anuales.

La incidencia es variable en los diferentes países con cifras elevadas en el norte de Europa, 129 x 100.000 mujeres en los países escandinavos, 110 x 100.000 en Italia y Estados Unidos de Norteamérica, 95 x 100.000 en Holanda y Reino Unido, y tasas pequeñas en países asiáticos como Japón con una tasa reportada de incidencia de 30 x 100.000 mujeres.

La probabilidad de padecerlo a lo largo de la vida, si se alcanzan los 74 años se sitúa entre el 5 y 10% según los países y la tasa de incidencia se incrementa desde los años 60 a razón de 1 – 2% anual.

El cáncer de mama es actualmente muy común. Su diagnóstico y tratamiento provocan un gran impacto en el funcionamiento psicosexual de la mujer y en su relación de pareja. La información disponible concerniente al cáncer de mama es principalmente de tipo biomédica y muchos estudios sólo intentan buscar respuesta a temas relacionados con la satisfacción sexual o la frecuencia coital de forma aislada y de manera cuantitativa (HENSON, 2002).

La mastectomía es, según DA SILVA y VILLELA (2003), uno de los tratamientos a que la mayoría de las mujeres con cáncer de mama es sometida y su resultado las compromete física y emocionalmente. La mutilación favorece el surgimiento de muchas interrogantes en la vida de estas mujeres y un elevado índice de trastornos psicológicos, especialmente relacionadas con el importante papel de las mamas en su imagen corporal.

Medir la calidad de vida después del tratamiento del cáncer ha sido en general un problema; muchos cuestionarios han sido creados, pero no miden de manera particular la sexualidad. A pesar que los hallazgos de las investigaciones han sido buenos, falta una definición clara del concepto de imagen corporal y fracasan al usar estándares inventados para medirla (SCHOVER *et al.*, 1995).

La sexualidad es un ámbito a considerar por los/as profesionales de la salud que se interesan por entregar una atención integral y multidisciplinaria, como es el caso de matronas/es. La sexualidad incluye todas las perspectivas del ser y, por ende, adquiere diversos significados según las experiencias individuales y la influencia social. Sexualidad es

un concepto amplio, abarca sentimientos, como el amor, requiere de intimidad y comunicación entre los individuos, y entre sus funciones destaca la reproducción, la búsqueda del placer y la expresión de lo erótico. El concepto de sexualidad comprende también los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo y de las expectativas del rol social.

La sociedad suele juzgar a las personas en base a su apariencia física y su atractivo sexual. Debido a esto, el contacto íntimo es muy importante durante la enfermedad. Un factor que contribuye en la recuperación después de la enfermedad es el apoyo que recibe la persona afectada, particularmente de su pareja. Problemas en la relación de pareja, por ejemplo en la sexualidad, podrían interrumpir el proceso y la recuperación. La interacción sexual puede llegar a ser un elemento que aumenta el estrés en vez de reducirlo. Por lo tanto, puede ser considerada un factor de soporte durante la recuperación, y merece sólo por esta razón, toda la atención como profesionales matrones/es preocupados por el bienestar de nuestras usuarias.

La relevancia que ha adquirido el cáncer de mama en la actualidad y el incremento de las expectativas de vida que se ha evidenciado en las mujeres que lo padecen, a partir de los tratamientos aplicados, como la mastectomía que ejerce un profundo impacto psicoemocional, ponen en evidencia que el rol de matrones/es debe cambiar desde una perspectiva materno-perinatal, a una perspectiva de salud sexual y reproductiva, más aún si observamos el negativo efecto que tiene en la calidad de vida de estas mujeres.

Es debido a todo lo anterior que el presente estudio de tipo cualitativo, elaborado con el rigor y los resguardos éticos propios de una investigación, plantea como objetivo general:

- Conocer la influencia de la mastectomía en las percepciones del autoconcepto y en la vivencia de la sexualidad de mujeres controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional Base Valdivia.

Y en lo específico:

- Identificar la percepción de autoimagen que tienen las mujeres afectadas por cáncer después de una mastectomía.
- Describir la influencia de la mastectomía en la autoestima de las mujeres con cáncer.
- Describir las vivencias en el ámbito de la actividad sexual de las mujeres luego de una mastectomía.
- Describir la percepción de las mujeres en torno a su relación de pareja después de la mastectomía

El logro de estos objetivos permite obtener la información necesaria que contribuye en el desarrollo de una atención integral a las mujeres afectadas por cáncer de mama y sometidas a mastectomía.

2. MARCO TEORICO

Según GIULIANO (1997), el cáncer mamario constituye cerca de la tercera parte de todos los cánceres en las mujeres. Durante los últimos cincuenta años se ha incrementado en grado importante su incidencia en Estados Unidos. Visto desde el lado optimista se observa que en las dos últimas décadas, sobre todo desde 1990 la tasa de mortalidad se ha conservado estable e incluso disminuye, lo que refleja un aumento en la tasa de curación, debido al aumento de empleo de la mamografía, los programas de detección precoz y en definitiva a una mejora en el pronóstico y en las terapéuticas adyuvantes empleadas.

En Chile, PERALTA (2002) muestra que se conoce parcialmente la incidencia de este cáncer debido a que la notificación obligatoria de los casos nuevos está funcionando hace pocos años y principalmente en los servicios públicos que representan el 72% de la población chilena.

Los datos nacionales consolidados reportados por 23 servicios de salud del país (de un total de 28), señalan que acumularon 1.503 casos nuevos de cáncer de mama diagnosticados durante el año 2001 cuya etapificación fue la siguiente: Cáncer *in situ* = 4%, estados I y II = 63%, Estado III = 27% y Estado IV = 6%.

Con relación a la mortalidad general por cáncer en la población chilena, considerando ambos sexos, el cáncer de mama constituye la tercera causa de muerte con una tasa de mortalidad de alrededor de 13 x 100.000 mujeres. Si se considera la mortalidad por cáncer sólo en mujeres, el cáncer de mama también representa la tercera causa de muerte con una tasa de 13 x 100.000 mujeres, inferior al cáncer de vesícula biliar (17 x 100.000) y cáncer de estómago (14 x 100.000). La tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama se ha mantenido estable en los últimos años con tasas entre 12 y 13 x 100.000 mujeres, falleciendo anualmente 900 a 1.000 mujeres por la enfermedad. La mortalidad ajustada por edad (mayores de 15 años) asciende a 18 x 100.000 mujeres (PERALTA, 2002).

2.1 ENFERMEDAD Y CIRUGÍA, UNA CRISIS

La enfermedad no es sólo un acontecimiento biológico, sino también un acontecimiento biográfico que sucede en el contexto de la vida personal, es un hecho biográfico o histórico, que por ende requiere un proceso de adaptación, ya que se comienza a vivir una crisis. Por lo general, la enfermedad constituye un motivo de preocupación para la persona afectada. Se presenta un panorama alterado respecto a la vida normal, se compromete el entorno familiar y social. Por esto, la situación psicológica; es decir, el estado de los mecanismos adaptativos que permiten reestructurarse ante una crisis como la enfermedad, de acuerdo a una modalidad personal, se altera (HUÑIS et al., 1997; BELLO, 1998).

El ajuste psicoemocional del individuo que recibe el diagnóstico de cáncer constituye un proceso ininterrumpido, en el cual la persona intenta manejar su sufrimiento emocional, solucionar los problemas propios del cáncer y obtener el control de los eventos de su vida que se relacionan con esta enfermedad. En este proceso de adaptación a la crisis generada por la enfermedad se incluyen las respuestas al tratamiento del cáncer y la supervivencia del individuo (NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI), 2006b).

El NCI (2006b), señala que las personas que logran una adaptación exitosa a esta crisis disminuyen a un mínimo los trastornos en las funciones de la vida, pueden manejar su sufrimiento emocional y continuar participando en las actividades que aún tienen significado para ellos.

Según GONZALEZ DE RIVERA (2001) la crisis es un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. Se suele asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo y determinante. El éxito en esta respuesta activa favorece el desarrollo e integración de la personalidad y su fracaso puede llevar a una total desestructuración. La intervención terapéutica requiere considerar el tipo y fase de la crisis, la personalidad y experiencias críticas del sujeto, y los condicionantes socioculturales del entorno.

En el contexto de los síndromes de estrés, una crisis es una experiencia estresante, como una enfermedad, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital.

La crisis sigue un proceso, que dura habitualmente aproximadamente ocho semanas. Siguiendo a Caplan (1974), original no consultado, citado por GONZALEZ DE RIVERA (2001) podemos diferenciar las siguientes fases: fase de shock o impacto agudo, fase de desorganización crítica, fase de resolución, y por último la fase de retirada final.

Según el NCI (2006b), los mecanismos adaptativos que permiten al individuo la resolución de su crisis, se basan en: estrategias centradas en los problemas, que ayudan a los/as pacientes a manejar problemas específicos y modificar situaciones problemáticas; estrategias centradas en emociones, que ayudan a la persona afectada a manejar su sufrimiento emocional; y estrategias centradas en el significado, que le ayudan a comprender por qué ha ocurrido el problema y el impacto que tiene el cáncer en su vida.

En relación a los factores que influyen en la adaptación a una crisis como el diagnóstico de cáncer, el NCI (2006b) menciona que no es fácil conocer la reacción que tendrán las personas frente a esta enfermedad, sin embargo, el ajuste y adaptación emocional suelen estar influidos por tres factores: los factores derivados del cáncer, como el tipo de cáncer, estadio, tratamiento y pronóstico; los factores derivados del paciente, que incluyen tanto los recursos intrapersonales para la superación y el apoyo social interpersonal (familia), como también etapa de la vida (tareas del desarrollo); y finalmente, los factores derivados de la sociedad, relacionado con las opiniones de ésta con respecto al cáncer, y su influencia en

aspectos como la disponibilidad de tratamiento, discusión abierta o cerrada de la enfermedad y convicciones populares sobre la causa.

Si el/la paciente cuenta con los recursos suficientes, ya sean personales o provenientes del medio en el que se desenvuelve, sus mecanismos adaptativos le permitirán resolver la crisis que enfrenta, fortaleciendo su autoestima y su independencia. Pero si estos recursos fracasan, aparecen sentimientos de ansiedad, angustia y preocupación por la imagen corporal y sexualidad, junto con persistencia de las memorias traumáticas, indefensión futura y dependencia de otros (NCI, 2006b).

HUÑIS et al., (1997), en un estudio sobre el comportamiento sexual en pacientes con cáncer, bajo tratamiento oncológico deja en evidencia que el diagnóstico de cáncer y su tratamiento produce estrés psicológico y disturbios sexuales. El 100% de los pacientes estudiados presentó ansiedad, angustia y depresión reactiva en diferentes grados y sólo un 23% de las mujeres no sufrieron cambios en la actividad sexual.

Varios estudios informan los efectos psicoemocionales que generan ciertas cirugías como: mastectomía, histerectomía y colostomía; y describen el gran valor que tienen estas intervenciones en la calidad de vida de los pacientes, concluyendo que es necesario prestar más atención a esa dimensión (HUÑIS et al., 1997; GRAU et al., 1999).

2.1.1 Mastectomía, Vivencia de un Duelo

La literatura señala que el tratamiento quirúrgico condiciona dos tipos de vivencias: uno el significado de la extirpación del proceso maligno, asimilable a la curación, y el otro la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal (OLIVARES, 2004).

Las publicaciones existentes indican que la repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea de que el tejido maligno se debe extirpar, pero también implica reacciones de depresión, ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la atención, aumento de la introversión, mama fantasma, etc. lo que genera una modificación en las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años (GONZALEZ, 2002; FERNANDEZ et al., 2002; DA SILVA Y VILLELA, 2003; PIRES Y NOBRE, 2003).

Tradicionalmente el tratamiento del cáncer de mama se basa en la cirugía. Esto conlleva, en la mayoría de los casos, la consiguiente amputación de la mama, además de la limpieza quirúrgica de los ganglios de la axila en cuyo trayecto se produce casi siempre, la diseminación de las células cancerosas. Se reconocen los siguientes tipos de mastectomía: subcutánea, total o simple, radical modificada y radical.

Según BELLO (1998) 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 diagnostica un cáncer de mama. MAMELOCK (1995) señala que un estudio reciente de las alteraciones psicosociales y sexuales que son secuelas

comunes del diagnóstico del cáncer de mama y su tratamiento, no comprueba la esperanza intuitiva de que las técnicas de conservación mamaria eviten las perturbaciones psicológicas inducidas por la mastectomía y los estudios que comparan las consecuencias psicosociales de la mastectomía con la nodulectomía y la radioterapia, revelan ventajas para los procedimientos quirúrgicos de conservación mamaria en términos de imagen corporal.

Los tumores malignos de la mama, amenazan la vida y la feminidad. En un estudio que muestra MAMELOCK (1995) se examinaron 64 mujeres egipcias con mastectomía para identificar estresores, nivel de estrés, estrategias de afrontamiento y su eficacia. Las participantes informaron cinco estresores: esperanza de curación, eficacia del tratamiento, miedo a lo desconocido, progresión de la enfermedad y dolor.

En relación al pronóstico de la mastectomía, HENSON (2002) señala que existe evidencia, ya de la década de los años cincuenta, donde se describe el profundo impacto psicológico asociado con el desfiguramiento después de una mastectomía radical. Algunos estudios han confirmado que un número significativo de mujeres que son sometidas a una mastectomía, experimentan dificultades tanto psicológicas como sexuales. La incidencia de estos problemas, que incluye la disminución de la frecuencia coital y la anorgasmia se encuentran desde un 21 – 30%. Además las pacientes afectadas presentan más problemas maritales que aquellas mujeres que sólo presentan patologías mamarias benignas.

Por otra parte Suárez (1985), citado por BORBON y BEATO (2002), afirma que la mujer sometida a una mastectomía se afecta por un shock de grandes proporciones: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles. Además la ansiedad aumenta cuando termina el tratamiento debido al miedo y la dificultad de transitar al estado de sobreviviente.

FERNANDEZ-ARGÜELLES *et al.*, (2004) manifiestan que luego de la cirugía suele aparecer un síndrome depresivo más o menos latente que se manifiesta generalmente a los tres meses, permaneciendo algunos años. La sintomatología que se presenta en estos síndromes está dada por: alteración de la imagen corporal, disminución de la libido (36% de los casos de mastectomía y 6% de los casos de tumorectomía), repliegue sobre si misma, ideas autolíticas, convicción de ser incapaz de agradar o gustar y dificultad en reanudar la vida sexual.

La extirpación de la mama constituye una pérdida que desencadena la elaboración de un proceso de duelo, que permitirá a la mujer reconstruir su nueva imagen corporal.

El duelo es la respuesta normal a una pérdida, ya sea de un ser querido, como algo físico o simbólico. Los sentimientos originados por esta pérdida serán más intensos cuanto más importante sea el objeto perdido para la persona. Sin embargo, cada individuo responde a una pérdida de manera diferente y no existe una forma correcta de duelo, por lo tanto la persona elabora su duelo en relación con lo que ha perdido y la búsqueda de cómo recuperarlo (POTTER Y PERRY, 1996).

Existen diversos tipos de pérdida: de objetos externos, de un entorno conocido, de una persona cercana, de un aspecto del yo y pérdida de la vida. La pérdida de un aspecto del yo o de uno mismo, se refiere a la pérdida de una parte del cuerpo o una función psicológica o fisiológica, por ende la mastectomía se clasifica en este tipo de pérdida, generando un estado de duelo y una alteración permanente de la imagen corporal y del concepto que el sujeto tiene de si mismo.

La elaboración del duelo incluye componentes físicos, psicológicos y sociales; y su intensidad y duración dependen de la importancia y significado de lo que se ha perdido. Las reacciones intensas de duelo desaparecen en un período de seis a doce meses, no obstante, las lamentaciones activas pueden continuar por tres a cinco años después de la pérdida (MORRISON, 1999).

La duración del duelo, depende de los factores que influyen en su respuesta, que GUIC y SALAS (2005), resumen en: factores psicológicos, como personalidad, inteligencia, salud mental, experiencias pasadas, creencias religiosas y valores; factores sociales, como el soporte social del individuo, educación y nivel socioeconómico; y finalmente, factores fisiológicos, como salud física, nutrición y descanso.

En general, se describen cuatro tareas que permiten completar el duelo: aceptar la realidad de la pérdida, experimentar la realidad de la pérdida, adaptarse a un ambiente al cual falta aquello que se perdió y retirar la energía emocional para reinvertirla en nuevas relaciones.

GUIC y SALAS (2005) señalan que varios autores han intentado describir y etapificar el proceso de duelo, y a pesar de que existe una similitud entre los autores, esta es parcial, ya que cada uno agrega o quita etapas según sus observaciones. Sin embargo, existe una secuencia de fases que es común y que permiten llevar a cabo la elaboración del duelo:

- Fase de evitación: o shock, existe un embotamiento. La persona es incapaz de comprender lo que ocurrió y desea evadir el hecho ocurrido, apareciendo la negación, que se considera normal en esta etapa, ya que permite aceptar la realidad lentamente. El individuo desarrolla una explicación por la pérdida para disminuir su ansiedad y baja su vigilancia.
- Fase de Confrontación: o de duelo agudo, puede durar seis meses o más. En esta fase aparecen las emociones más intensas y existe un fuerte estímulo por recuperar lo perdido, lo que mantiene a la persona entre la búsqueda y el desengaño permanente, generando sentimientos de irritabilidad, ansiedad, angustia, rabia, culpa, etc., que pueden llevar incluso a que el individuo sienta la presencia de lo que ha perdido, en el caso de la pérdida de una o ambas mamás, suelen ocurrir episodios de mamá fantasma. En esta etapa la persona acepta la pérdida como algo imposible de recuperar.
- Fase de restablecimiento: reorganización y resolución. Aquí se produce la estabilización de los altibajos de la etapa anterior, existe una gradual declinación del duelo, la energía

psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla, entonces se inicia la re inserción emocional y social a la vida cotidiana. La pérdida nunca se olvida, sólo se pone en un lugar especial.

Se debe tener en cuenta, que el duelo es un proceso normal ante una pérdida, sin embargo su elaboración constituye una instancia de crecimiento para la persona afectada, ya que se produce una reconstrucción de significados, que la lleva a un estado de mayor desarrollo personal (GUIC Y SALAS, 2005).

2.2 AUTOCONCEPTO Y FEMINIDAD

Según PEARSON et al., (1993), el autoconcepto implica una autoevaluación de todo lo que, según el propio individuo, ha sido, es y aspira ser. Incluye hechos tangenciales, como medidas físicas y descripciones del tamaño y forma del cuerpo, así como también los juicios sobre la conveniencia de los propios valores o deseos. Entonces autoconcepto es la suma total de las valoraciones y evaluaciones del *yo*, que representan la propia individualidad. El autoconcepto está determinado por las interacciones que mantiene la persona con los demás y las reacciones que presentan los demás frente a éste. El autoconcepto se suele dividir en dos componentes: autoimagen y autoestima.

El autoconcepto se relaciona estrechamente con los aspectos biológicos que determinan el hecho de ser hombre o mujer, y las determinaciones socioculturales que esto implica para cada individuo según la sociedad en la cual se desenvuelva. Existen mandatos y roles específicos para hombres y mujeres, en cada sociedad o cultura que indican la normalidad de los individuos y que determinan la masculinidad y la feminidad (MASTERS et al., 1995b).

Según MASTERS et al., (1995b), es más fácil mantener el equilibrio social, si las conductas adoptadas por cada individuo corresponden con las expectativas de la sociedad, otorgando de este modo un cierto grado de estabilidad en los detalles de la vida cotidiana. La adecuación a las normas culturales y sociales preconcebidas denota adaptación y salud, en tanto que los desvíos de estas demuestran anormalidad, e incluso, enfermedad, lo que influye también en el autoconcepto que la persona forme de si misma.

Por lo tanto, por el sólo hecho de pertenecer a uno u otro sexo biológico, existen roles sexuales o de género definidos culturalmente determinados para hombres y mujeres. Los roles sexuales son expectativas de conductas adscritas que definen derechos y obligaciones de las personas, por el sólo hecho de ser hombre o mujer. Todo esto se refiere a la expresión de la masculinidad o feminidad de un individuo al tenor de las reglas establecidas por la sociedad, es la manifestación externa de la identidad sexual. Y los términos, masculinidad y feminidad aluden al grado en que una persona se ajusta a las expectativas culturales sobre la conducta y la apariencia que deben mostrar los hombres y mujeres (MASTERS et al., 1995a; HAMEL, 2001).

La mujer asume como metas significativas para ella, el matrimonio, la maternidad, el cuidado de la prole, de los ancianos y enfermos de la familia, ya que estas actividades

constituyen el primordial foco de las expectativas de nuestra sociedad para el desempeño del rol tradicional de la mujer (MASTERS et al., 1995b; VICTORIA Y MAESTRE, 2003).

Otro constructo social que determina lo femenino, así como concluyen los talleres de reflexión promovidos por la Red de salud de las mujeres de Latinoamérica y del Caribe, es la búsqueda irracional de juventud y belleza, según la cual las mujeres son valoradas por su aspecto antes que por su intelecto y el cuerpo es un instrumento de seducción, como objeto sexual que da poder frente a los hombres y la sociedad (RUIZ, 2001).

MASTERS et al., (1995b) manifiesta que desde la infancia, tanto la identidad sexual o de género de un individuo, definida como la convicción personal y privada que tiene el sujeto de pertenecer al sexo femenino o masculino, como los roles sexuales, vienen configurados primordialmente por fuerzas psicosociales, determinando la imagen que tenga cada individuo de si mismo y del valor que se otorgue a partir de los cánones sociales establecidos.

2.2.1 Autoimagen y Corporalidad

La autoimagen consiste en todos aquellos aspectos físicamente autodescritos, o bien que pertenecen a los roles que se desempeñan a lo largo de la vida, como, el ser hombre o mujer. Se construye a partir de dos fuentes, una basada en el aspecto biológico y la otra en la forma mediante la cual cada persona se socializa en una cultura que prescribe definiciones normativas de masculinidad y de feminidad (PEARSON et al., 1993).

La imagen corporal es definida como las funciones mentales específicas relacionadas con la representación y conciencia sobre el propio cuerpo. Un artículo publicado por DIAZ et al., (1999) relativo al atractivo físico, menciona que este es un concepto que surge de las pautas culturales de belleza, y por ende, estas pautas cambian de acuerdo a cada cultura. Sin embargo, existen características, generales a todas las culturas, que determinan el atractivo físico y que se relacionan con la teoría socio biológica, la cual plantea que los atributos físicos de las personas se relacionan con la capacidad reproductiva del sexo opuesto. A partir de esto, las mujeres son más atractivas al poseer atributos relacionados con la fertilidad y la juventud.

Este artículo concluye que el atractivo físico es un constructo social que varía en cada cultura según la raza y los mandatos de la moda, influyendo directamente en las relaciones sociales de cada persona, la formación de su autoimagen, y la opinión que tiene de su propia imagen corporal y su conducta.

Otro factor relacionado con el atractivo físico, que se menciona en el artículo de DIAZ et al., (1999) es aquel que se refiere a una *imagen saludable*, concepto que en ocasiones no concuerda con una óptima condición de salud, siendo mal entendido por las personas, y que incluso puede guiar a los individuos a tener conductas que resultan ser auto destructivas.

El mismo artículo señala que existe una relación entre género y autoimagen corporal, que alude a la forma como los individuos piensan, sienten y se comportan de acuerdo a la percepción de sus atributos físicos. La autoimagen corporal depende de tres determinantes: evaluación, que se refiere al grado de satisfacción frente a la propia apariencia; afecto, que se

relaciona con los sentimientos provocados por las evaluaciones en diversos contextos; y la inversión, dada por la preocupación en el manejo de la imagen. Las mujeres con mejores niveles de autoimagen son aquellas que se acercan más a su prototipo de belleza ideal y, por ende, expresan sentimientos positivos acerca de si mismas.

La imagen que la persona hace de su cuerpo es construida y reconstruida a lo largo de la vida, a partir de las experiencias con el mundo exterior. Llegar a amar o aceptar el cuerpo como parte de la sexualidad es algo fundamental. Una cosa es la imagen pública y otra es la realidad del cuerpo desnudo. Su aceptación o rechazo influye de manera decisiva en las relaciones sexuales.

Cuando se menciona la sexualidad, en lo primero que se piensa es en ciertas partes del cuerpo. Pero la sexualidad es la totalidad del cuerpo y no solamente una parte de él. Cuerpo de varón o cuerpo de mujer que implica lo visible y lo invisible de sus formas, pero, sobre todo, los significados que ese cuerpo posee para cada uno y para el otro. Un cuerpo que nada tiene que ver con el cuerpo que describen la anatomía y la fisiología. Un cuerpo construido con ideales, modelos y fantasías.

El cuerpo de la mujer es un símbolo sexual por excelencia, cada una de sus partes constituyen elementos de su sexualidad atractivos para el sexo opuesto, siendo las mamas las de mayor relevancia, no sólo porque representan el atractivo más visible y tangible de la feminidad, sino porque con ellas, la mujer también perpetúa su relación madre-hijo/a. Las mamas suelen desempeñar un importante papel fisiológico en todas las fases del desenvolvimiento femenino que va desde la pubertad a la edad adulta, representan en nuestra cultura un símbolo de identificación propio de la mujer y su feminidad, expresada por el erotismo, sensualidad y sexualidad. Las mamas son parte de la estética de la imagen corporal y maternidad de la mujer (BELLO, 1998; STELLA *et al.*, 2002; DA SILVA Y VILLELA, 2003).

Las mamas son un órgano cuyas significaciones culturales, en la sociedad occidental, están ligadas a la maternidad, el erotismo y la sexualidad. Por lo tanto, a pesar de no ser órganos reproductores, forman indiscutiblemente parte de la anatomía sexual de la mujer. Más aun en esta época de globalización donde los medios de comunicación dictan las normas de belleza a través de la moda, las revistas para hombres, la publicidad, la televisión y el cine, pautas que conceden gran importancia a las mamas (MASTERS *et al.*, 1995a; VIDAL Y LOPEZ, 1999).

El significado de las mamas está muy influenciado por las pautas culturales. En las sociedades de occidente el significado de las mamas de la mujer, no se relaciona exclusivamente con la maternidad, por el contrario existe un obsesivo interés desde el punto de vista del atractivo erótico, constituyéndose el principal símbolo de la sexualidad, la feminidad y la seducción. A diferencia de otras culturas, por ejemplo en el antiguo oriente, las mujeres solían fajarse las mamas para que pasaran desapercibidas, pero con el paso del tiempo y el proceso de occidentalización la situación es ahora otra y las mamas han alcanzado un grado nada despreciable de erotización (MASTERS *et al.*, 1995a).

De este modo, las cirugías mutiladoras suelen afectar la percepción del propio cuerpo, ya que implican cambios en la imagen corporal que pueden afectar la sexualidad de las mujeres que son mastectomizadas. La imagen corporal puede ser comprendida como una representación mental que la persona tiene de su propio cuerpo, está directamente vinculada a la percepción y comprende aspectos fisiológicos, psicoafectivos, cognitivos y relacionales del individuo.

Según SCHOVER *et al.*, (1995), la pérdida de la mama por una mastectomía tiene efectos más devastadores que los tratamientos para otros tipos de cáncer, debido al valor que la sociedad le otorga a las mamas en términos de atractivo sexual.

2.2.2 Autoestima

Autoestima es la percepción valorativa que hace el individuo de su propio ser, de su manera de ser, de quien es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran su personalidad. La autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar. Según PEARSON *et al.*, (1993), autoestima se refiere al valor que se otorga a las imágenes que la persona posee de sí mismo. Si a la propia autodescripción se añade un sentimiento de satisfacción o de decepción, entonces se está hablando de autoestima. Se desarrolla a través de las propias experiencias, interacciones con los demás y mensajes culturales.

La autoestima señala SERRANO (1998), entendida como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, es fundamental en el crecimiento armónico de la salud humana. Autoestima, acarreado valoración de la persona hacia sí misma, viene a ser como un paralelo al sistema inmunitario de la vida psíquica. Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potencia la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumenta el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfoca a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Autoestima se relaciona con la capacidad del individuo de responder quién soy yo. La posibilidad de identificarse y establecerse como un sujeto actuando, protagonista de su vida, y como sujeto consciente que asume, evalúa, siente lo que hace, piensa, decide y experimenta, junto con como cree que los demás perciben su yo.

El hecho que se presenten o no inseguridades, luego de la mastectomía, así como la forma y cuantía de las mismas depende, entre otros factores, del grado de seguridad que la mujer posee respecto de sí misma, de la valoración de su cuerpo y de la calidad de su vida afectivo-sexual previa.

El aspecto afectivo durante el tratamiento de cáncer fluctúa desde incredulidad hasta depresión clínica y, típicamente, cambia con el tiempo. La ansiedad y la depresión son dos de las interrupciones afectivas más comunes entre las pacientes con cáncer, y ambas tienen efectos perjudiciales en el funcionamiento sexual.

2.3 SEXUALIDAD

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varios elementos; uno de estos elementos es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. FUENTES (2001) define sexualidad como una experiencia humana que comprende al individuo en su totalidad.

La sexualidad es toda la gama de respuestas afectivas que se dan en un individuo y que no está referida solamente a la primacía de los genitales y que es la resultante de cinco factores dinámicos: como un significado de los instintos, como una manifestación de lo cultural, como una expresión de los afectos, como una resultante de la circunstancia, que en el cáncer deben considerarse en tres aspectos: las condiciones para enfermar, las actitudes psicosociales ante esta enfermedad y los tratamientos antineoplásicos aplicados al paciente, todos ellos subordinados a la estructura de la personalidad del individuo (Schavelzon (1992) original no consultado citado por HUÑIS *et al.*, 1997).

Según GONZALEZ y MIYAR (2001), existen diversos sentimientos, criterios, convicciones y posiciones en cuanto a la sexualidad en los individuos, pero cada uno vive su sexualidad en forma personalizada, ya que viene dada por una experiencia personal y privada, así como también por influencias contextuales públicas, que son las que impone la sociedad. Sólo se logra comprender la sexualidad humana al reconocer su carácter multidimensional; es decir, existe una dimensión personal, individual, donde se expresa el yo del individuo; una dimensión de pareja donde haya una expresión de vivencias, goce, placer o displacer en la pareja; una dimensión familiar donde se manifieste la reproducción y la comunicación filial, y finalmente una dimensión social donde se exprese comunicación y mandatos sociales.

La influencia de la sociedad en la sexualidad se observa en que la colectividad la regula mediante normas, proscripciones y presiones parentales y de los grupos de individuos de nuestra misma edad, todos estos agentes inducen a cada individuo a encauzar su conducta sexual por una determinada senda (MASTERS *et al.*, 1995a).

RUBIO (1996), psiquiatra, sexólogo e investigador, plantea un modelo para aproximarse a la sexualidad humana con base en la Teoría del Sistema General propuesta a mediados de siglo. Propone que la sexualidad es resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que originan cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo (o el placer sexual y sensual) y la vinculación afectiva interpersonal (o el amor).

La sexualidad en pacientes afectados/as por cáncer ha sido poco tratada en la literatura especializada a pesar de constituir una preocupación real y vigente en los enfermos/as, debido a la consecuencia directa de la enfermedad y de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia), y por el impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar la crisis o

problemas de pareja preexistentes. Por otro lado, se genera un nuevo desafío para los/as profesionales que atienden a estas personas, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento (GRAU et al., 1999).

2.3.1 Prácticas Sexuales y Erotismo

El destino de la sexualidad es la búsqueda de la experiencia placentera compartida con el otro/a en el encuentro amoroso. Si bien se trata de una realidad subjetiva, su estructura, su sentido y práctica están dados por las interrelaciones culturales que la regula y que la dotan de sentido.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo y de las expectativas del rol social.

GONZALEZ y MIYAR (2001) manifiestan que la conducta sexual se determina en gran medida por el sentido de la vida y el sentido personal del individuo sobre la sexualidad, y por su integración al sistema de valores de la estructura social.

En cuanto a la relación de pareja, FUENTES (2001) menciona que no existe nada más interaccional que la sexualidad en la pareja. Es necesario ponerse de acuerdo en el cuándo, cómo y dónde, y sin embargo, no es sólo esto lo que influye en la actividad sexual, cada persona aporta sus creencias, valores sexuales, la imagen de sí mismo y del otro, la capacidad de dar y recibir, de tolerar la intimidad, sus miedos y sus frustraciones.

Por lo tanto, entre genitalidad y sexualidad existe una diferencia y no porque estos dos actos no vayan unidos, sino porque al separarlos, se prescinde de la particularidad con la que cada persona vive, concibe y se acerca al acto sexual. En la genitalidad, se habla del proceso reproductivo, de las características hormonales y del aparato reproductivo. En la sexualidad, en cambio, se va mucho más allá: se habla también de genitalidad, pero, al mismo tiempo, se habla de un conjunto de características psicológicas, afectivas, sentimentales, emocionales, socioculturales y espirituales.

SADOCK (1995) señala que el estudio de la sexualidad humana abarca todos los aspectos relacionados con el sexo o afectados por él; los órganos sexuales y sus funciones; instintos, impulsos y deseos sexuales; ideas, sentimientos y conductas vinculadas con la gratificación sexual y la reproducción, incluyendo la atracción por otra persona. El comportamiento sexual es variado y depende de una compleja interacción de factores, como las relaciones interpersonales, las circunstancias vitales y el contexto cultural. La sexualidad individual se entrelaza con otros factores de la personalidad, su constitución biológica y con el yo. Comprende la identidad sexual y refleja las experiencias del desarrollo sexual durante toda la vida.

Es difícil establecer una definición estricta de sexualidad normal. Es más sencillo definir la sexualidad anormal, como comportamiento sexual destructivo para sí mismo/a o para los otros/as, que no puede dirigirse a una pareja, excluye la estimulación de los órganos

sexuales primarios y se asocia con culpa y ansiedad. Al fin de cuentas, la sexualidad la define cada paciente y su compañero/a dentro del marco de factores como género, edad, actitudes personales y valores religiosos y culturales.

LAGARDE (1997) señala que la sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: uno es el de la procreación y otro es el erotismo. Estos dos ámbitos son la base de la especialización sociocultural de las mujeres. En torno a la procreación se construye la maternidad como experiencia vital básica. En la cultura occidental los conceptos de sexualidad y erotismo suelen utilizarse indistintamente, la sexualidad es identificada con el erotismo. Teóricamente es necesario diferenciar ambos conceptos para elaborar categorías rigurosas.

RUBIO (1996), se refiere al erotismo como procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual y el orgasmo, y sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias, así como las construcciones mentales entorno de estas experiencias.

En el nivel biológico del erotismo suelen estudiarse la fisiología de los órganos sexuales y la respuesta sexual humana. En el plano psicológico se presta atención a la identidad erótica, la simbolización erótica, las actitudes ante la virginidad y las experiencias autoeróticas. En el plano social se encuentran los guiones de conducta erótica, las diferencias culturales en los códigos morales, en la aceptación o rechazo de comportamientos sexuales específicos, la legislación acerca de la conducta sexual, etc.

Es posible, a partir de lo anterior, definir y distinguir el campo erótico, las relaciones, las prácticas, los conocimientos, las creencias, etc., de otros campos de la sexualidad como la reproducción social, la procreación, las relaciones de parentesco, etc.

La literatura existente señala que la respuesta sexual humana consta de 4 fases objetivas, que son: excitación, con el aumento de la lubricación y de la tensión muscular; meseta, donde se produce una nivelación de la tensión muscular con un aumento de la congestión venosa; orgasmo, que son las contracciones musculares rítmicas; y resolución, que se distingue por la caída rápida de la congestión vascular y la tensión muscular. También se mencionan dos fases subjetivas, constituidas por el deseo sexual o libido, que se refiere al interés por el sexo, el individuo siente deseos de estar con su pareja; y la satisfacción sexual, determinada por el grado de satisfacción, positiva o negativa, experimentado por el individuo luego de la actividad sexual; ambas constituyen la primera y la última fase de la respuesta sexual humana respectivamente (MASTERS *et al.*, 1995a; GRAU *et al.*, 1999; GONZALEZ Y MIYAR, 2001; LOPEZ Y GONZALEZ, 2005).

Algunos factores que influyen en la respuesta sexual humana y que pueden generar disfunciones sexuales, señalados por la literatura son: falta de conocimientos y de experiencia, inhibición sexual, la fatiga, conflictos interpersonales, aburrimiento en la relación de pareja, imagen corporal distorsionada, ansiedad de desempeño, culpa, trauma sexual, etc. También se describen los distintos eventos que suelen ocurrir en el ciclo vital de las personas como factores que pueden influir en la respuesta sexual humana, dependiendo de la etapa del ciclo

vital por la que esté transcurriendo la persona y la capacidad de adaptación para el logro de sus tareas del desarrollo, lo cual está íntimamente relacionado a su condición psicoemocional.

Esto se hace evidente en el inicio de los procesos regresivos del organismo, propios de la edad adulta madura en la mujer, como la acumulación de grasa alrededor de la cintura o la llegada del climaterio y menopausia; ya que en esta etapa se inicia una disminución de las facultades sexuales (POTTER Y PERRY, 1996).

La característica más significativa de la edad adulta madura en las mujeres es la llegada de la menopausia y el período del climaterio, que se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición, de carácter involutivo, en la cual se produce la menopausia, es decir, desaparecen las menstruaciones, constituyendo el final de la vida reproductiva, y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función orgánica. Por lo tanto, no se debe considerar el climaterio como un fenómeno aislado, ya que involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud (LUGONES *et al.*, 1999; LUGONES *et al.*, 2001; VICTORIA Y MAESTRE, 2003).

MULLIGAN (1998) menciona que los cambios fisiológicos y físicos que ocurren durante el climaterio en la mujer sana normal tienen efectos mínimos en su capacidad para la actividad sexual o en su realización.

Se ha dicho que los trastornos de la sexualidad forman parte de la sintomatología del climaterio, como son también los sofocos y otros síntomas debido a la decadencia de la función ovárica. Se sabe que en esta etapa el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen sobre la actividad, la capacidad y el interés sexual ciertas alteraciones, tanto atrofia en el aparato genital femenino, como en el organismo en general; por tanto es comprensible y lógico que la respuesta sexual también sufra modificaciones. Sin embargo, estos efectos varían mucho según la persona y suelen estar bajo la enorme influencia del ambiente psicosocial (MULLIGAN, 1998; GONZALEZ Y MIYAR, 2001).

A partir de lo anterior, se ve que los factores mencionados requieren de su interrelación con otros factores para generar dificultades en la respuesta sexual. No así el cáncer, que es por sí solo un factor que puede producir, ya sea por sus síntomas, por su tratamiento o por su impacto psicoemocional y social, cambios en los patrones de funcionamiento sexual, al originar nuevos problemas o exacerbar los preexistentes (GRAU *et al.*, 1999).

Según LOPEZ y GONZALEZ (2005), existen cuatro vías principales en las que el cáncer o sus tratamientos pueden afectar la actividad sexual; la aparición de problemas físicos para dar y recibir placer, la alteración de la imagen corporal, la aparición de sentimientos como miedo, tristeza o angustia, y finalmente, la modificación de roles y relaciones. Además existen interrelaciones entre estas áreas, por lo tanto, si una de ellas se ve afectada, las otras áreas también se verán alteradas.

Es, por lo tanto, labor de ambos integrantes de la pareja lograr un ambiente óptimo, donde la comunicación y la confianza, permitan el abandono a la experiencia erótica sin inhibiciones, ni remordimientos. Si esto no se consigue pueden surgir entonces, dificultades en la vida sexual, que suelen traducirse en disfunciones sexuales.

2.3.2 Relación de Pareja y Afectividad

Según GAZMURI (2001), cuando se habla de pareja, se está hablando de las relaciones humanas, por lo tanto, no sólo se debe considerar la idiosincrasia y rasgos de cada una de las personas, sino también la naturaleza del vínculo que ellos establecen. La pareja vive en un contexto social, por lo cual su relación va a estar fuertemente influida por las expectativas sociales y por las orientaciones políticas, religiosas y económicas.

Una buena relación de pareja responde a una de las necesidades fundamentales de la vida: la relación amorosa, que satisface el deseo de intimidad, de camaradería, de placer y de libertad sexual. (GAZMURI, 2001). El afecto es la capacidad de la mujer y su pareja de expresar sus sentimientos y emociones de una manera mesurada y espontánea.

Los pilares fundamentales que GAZMURI (2001) señala para el desarrollo y sustento de la relación de pareja son:

- La relación de pareja es especial y debe diferenciarse de cualquier otra. Existe un espacio en el cual nadie más entra y que genera una complicidad especial. Este espacio incluye la sexualidad, aunque este pueda estar ocasionalmente ausente en la conducta.
- En la intimidad de la relación de pareja, se juegan necesidades de pertenencia, de cuidado y protección, de dependencia y seguridad y al mismo tiempo se requiere de las personas un sentido de identidad logrado, de estabilidad y autonomía, un grado de eficiencia de las obligaciones que implica la vida adulta.
- Ambos individuos deben apreciarse en igualdad de valor como personas y apreciar el aporte que brinda el otro a la relación. Ambos necesitan saber que el otro lo valora y lo necesita.

Cada etapa de la relación de pareja plantea desafíos y crisis que superar, y es precisamente ese proceso lo que mantiene viva la unión. GAZMURI (2001) menciona que la pareja debe mantener un lenguaje que permita el reconocimiento de las crisis como procesos normales, y más aún cargadas de oportunidad para que las parejas no lo sientan como anormal e ilegítimo, ya que solo aumenta el dolor y cierra la posibilidad de encontrar salida a la situación.

RUBIO (1996), define la vinculación afectiva interpersonal como la capacidad de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otra persona, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que se deriva de ellos, siendo la forma más reconocida de vinculación afectiva, el amor.

FROMM (1966), que propone el amor como características del vínculo afectivo es activo, da y tiene cuidado, conocimiento, responsabilidad y respeto por la otra persona, con la que además, experimenta afectos intensos.

El deseo de intimidad y de ser un buen amante son necesidades universales, muy comprometidas cuando hay una incapacidad física. Por eso, mutilación corporal, dolor, etc. crean dificultades en la expresión corporal de los afectos y la sexualidad, obligando a buscar alternativas.

La información adecuada de la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas psicoemocionales y psicosociales que ocasiona el cáncer. Dependiendo de la vida de pareja, de la retroalimentación postoperatoria que ejerza el compañero se producirán más o menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima. Es necesario que en la relación de pareja exista una comunicación que permita reconocer las crisis como procesos normales, no la sientan como anormal e ilegítimo, ya que esto aumenta el dolor e impide encontrar salida a la situación.

La sexualidad se expresa e todos los contextos de la vida. Es por esto que las matronas/es como profesionales de la salud deben estar preparadas/os para enfrentar, estudiar, orientar y saber brindar las respuestas a todas la interrogantes que las usuarias, y en especial las mujeres sometidas a mastectomía, presenten durante su proceso de enfermedad y tratamiento.

La bibliografía analizada pone en evidencia que lo curativo ya está abordado y, por lo tanto, ahora es necesario guiar la mirada al conocimiento de los sentimientos que experimentan las mujeres que son sometidas a una mastectomía. Tema que se profundiza en esta investigación.

3. MATERIAL Y METODO

3.1 DEL TIPO DE ESTUDIO:

La metodología seleccionada para realizar esta investigación es de tipo cualitativa, dado que a través de ella se busca comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que las personas les conceden. Constituyendo una investigación con un diseño no experimental, transversal y descriptivo, ya que permite profundizar en la perspectiva de la población estudiada, pretendiendo conocer el efecto de la mastectomía en la vivencia de la sexualidad y el autoconcepto de las mujeres afectadas por cáncer de mama, a través de un estudio de caso con elementos etnográficos, con el propósito de probar de modo profundo y analizar con intensidad el fenómeno diverso que constituye el ciclo vital de la unidad, con el fin de establecer generalizaciones acerca de una población más amplia a la que pertenece el particular observado (HERNANDEZ et al., 2003; VASQUEZ et al., 2005).

Desde la perspectiva del área de la salud, la investigación cualitativa permite conocer las vivencias de las personas en el proceso salud-enfermedad, percibido por cada individuo de manera particular. Permitiendo a la investigadora mirar a los usuarios/as desde una perspectiva holística y de este modo encontrar el origen de los problemas que afectan al ser humano y que suelen mirarse como una estadística o problema social, sin averiguar cuáles son los orígenes de esos comportamientos.

3.2 DE LA TECNICA DE RECOLECCION DE INFORMACION:

Las técnicas de recolección de información que se utilizaron fueron la entrevista semiestructurada y en profundidad. En algunas de las dimensiones y temas, estos recursos permitieron que las mujeres entrevistadas expresaran libremente sus sentimientos acerca del proceso a que fueron y están enfrentadas y la vivencia de su sexualidad. El objetivo de estas entrevistas fue obtener material de niveles psicológicos suficientemente profundos y hacer surgir a la superficie actitudes y sentimientos hacia el tema objeto de este estudio (DE MIGUEL, 2001; VASQUEZ et al., 2005).

Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron: un cuestionario de información general (anexo II), test de autoestima de Coopersmith (anexo III) y una entrevista en profundidad, para la cual se estructuró una guía temática elaborada por la investigadora basada en la literatura y experiencia ya existente acerca del tema (anexo IV).

La recolección de información fue realizada por la investigadora personalmente, durante año 2005. En una primera etapa se contactaron las mujeres en sus domicilios o vía telefónica, según los casos, para dar a conocer los objetivos de la investigación e invitarlas a participar. En la primera entrevista, se le solicitó a cada una de las mujeres firmar un consentimiento informado (anexo I) y se les aplicó el cuestionario de información general y el

test de autoestima. Finalmente se acordó la siguiente sesión en que se realizó la entrevista en profundidad.

Se realizaron a lo menos dos entrevistas modificables en su duración según saturación del discurso, debido a la delicadeza del tema a tratar y la necesidad de establecer un rapport que garantizó la obtención de la información en la que deseábamos profundizar. Los principales temas a tratar en estas entrevistas fueron: sexualidad, autoconcepto, que incluye autoestima y autoimagen, y relación de pareja que estarán orientados hacia las siguientes dimensiones: cognitiva, afectiva, social y de relación.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos. En el desarrollo de las entrevistas, la investigadora realizó preguntas abiertas con el fin de ir completando la información que se requería de acuerdo a la guía temática preestablecida y sugirió temas, sobre los cuales las mujeres fueron motivadas para que expresaran sus sentimientos y pensamientos, de una forma libre e informal. En casos en que la unidad de análisis no deseaba profundizar en algún tema, no estaba en la obligación de hacerlo. Las mujeres informantes fueron entrevistadas hasta que se alcanzó la saturación, es decir, la información que aportaban en el transcurso de cada entrevista no entregaba nuevos elementos o contenidos y se producía la repetición de sus discursos.

Las entrevistas fueron realizadas en un lugar privado, confortable, elegido en común acuerdo, permitiendo la expresión de las mujeres entrevistadas. El horario también se acordó de acuerdo a la disponibilidad de cada una de ellas.

Como respaldo se utilizó una grabadora de audio, previo el consentimiento verbal de cada una de las informantes. Luego de cada entrevista se realizó la transcripción textual de la grabación, con el fin de no perder información que pudiera ser relevante para la investigación.

Es importante destacar que fueron utilizados nombres ficticios para resguardar las verdaderas identidades de las participantes.

3.3 DE LA SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES:

La muestra no probabilística de sujetos tipos (HERNANDEZ *et al.*, 2003), se obtuvo de la población registrada en el tarjetero de pacientes en control en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional Base de Valdivia. Para seleccionar a las mujeres que constituyeron las unidades de análisis, se utilizaron como criterios de inclusión: mujeres, con residencia en Valdivia, sometidas a mastectomía total, con uno y dos años desde la cirugía y con vida sexual activa. Como criterio de exclusión se consideraron: mujeres que habiéndose sometido a mastectomía hace un año estén con una reactivación o compromiso metastásico actual.

Fueron seleccionadas y entrevistadas seis mujeres que reunían los criterios antes mencionados, número suficiente para obtener y profundizar en la información que se necesitaba para esta investigación.

3.4 DEL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS:

Toda la información obtenida fue procesada inmediatamente después de cada entrevista. Es por ello que el análisis se realizó simultáneamente con la recolección de la información.

La síntesis y análisis de los datos obtenidos a través del cuestionario de información general se cuantificó a través del método de los palotes, ya que es un pequeño número de personas y sólo se realizó un análisis de frecuencias a fin de establecer un perfil sociodemográfico de la unidad de análisis.

En el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis de contenido, que según VASQUEZ *et al.*, (2005), es de tipo semántico y de nivel manifiesto, es decir, consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado. Pues en lo expresado por las mujeres entrevistadas, se buscó el sentido de sus palabras y se obtuvieron categorías y subcategorías, para la clasificación, resumen y análisis. Esta técnica permitió la comprensión de los significados atribuidos por las mujeres que han sido mastectomizadas, con respecto a sus experiencias de vida después de la cirugía.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo el siguiente plan de trabajo: en primer lugar se realizó la transcripción, lectura y revisión de las entrevistas, junto con la organización de los datos recolectados y revisión de notas de campo. Lo que permitió la codificación los datos en categorías, la identificación de diversos aspectos referentes a estas, y también se obtuvieron las categorías emergentes. A partir de lo anterior, se formaron segmentos del texto (descontextualización), de acuerdo a las categorías previamente definidas en base al marco teórico, e inmediatamente se clasificaron y categorizaron nuevamente (recontextualización), según las categorías previamente definidas y las categorías emergentes de la información recopilada a través de las entrevistas.

Las categorías que se incluyeron en el análisis de este estudio fueron:

- Autoconcepto: es la autoevaluación de todo lo que, según uno mismos, ha sido, es y aspira ser. Se divide en dos componentes: autoimagen y autoestima. Medible a través del test de autoestima de Coersmith y la entrevista en profundidad.
- Sexualidad: Resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas: reproductividad, género, erotismo (o placer sexual y sensual) y vinculación afectiva interpersonal (o amor). En esta investigación interesa profundizar en: la actividad sexual, dada por el erotismo y las prácticas sexuales (deseo, tipo, frecuencia, duración, satisfacción, libido, orgasmo).
- Relación de Pareja: en relación con la afectividad y la comunicación. Considerado como la capacidad de la mujer y del hombre de expresar sus sentimientos y emociones de una manera medida y espontánea.

Como categorías emergentes se consideraron:

- **Duelo:** proceso que se inicia en aquellos individuos que experimentan la pérdida de algo y su elaboración incluye componentes físicos, psicológicos y sociales; y su intensidad y duración dependen del significado y la importancia de lo que se ha perdido.
- **Identidad de Género:** convicción personal y privada que tiene el sujeto de pertenecer al sexo femenino o masculino.
- **Recursos Adaptativos:** elementos o medios, ya sean internos (de la persona) o externos (del entorno), disponibles para un individuo, que le permiten resolver una necesidad y acomodarse a las circunstancias y condiciones de su entorno.

Finalmente se analizó la información a partir de las categorías de manera individual y a través de su comparación entre sí. Se escribieron resúmenes y se identificaron ejemplos que permitieran describir e interpretar los resultados, con el fin de obtener una visión lo más completa posible, que permitió elaborar las conclusiones y recomendaciones para el personal de salud que asiste a este tipo de mujeres, culminando este proceso durante el primer semestre del año 2006 (HERNANDEZ *et al.*, 2003; VASQUEZ *et al.*, 2005; COFFEY y ATKINSON, 2003).

3.5 DEL RIGOR Y LA ETICA:

La validación de esta investigación está dada por el contraste de opiniones, recogida y retroalimentación de la información entregada por las mujeres entrevistadas, junto con la comparación con los resultados del test de autoestima de Coersmith, las notas de campo, y la literatura existente acerca del tema, lo que constituirá la triangulación de datos bajo la modalidad de análisis agregado (ARIAS, 2000).

La triangulación consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes y perspectivas. Este mecanismo se basa en la comparación de múltiples puntos de vista, informantes, fuentes de información, métodos, técnicas, perspectivas teóricas, y que constituyen diferentes tipos de triangulación. Siendo en este caso una triangulación de fuentes de información e informantes (VASQUEZ *et al.*, 2005).

En toda investigación es fundamental mantener una postura ética por parte del investigador/a, más aún si se trabaja con seres humanos. Por lo cual se estructuró una carta de consentimiento (anexo I) que debió firmar cada una de las mujeres que aceptaron participar en la investigación. Este consentimiento hace referencia a los siguientes aspectos: objetivo del estudio, metodología del estudio, libertad para incorporarse y abandonar el relato en el momento que desee, asegurar la confidencialidad de la información, asegurar su anonimato, solicitar su autorización para grabar la entrevista.

Además antes de comenzar esta investigación, la propuesta debió ser analizada y aprobada previamente por un comité de ética.

Por último, la transcripción de las entrevistas y los resultados obtenidos en la investigación fueron entregados en un documento escrito a las mujeres que aceptaron participar como una forma de agradecimiento.

4. FLORES QUE SOBREVIVEN A LA TORMENTA

En el presente capítulo se hace una breve reseña de los acontecimientos y la vida de cada una de las mujeres, que aceptaron participar en esta investigación y que fueron entrevistadas.

Aquí se presenta el contexto de cada una de ellas, que permitirá la comprensión del análisis siguiente.

Con el fin de mantener el anonimato de las mujeres que aceptaron colaborar, los nombres utilizados, a lo largo de todo el estudio, son nombres de flores, que no se relacionan con sus verdaderos nombres.

Es importante destacar que sin la buena disposición de estas mujeres esta investigación no hubiera sido posible. Su contribución fue fundamental, ellas constituyen la esencia de este estudio. Ellas son las flores que sobreviven a la tormenta.

4.1 AZUCENA

Azucena actualmente tiene 48 años y es Católica, su grupo familiar está compuesto por su esposo y sus tres hijos de 20, 23 y 26 años respectivamente, todos estudiando en la enseñanza superior. Vive en una casa propia con saneamiento básico completo.

Tiene estudios básicos completos y su ocupación ha sido siempre la de dueña de casa, en ciertas ocasiones suele ayudar a su marido en el negocio que tienen en su casa que les otorga los recursos económicos para vivir medianamente tranquilos.

Dentro de sus antecedentes menciona la llegada de la menopausia en enero del año 2005, lo que menciona, de repente le produce bochornos y cefaleas.

En noviembre del año 2003 recibió el diagnóstico de cáncer en su mama derecha, en etapa III b, debido a esto inició un tratamiento con quimioterapia neoadyuvante el 25 de noviembre, para completar seis ciclos, que concluyeron el 19 de marzo del año 2004. Fue sometida a una mastectomía simple extendida el 29 de abril 2004 y finalmente inició la radioterapia el 3 de junio, y que concluyó el 22 de julio del mismo año.

Actualmente Azucena continúa en sus controles habituales en la UPM, sin presentar mayores dificultades.

Resultado Test de Autoestima: 15 puntos (Autoestima media)

4.2 AMAPOLA

Amapola vive con dos de sus tres hijas (30, 16, 14 años) en una casa que arrienda, con saneamiento básico completo. Su primera hija la tuvo a los 16 años de edad. Tiene 46 años y está separada hace 3 años, sin embargo tiene una pareja estable actualmente.

Es Católica y su nivel de instrucción es de enseñanza media completa. Actualmente trabaja en una empresa privada, permitiéndole ser la proveedora de su familia.

Como antecedentes mórbidos destaca que tuvo tuberculosis tratada satisfactoriamente a los 20 años de edad.

Ingresó a la UPM el 14 de agosto del año 2003, donde se le diagnóstico cáncer ductal invasor en una de sus mamas, debido a esto se sometió a una mastectomía simple extendida el día 1 de septiembre del mismo año.

Como parte del tratamiento inició cuatro ciclos de quimioterapia el 8 de octubre del año 2003, ciclos que concluyeron el 10 de diciembre del mismo año. Finalmente se sometió a radioterapia para terminar su tratamiento.

En la actualidad se encuentra en control en la UPM, sin mayores inconvenientes. Sólo manifiesta en cada control el deseo imperioso de realizarse una cirugía reconstructiva.

Resultado Test de Autoestima: 22 puntos (Autoestima media alta)

4.3 BEGONIA

Nació el 25 de enero de 1963, actualmente tiene 43 años y es de religión Evangélica. Vivió y creció en un sector rural de Valdivia hasta el año 1998, año en que se casó y debió trasladarse a vivir a la ciudad.

En la actualidad, es dueña de casa y vive en una casa de material ligero con saneamiento básico completo, junto a su esposo y su hija mayor (7 años) que nació el año 1999. El ingreso económico de esta familia está dado por el sueldo de su marido, cuyo trabajo como obrero es esporádico.

Dentro de sus antecedentes mórbidos destaca una displasia de cadera derecha y escoliosis toraco-lumbar secundarias a una poliomielitis que tuvo durante la niñez y que no fue tratada debido a la alta ruralidad.

En febrero del año 2004, se realizó un test de embarazo que resultó positivo, ingresando a su control prenatal correspondiente. En uno de estos controles se detectó una masa dura palpable en la mama izquierda y fue derivada a la UPM.

En mayo de 2004 recibió el diagnóstico de cáncer ductal invasor en su mama izquierda, con aproximadamente 14 semanas de embarazo. Dado lo anterior, Begonia fue sometida a mastectomía el 20 de mayo del mismo año con 15 semanas de gestación e inició su quimioterapia el 5 de agosto, completando cuatro ciclos que concluyeron el 5 de noviembre, este último ciclo fue posterior a la cesárea que se le realizó el día 6 de noviembre, con aproximadamente 35 semanas de gestación, siendo aún prematuro, debido a esto su recién nacido quedó hospitalizado en la unidad de neonatología.

Mientras su recién nacido se estabilizaba y mejoraba en la unidad de neonatología, Begonia asistió a sus sesiones de radioterapia, para concluir su tratamiento.

En la actualidad, debido a las dificultades que ha tenido Begonia, tanto económicas, como de salud debido al cáncer y la displasia de cadera que la hace dependiente de una ortesis, su hijo menor que actualmente tiene 1 año y crece saludablemente, debe vivir en el campo a cargo de una hermana de Begonia, esto la entristece mucho y se ve obligada a viajar al campo periódicamente.

Resultado Test de Autoestima: 12 puntos (Autoestima media baja)

4.4 VIOLETA

Violeta tiene 52 años, no tiene hijos o hijas y convive con su pareja hace un año, con quién ha mantenido una relación estable desde hace aproximadamente cuatro años. Siempre vivió en Corral y desde que decidió convivir con su pareja se trasladó a Valdivia.

Sin embargo, desde su adolescencia vivía esporádicamente en esta ciudad, debido a que completó su enseñanza media en Valdivia. La religión que profesa es la Adventista.

Vive con su pareja en una casa que arriendan con saneamiento básico completo. Ella es dueña de casa y su pareja es pescador. Los ingresos económicos están dados por las ganancias de su pareja, que son suficientes para ambos.

No refiere antecedentes mórbidos, hasta que fue derivada por su médico particular a la UPM, el 26 de mayo del año 2004 recibió el diagnóstico de cáncer en su mama izquierda, en etapa II b.

Se sometió a mastectomía simple extendida el día 4 de junio del año 2004. Luego inició la quimioterapia el 9 de julio del mismo año, para completar seis ciclos, que concluyeron el 5 de noviembre del 2004. Finalmente se sometió a radioterapia dar termino a su tratamiento.

Actualmente acude a sus controles habituales en la UPM, sin presentar ningún tipo de dificultad.

Resultado Test de Autoestima: 14 puntos (Autoestima media baja)

4.5 MARGARITA

Margarita nació el año 1959, actualmente tiene 47 años de edad. Terminó la enseñanza media y hoy es dueña de casa. Es de religión Católica.

Su grupo familiar está constituido por su marido, con quién está casada hace 16 años y su hija de 15 años de edad. Toda la familia vive en una casa propia con saneamiento básico completo. Sus ingresos económicos están representados por el sueldo de su marido, que les permite satisfacer sus necesidades básicas.

Como antecedentes mórbidos menciona ser diabética e hipertensa, además manifiesta la aparición de los síntomas propios del climaterio.

Ingresó a la UPM en noviembre del año 2002, donde se le diagnóstico cáncer en su mama izquierda, debido a esto fue sometida a una mastectomía simple extendida el 6 de enero del año 2003.

Luego inició su quimioterapia el 24 de abril del año 2003, que concluyó luego de completar el cuarto ciclo el 4 de julio del mismo año. Finalmente terminó su tratamiento con la radioterapia correspondiente.

En la actualidad, continúa en control en la UPM, sin presentar signos de reactivación o recidiva del cáncer.

Resultado Test de Autoestima: 15 puntos (Autoestima media)

4.6 HORTENSIA

Nació el año 1953, actualmente tiene 53 años de edad. Es de religión Católica. Convive con su pareja hace 16 años y tienen una hija de 12 años actualmente.

Terminó la enseñanza media y es dueña de casa, realizando, en ciertas ocasiones, trabajos de costura a pedido, sin embargo, cuando era soltera trabajó en el comercio.

Sus ingresos económicos están representados principalmente por el sueldo de su pareja, y las ganancias que tiene ella con los trabajos de costura, todo esto les permite satisfacer sus necesidades.

No menciona antecedentes mórbidos, hasta que en el año 2001 es derivada a la UPM debido a la presencia de un nódulo en la mama izquierda, que ella se tocaba hace aproximadamente un año. El 18 de julio de 2001 recibe el diagnóstico de cáncer en su mama izquierda en estadio II b, siendo un carcinoma ductal in situ extenso.

El 9 de agosto del año 2001 se somete a una mastectomía simple extendida. Y como parte del tratamiento también se le indica radioterapia. No se le realiza quimioterapia.

Al culminar su tratamiento continúa con los controles habituales en la UPM.

El 27 de julio del año 2004 a través de una mamografía de control, se observan microcalcificaciones sospechosas en la mama derecha, debido a esto Hortensia es sometida a una biopsia radiológica y más tarde, el 11 de noviembre del mismo año, debe someterse nuevamente a una mastectomía simple, ahora de su mama derecha.

En esta ocasión tampoco se realizó quimioterapia, sólo se sometió radioterapia para concluir su tratamiento.

Actualmente se mantiene en controles habituales en la UPM, sin presentar dificultades.

Resultado Test de Autoestima: 19 puntos (Autoestima media alta)

5. ANALISIS Y DISCUSION

“Cada vez que ella se mira en el espejo, va al baño, está en cama con su pareja, el cáncer la mira en la cara. La mujer ve la reacción en las caras de sus familiares. Nada sino el amor y la comprensión pueden ayudarla” (Y-ME NATIONAL BREAST CANCER ORGANIZATION, 2004:8).

La pérdida de una o ambas mamas a causa de una mastectomía por cáncer de mama genera diversas reacciones y sentimientos en las mujeres. Cada una de las reacciones y como viva la mujer esta crisis depende de la etapa vital en la que se encuentre, de las tareas que esté desempeñando y del apoyo psicoemocional que reciba durante el proceso.

Para comenzar el análisis de la información obtenida es necesario dar a conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres que aceptaron participar en esta investigación: la edad de las mujeres entrevistadas fluctuó entre los 43 y 52 años, y en relación a su estado civil, tres mujeres eran casadas, dos convivían y una era separada. Las seis informantes tienen hijos/as. Con respecto a sus niveles de instrucción cuatro informantes tienen enseñanza media completa, una tiene enseñanza básica completa y una tiene enseñanza básica incompleta, y finalmente cinco mujeres eran dueñas de casa y una era trabajadora remunerada.

El abordaje cualitativo para la comprensión de estos datos y los diversos aspectos relacionados con el autoconcepto y la sexualidad de mujeres sometidas a mastectomía, ha permitido profundizar en los siguientes temas.

5.1 AUTOCONCEPTO

“Así como yo vivo estoy conforme y feliz, me siento cómoda, aunque sea gordita y tenga mis pifias, yo me siento así bien y me quieren igual” (Violeta).

Según PEARSON et al., (1993) autoconcepto es la autoevaluación de todo lo que, según el propio individuo, ha sido, es y aspira ser. Suele dividirse en dos componentes: autoimagen y autoestima.

Se relaciona tanto con los aspectos biológicos que determinan el ser hombre o mujer, como con las determinaciones socioculturales que esto implica para cada individuo. Existen mandatos y roles específicos para hombres y mujeres, en cada sociedad o cultura que indican la normalidad de los individuos (MASTERS et al., 1995b).

5.1.1 Las Mamas, un símbolo de Feminidad

“Es lo que a uno lo hace ser una mujer, sus pechos por lo menos...yo siempre le decía ‘ahora yo no soy mujer’... porque me faltan mis pechos” (Begonia).

BELLO (1998) señala que las mamas desempeñan un conjunto de funciones que se traslapan unas con otras, mencionando cuatro funciones fundamentales: alimenticia biológica (relacionada con un *dar biológico* de alimentación), función psicológica de amamantamiento (relacionada no sólo con la lactancia sino también con el lazo afectivo que esto implica), función identificatoria (en la mujer las mamas son el carácter sexual secundario más significativo) y la función erógena (que se relaciona con el atractivo erótico hacia otra persona).

La percepción de las mujeres entrevistadas acerca del significado de sus mamas, se relaciona estrechamente con la identificación de género y su feminidad, siendo las mamas una parte característica del cuerpo de la mujer:

“Y yo me identifico porque tengo mis buenas pechugas, tenía mis buenas pechugas, a pesar... a pesar que ahora me queda una sola” (Violeta).

A lo anterior, se suma el valor de las mamas desde el punto de vista de la función de amamantamiento de los hijos/as y también de la sexualidad, reconocida por las mujeres entrevistadas como una zona erótica importante:

“Aparte que se supone que es lo normal en una mujer que tenga mamas, se supone que pa’ amamantar cuando uno tuvo su hijo y después cuando uno tiene relaciones sexuales, que es como una parte que hace... erótica de tu cuerpo, porque es fundamental... no sé si todas las mujeres sentirán igual pero por lo menos en mi caso sí, para mi eran especiales, eran parte fundamental en la relaciones sexuales” (Margarita).

MASTERS *et al.*, (1995a) y PIRES y NOBRE (2003) señalan que las mamas además de desempeñar un importante papel fisiológico en todas las etapas del ciclo vital de la mujer, ligado principalmente a la maternidad y amamantamiento. También representan en la cultura occidental un símbolo de feminidad, que se expresa a través del la sensualidad, el erotismo y la sexualidad. Siendo indiscutiblemente en la mujer uno de los caracteres sexuales secundarios más significativos, principalmente en esta época donde los medios de comunicación dictan las normas de belleza a través de la moda, las revistas, la televisión, etc., pautas que conceden un gran valor erótico femenino a las mamas.

La importancia que la sociedad otorga a las mamas como órgano significativo, atractivo y de seducción en las mujeres, como parte de su identidad de género, se pone de manifiesto con el actual aumento de las cirugías plásticas, destinadas a mejorar la apariencia

de las mamas. A pesar de no existir estadísticas en Chile, sí se ha puesto de manifiesto el aumento en la realización de cirugía para mejorar el aspecto físico. Este es un fenómeno masivamente femenino, y definitivamente la intervención más popular es el implante de silicona en las mamas, seguido por la liposucción y la rinoplastia (OPPLINGER, 2002).

5.1.2 Mastectomía, una opción de vida

“Fue lo que tuve que pagar para... el precio que pagué para seguir viva” (Hortensia).

Dada la importancia de las mamas en la vida de la mujer, la mastectomía genera una serie de sentimientos encontrados que se relacionan con los significados otorgados a este procedimiento, que van desde la opción para sobrevivir hasta un cambio irreversible en el cuerpo de la mujer, como menciona OLIVARES (2004) la mastectomía representa una opción radical en el tratamiento del cáncer de mama que permite eliminar las células cancerosas con el fin de mantener la vida, pero también constituye una agresión contra la imagen corporal en particular y el autoconcepto en general. Se genera, por lo tanto, una relación costo-beneficio, que se pone de manifiesto en el relato de las mujeres informantes:

“Obvio que quisiera tenerla, pero para mi significó estar bien, tener salud, que para mi era lo fundamental en ese momento porque yo tenía mi hija... en ningún momento dije Dios por qué...” (Margarita).

BELLO (1998) señala que la mastectomía constituye una de las principales preocupaciones frente al diagnóstico de cáncer de mama. Sin embargo, en el caso de las mujeres entrevistadas esto no ocurre, ya que su principal preocupación se relaciona con superar la enfermedad para continuar viviendo junto a sus familias, y en especial con sus hijos/as.

Cuando las mujeres se ven enfrentadas al cáncer de mama y en especial a la necesidad de hacer una cirugía para extirpar la mama, toman conciencia de la necesidad de este procedimiento para eliminar el tumor maligno:

“Cuando me dijeron que me tenían que quitar la mama, yo ahí mismo dije bueno, lo malo hay que sacarlo de raíz” (Violeta).

Las mujeres asumen este evento como parte de un tratamiento contra el cáncer, y por ende lo consideran una alternativa eficaz para luchar contra el y seguir con vida:

“Me pasó esto porque es algo bueno para mí, porque si yo lo hubiese tenido ahí a lo mejor... a lo mejor ahora no habría estado” (Azucena).

Para las pacientes, la cirugía es el tratamiento de ataque contra el cáncer, ya que ésta salva la vida al eliminar el tumor y, además, puede reducir sustancialmente o eliminar el dolor

incapacitante, otorgando de este modo una mejor calidad de vida. Y a pesar que existe una gran probabilidad de resultados positivos desde la perspectiva biomédica, éstos no impiden que la cirugía sea considerada en evento vital estresante, pudiendo tener efectos psicológicos negativos ya que afecta la imagen corporal de la persona y despierta importantes sentimientos de mutilación física (OLIVARES, 2004).

Por lo tanto, la mastectomía significa para las mujeres entrevistadas, no sólo el medio que permite eliminar el cáncer, sino también significa la vivencia de una agresión a su imagen corporal, una mutilación, que resulta ser inevitable para tener la tranquilidad de continuar viviendo, independiente del impacto psicoemocional que esta cirugía genera.

5.1.3 El Duelo, la vivencia de una pérdida

“Uf... haber perdido, haber... algo muy importante, es como cuando se te muere alguien...” (Amapola).

La mastectomía es una cirugía mutiladora, y por ende constituye un cambio en el cuerpo y en la vida de la mujer, pero más aún, es una pérdida y como tal, la mujer se ve enfrentada no sólo a vivir un duelo por la pérdida, sino también se produce un cambio en el cuerpo que genera un fuerte impacto en la nueva percepción de su imagen corporal.

Al sobrevivir al cáncer las mujeres se ven enfrentadas a la ausencia de una o ambas mamas. Esta ausencia representa una transformación agresiva en el cuerpo de la mujer y también en sus emociones. Por ende se produce una reevaluación y consiguiente reconstrucción de la imagen corporal o autoimagen, que estará determinada, como señala PEARSON *et al.*, (1993), por los cánones de feminidad existentes en la sociedad en la que la mujer se desenvuelve y la importancia que este entorno le otorgue a las mamas para su feminidad, además de todo el esquema biológico y fisiológico del cuerpo percibido por la propia mujer.

BARBERAN *et al.*, (1999) señalan que el proceso de formación de la nueva imagen corporal, no se ve influenciado únicamente por los estereotipos sociales existentes, sino también por la forma y etapa en que se este viviendo el duelo por la pérdida de la mama. En el caso del cáncer de mamas, el proceso de elaboración de la pérdida se hace más complejo por las crisis emocionales que rodean el proceso producto del tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) y el impacto de éste en la autoimagen femenina.

Por lo tanto, la conformidad y nivel de aceptación del nuevo cuerpo depende de la etapa del duelo que esté viviendo cada una de las mujeres y de las herramientas emocionales con las que cuentan para vivir este proceso.

Es necesario recordar que el duelo se define como la reacción ante la pérdida, de algo físico o simbólico, en este caso las mamas tienen un contenido de ambos, y la mujer se debe adaptar y disponer a vivir sin ello. La elaboración del proceso de duelo no depende sólo del paso del tiempo sino también de los recursos internos y externos que la persona tenga.

Claramente el cáncer de mama y la mastectomía generan la pérdida de una parte del cuerpo, parte que tiene un significado físico y simbólico, por lo tanto, se produce una crisis no normativa que altera el curso normal de la vida de una persona, pero el duelo es un proceso natural que surge ante una pérdida (GUIC Y SALAS, 2005).

A partir del análisis de los diversos discursos de las mujeres entrevistadas se pueden identificar las distintas etapas del duelo que algunas aún se encuentran viviendo.

Destacan en este relato aquellas mujeres que tienen mayores dificultades para aceptar la pérdida, dado que estas mujeres viven el duelo de una manera más intensa y por lo tanto se manifiestan de una forma más aguda cada una de las etapas del duelo, observándose que aún tienen problemas para aceptar su nuevo cuerpo y autoimagen.

La primera etapa del duelo es la de evitación, que consiste en el deseo imperioso de evadir la pérdida. Se da la negación, pues lo primero que quiere la persona es no aceptar que la pérdida es cierta (GUIC Y SALAS, 2005):

“...Ahora, bueno como que uno aprende a vivir con la cosa... al principio no, salía de la ducha y me ponía la toalla rápido, para no verme nada, porque salía justo de la ducha y había un espejo grande, entonces no...” (Amapola).

La etapa de confrontación, según GUIC Y SALAS (2005), es una fase de gran carga emocional, que implica aceptar la realidad. La persona se enfrenta a la realidad de que lo perdido, en este caso la mama, no se recuperará:

“Muy, muy mal... siempre me falta, siempre me falta, siempre esa sensación... y de angustia, siempre...” (Amapola).

Esta es la fase más difícil, pues todas las emociones y sentimientos inundan a la persona y se tiene la sensación de que el alma duele:

“Es dolor, mucho dolor... ahora estoy haciendo un esfuerzo... es muy duro, muy terrible... me da mucha pena cuando me saco la ropa o me voy a comprar una polera. Me siento muy rara... pero tengo la esperanza de hacerme la cirugía” (Amapola).

Las mujeres entrevistadas también mencionan la rabia como sentimiento que suele aparecer:

“Rabia también, porque la desgracia tan grande de poder sufrir esa enfermedad y que me sacaran el pecho” (Begonia).

De acuerdo a la literatura existente, esta etapa se caracteriza por una motivación poderosa de recuperar el objeto perdido y por la sensación de rabia (GUIC y SALAS, 2005):

“Yo no me voy a resignar, yo siempre voy a tratar de hacerme la cirugía... yo no quiero quedarme así, aunque sea una anciana, quiero tener mis dos pechugas” (Amapola).

Sólo una de las mujeres entrevistadas (Amapola) menciona la necesidad imperiosa de una cirugía reconstructiva como un medio para superar la pérdida de la mama, sin embargo los sentimientos agudos que ella manifiesta pueden desembocar en un duelo patológico, si no consigue acceder a esta cirugía en un corto plazo.

Toda persona que experimenta una pérdida se aflige y vive un proceso de duelo normal que suele durar aproximadamente seis a doce meses, pero quien padece un duelo patológico es incapaz de apartar su atención de la pérdida con posterioridad a este período de tiempo. Entonces la persona se encuentra tan preocupada por la pérdida que no funciona adecuadamente en su vida cotidiana, dado que hay una persistencia de los recuerdos, que son intrusivos, súbitos y disfóricos. Diversos problemas mentales aparecen cuando el duelo se prolonga e impide la actividad normal, surgen manifestaciones de angustia, se altera el sueño, la alimentación, la persona presenta un estado de ánimo hostil e irascible y es incapaz de concentrarse y realizar sus obligaciones laborales, generando un deterioro progresivo de su autoestima que la puede llevar incluso al suicidio (MORRISON, 1999).

Finalmente, se da la etapa de restablecimiento, en la que según, se produce un declinar de lo agudo y reubicación en el mundo real. Es cuando se expresa *“me duele que haya muerto, pero sigo vivo/a”* (GUIC Y SALAS, 2005).

“Obvio que no normal, tampoco ando ahí llorando por los rincones pero igual se echa de menos” (Margarita).

El individuo examina su nueva situación y considera las posibles maneras de enfrentarla, la pérdida no se olvida, pero se pone en un lugar especial y la energía emocional se reorienta hacia nuevas relaciones (GUIC Y SALAS, 2005).

“No me siento mal, ni amargada, ni distinta a los demás, todo lo contrario, me siento una persona distinta en el sentido de que superé algo y que no me perjudicó mi vida” (Hortensia).

No se debe dejar de mencionar un fenómeno característico cuando se produce la pérdida o mutilación de una parte del cuerpo, que es el fantasma, representado, según SCHILDER (1958), principalmente por sensaciones táctiles y kinestésicas. En la experiencia se han observado fantasmas de brazos, piernas y también mamas.

El fenómeno del fantasma es un elemento importante durante el proceso de duelo y la reorganización de una nueva autoimagen. SCHILDER (1958) menciona que la percepción de

la imagen corporal influye en los procesos que construyen y elaboran el duelo; por lo tanto las emociones que surgen a partir de la imagen corporal son fuerza y fuente de energía de los procesos constructivos que guían el duelo.

Las personas están acostumbradas a tener el cuerpo completo. Se busca, ante todo, la integridad y totalidad del cuerpo, y se teme cualquier cambio que pueda privar de una parte del mismo. El fantasma de una persona amputada es, por lo tanto, la reactivación, por parte de fuerzas emocionales, de un patrón perceptivo determinado. Sólo es posible comprender la gran variedad de fantasmas cuando se consideran las reacciones emocionales de los individuos antes sus propios cuerpos (SCHILDER, 1958).

Es evidente que el cuadro final del fantasma depende, en gran medida, de factores emocionales y de la situación vital. Tras la amputación, el individuo debe enfrentar una situación enteramente nueva; pero puesto que lo hace con disgusto, trata de mantener la integridad de su cuerpo. El fantasma es la expresión de una dificultad para adaptarse a un defecto súbito producido en una importante parte periférica del cuerpo (SCHILDER, 1958).

“... Y siempre tenía ese ‘presentís’ [presentimiento] que yo tenía mi pecho, cuando de repente como que me ‘piscaba’ [picaba] así, y yo me rascaba... y entonces era tocar algo hueco aquí, que no tengo nada...” (Begonia).

Todo lo descrito se relaciona principalmente con la imagen y relación que cada una de las mujeres entrevistadas tiene con su cuerpo y como ha sido su proceso de aceptación y adaptación a su nueva realidad corporal.

Se observa que aquellas mujeres que han finalizado el proceso de duelo satisfactoriamente tienen una mejor autoimagen, tienen menos dificultades en su relación con su cuerpo y para describirlo, al igual que los sentimientos que manifiestan por su cuerpo y su imagen. Se hace evidente que han completado las cuatro tareas que permiten superar el proceso de duelo, han aceptado la realidad de la pérdida, experimentaron la pérdida en su vida cotidiana, se adaptaron a la ausencia de la mama a través de distintos recursos, y finalmente, toda la energía emocional, como señalan GUIC y SALAS (2005), se ha reorientado en otros objetivos.

5.1.4 El Cuerpo, una nueva Imagen Corporal

“Bueno es... una anatomía perfecta que Dios hizo... entonces uno tiene que conformarse con lo que Dios le dio” (Violeta).

La imagen corporal es el dibujo mental que cada persona tiene de su propia apariencia. Cuando hay un evento que provoca un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal y sexualmente menos atractiva (LOPEZ Y GONZALEZ, 2005).

Según SCHILDER (1958) la imagen del cuerpo es la representación que las personas se forman de su propio cuerpo, a partir de las distintas percepciones otorgadas por los sentidos. Cada individuo crea su propia imagen corporal o autoimagen de acuerdo a representaciones mentales previamente establecidas. Es por esto que la imagen corporal de un individuo y la imagen corporal de los otros son datos primarios de la experiencia, y desde el principio mismo existe una vinculación sumamente estrecha entre la imagen corporal del individuo y la de los demás. A partir de esto, SCHILDER (1958) menciona que entre cada persona y sus semejantes existe una identificación. Hay identificaciones con las personas del mismo sexo y con personas del sexo opuesto. Esto se hace evidente cuando las mujeres se refieren a los sentimientos que surgen al mirarse, tocarse o desvestirse:

“En el baño... trato que mis hijas no me vean, ellas saben el problema de la mamá, pero no me gusta... a mí no me gusta verme, entonces, menos que me vean mis niñas... me da mucha lata...tocar, mirar, es como un fenómeno” (Amapola).

Las cualidades de todo grupo social se basan en la imitación mutua y en el seguimiento de pautas sociales estandarizadas que guían a los individuos. Así, surgen las peculiaridades de las actividades rutinarias que configuran la mayor parte de la vida de los hombres y mujeres. Por lo tanto el ser hombre o mujer determina seguir los estereotipos que identifican a uno u otro y que los hace masculino o femenina. SCHILDER (1958), señala que en la identificación, el individuo se identifica con personas de su medio circundante real o imaginario, y expresa su identificación con síntomas, ya sean acciones o fantasías.

De este modo, en la sociedad occidental la belleza de una persona está primordialmente relacionada con la perfección del cuerpo, y por ende el concepto de belleza está íntimamente ligado al concepto de imagen corporal.

Es por esto, que debemos también considerar la influencia de valores culturales y estereotipos sociales en la formación de una nueva autoimagen. Un ejemplo de ello, es la comparación que realiza una de las mujeres entrevistadas al describir su cuerpo, ya que utiliza como modelo el estereotipo dado por una muñeca *Barbie*:

“Digamos que no es perfecto, no soy una ‘Barbie’. Tengo mis pifias, porque soy gordita y también fui operada de la vesícula, entonces tengo ese tajito... entonces tengo mis pifias y a veces me acomplejo porque soy un poco alta” (Violeta).

Al analizar las descripciones y sentimientos que las mujeres entrevistadas tienen de sus cuerpos, se observa que a pesar de que en el discurso refieren estar bien y sentirse conformes con sus cuerpos, siempre aparece un grado de disconformidad asociado a la ausencia de la mama.

Se observa que al describir sus cuerpos se produce un cierto grado de abstracción con respecto a la mama:

“Yo con mi cuerpo me siento bien... si me dijeran qué te vas a cambiar de tu cuerpo, yo no me cambiaría nada. Estoy conforme con lo que Dios me dio... entonces estoy bien, conforme con mi cuerpo” (Violeta).

Se aprecia la resignación y conformidad en las mujeres al hablar de sus cuerpos a pesar de tener siempre la sensación de que algo falta, la ausencia de la mama es algo que está presente permanentemente:

“Mi cuerpo en general me gusta, he engordado un par de kilos... ahora ya no tengo talla s, tengo talla m, tengo como un poco de repente molesto... pero bien, porque uno sabe lo que proyecta y como yo trabajo con público, sabes que no te ves mal, pero está ese punto, esa cosita que duele” (Amapola).

Esta ausencia permanente de la mama a pesar de la resignación también se observa cuando las mujeres se refieren a situaciones como desvestirse, mirarse a un espejo o tocarse:

“A obvio que sí... siempre uno se mira, o sea instintivamente uno va y claro...” (Margarita).

Por lo tanto, la nueva autoimagen que cada mujer se forme dependerá de cómo perciba su cuerpo y de los sentimientos que éste le genere, al verse, al tocarse, al desvestirse, etc., y también como se sienta en la sociedad y al relacionarse con otros.

No obstante lo anterior, las mujeres entrevistadas mencionan otros aspectos como causantes de conflictos con su imagen corporal. Uno de estos aspectos es el exceso de peso:

“No te voy a decir que 100% bien, pero no es por las mamas, si no que me encuentro gordita, un poquito pasada de peso, pero no es por la operación, yo no lo relaciono con eso” (Hortensia).

También mencionan, los cambios regresivos propios del envejecimiento:

“Normal... no tengo una gran figura pero yo digo bueno son los años que han pasado en mí, tampoco puedo pedir ser una figurita a estas alturas de la vida” (Hortensia).

Es importante mencionar que en el rango de edad que las mujeres informantes se encuentran, se producen cambios biofisiológicos concomitantes con la etapa del ciclo vital en la cual se encuentra, de adultas maduras, transitando hacia la edad adulta mayor, con todos los cambios regresivos que esto trae: pérdida de la elasticidad de la piel, acompañada de

rugosidad y sequedad, disminución de la fuerza muscular, disminución de las habilidades neuromusculares, acumulación de grasa alrededor de la cintura, menopausia, etc. Considerándose la adaptación a todos estos cambios una tarea evolutiva o del desarrollo, propia de esta etapa del ciclo vital (JONES, 2005).

Una vez más, se hace imprescindible mencionar la influencia de la sociedad, la cultura y los estereotipos que existen en el entorno de las mujeres y los eventos que afectan su feminidad, ya que esto constituye un elemento que guía la construcción de la autoimagen. A pesar que los cambios regresivos de la edad madura también generan conflictos psicoemocionales en algunas mujeres, es un hecho evidente que son elementos propios de la edad, menos estigmatizantes para las mujeres que la mastectomía y la ausencia de la mama, frente a la sociedad. Las mujeres, en general, consideran normales estos cambios, a diferencia de la mastectomía que es parte de una enfermedad que hasta hace muy poco era sinónimo de muerte (NCI, 2006a).

5.1.5 Autoestima, percepción de sí mismas

“Yo soy una mujer que... valoro mi vida y a mi pareja, tengo buenos sentimientos... soy una persona bien... humana, esa es la palabra que abarca todo” (Violeta).

Autoestima es definida por DE FRANCISCO (2006), como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, va unido al sentimiento de competencia y valía personal, y se configura mediante la valoración que hace la propia persona de su comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a sí misma. Por lo tanto, la autopercepción que tiene la mujer acerca de la opinión que los demás tienen de ella es preponderante en el fortalecimiento de la autoestima.

Según Gerald Mead (1934), citado por MORI (2002), las autopercepciones son construcciones desarrolladas de un contexto social determinado, debido a esto se encuentran influenciadas por el comportamiento de los demás con los que se interactúa.

Al aplicar el test de autoestima de Coersmith (anexo III) a las mujeres entrevistadas se observa que todas se encuentran en el nivel medio de la categorización, fluctuando entre la autoestima media baja y autoestima media alta.

Si se comparan estos resultados con el discurso de cada una de ellas, es evidente que los resultados se relacionan con su historia de vida en general y no con el hecho de haber sufrido una cirugía mutiladora en particular:

“Soy importante, bien importante y yo creo que es por todo lo que a ti te toca vivir y te ven que tienes tremenda fortaleza. Y sí, soy admirable para las personas, y para mi familia” (Amapola).

Como se ha mencionado, la autoestima se construye constantemente según los eventos vitales que le ocurran a cada persona y como los enfrente, por lo tanto la mastectomía es un

suceso más en la biografía de estas mujeres que influye en la elaboración dinámica de su autoestima. Esto a pesar de que sí se han encontrado algunos hallazgos en la autoestima de las mujeres entrevistadas que se encuentran estrechamente ligados a la mastectomía, y serán analizados más adelante. La respuesta adaptativa a la crisis que genera el cáncer y su tratamiento no ha provocado modificaciones radicales en la autoestima de las mujeres entrevistadas.

Cuando las mujeres entrevistadas hablan de sí mismas, de su valoración y de la percepción que tienen los otros acerca de ellas, en general, tienen un discurso positivo. Se consideran importantes dentro del círculo social en el cual se desenvuelven, reconociendo como ejes fundamentales que guían sus vidas a la familia y la crianza de sus hijos/as, otorgándoles gran importancia a su rol de dueñas de casa, madres y esposas:

“Tímida soy, yo soy de conversación, pero de relación de amigas, poco... de tipo familiar sí, somos bien achoclonaditos... soy trabajadora al 100% [se ríe]... y soy sencilla, no tengo drama, yo saludo a todos... creo que soy como el común de la gente de clase media” (Margarita).

Se observa en las mujeres la dificultad para describir los sentimientos o afectos que sienten por sí mismas, trayendo siempre al discurso la importancia de su rol entorno a su familia, esto influenciado por la cultura en la cual se encuentran inmersas, donde la maternidad y el cuidado de la familia son la prioridad de las mujeres. Existe, por lo tanto, una subordinación a lo que ellas realmente desean, sienten o piensan, esto relacionado con todos los ámbitos.

“Soy Hortensia, soy mamá, me encanta estar en la casa y cuidar a mi hija... hay buen ambiente familiar en mi casa, lo cual me hace sentir feliz, y en gran parte yo apporto para eso... me gusta conversar y compartir, el encierro no me gusta” (Hortensia).

Se describen como mujeres, madres de familia, responsables de su hogar y trabajadoras. Dedicadas exclusivamente a la familia que es su prioridad, incluso cuando trabajan fuera del hogar:

“Crítica, pero como el resto, yo tengo una vida eso lo he hecho yo, he procurado para mí y para mis hijas, me gusta como soy... tengo mal carácter, si hay algo que me molesta no tranzo, pero en general bien” (Amapola).

PEREZ y SERRA (1997) señalan que socialmente, el rol femenino ha estado constreñido a la esfera privada, concretamente a la procreación, al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas. Por lo tanto, a diferencia de los hombres cuya fuente de gratificación proviene del ámbito público, de su trabajo, en la mujer su fuente de gratificación queda reducida únicamente a la familia.

Las mujeres entrevistadas se reconocen como mujeres con una gran fortaleza espiritual, solidarias y de buenos sentimientos:

“Una buena persona, compadecida, excelente mujer [se ríe]... yo me reconozco quién soy, a mí no me importa que me hagan el mal, estoy siempre perdonando, rencor en mi corazón no hay, no hay envidia tampoco... a mí cualquier cosa no me echa por tierra, claro que lo que me pasó a mí ha sido difícil, pero no que me voy a echar a morirme por eso” (Begonia).

A pesar de tener, en general, una buena percepción de sí mismas, las mujeres entrevistadas mencionan algunos defectos que les generan ciertos conflictos, como el ser crítica o tímida. De hecho, la timidez es una característica que aparece de manera frecuente y que las mujeres dan a conocer que desearían cambiar, ya que esto las limita en su interacción con los demás, más aún si existen diferencias socioeconómicas con las otras personas. Así, una de las mujeres entrevistadas señala:

“Por ejemplo, yo conversar con una señora, una dama del centro... yo soy un poco... de un nivel más bajo... y en ese sentido tener más personalidad, porque me da vergüenza y me pongo roja” (Azucena).

Debe quedar claro que esto lo reconocen como un defecto de toda la vida y no lo asocian a la mastectomía, sin embargo son defectos que les generan sentimientos de inhibición y retracción, por lo tanto se produce una restricción de la interacción social, con el exterior, con lo desconocido:

“Pulento [bien] con mi familia, pero si llega gente de mayor nivel, ya como que me cohíbo... como que no hablo mucho... yo en eso siempre he sido igual, de repente mi tía me invita a grupos, pero yo no voy por eso” (Margarita).

Todo lo anterior se encuentra respaldado por los resultados arrojados por el test de autoestima aplicado a las mujeres entrevistadas, ya que cuatro de ellas refieren tener dificultad para enfrentar a un público (ítem 2 anexo III).

DE FRANCISCO (2006) menciona que una persona tiene una buena autoestima cuando se valora positivamente y se siente satisfecha con sus habilidades y acciones. Estas personas tienen confianza en sí mismas, conocen sus puntos fuertes y los demuestran, e identifican sus puntos débiles, para intentar mejorarlos, siendo la crítica que se hacen a sí mismas, suave. Es decir, la autoestima depende del valor que la persona otorgue a cada una de las características autodescritas.

Por otro lado, si se relacionan estas descripciones con los resultados del test de autoestima aplicado a las mujeres entrevistadas existe concordancia, dado que cinco mujeres refieren tener una buena opinión de sí mismas y sólo una de ellas da una respuesta negativa a este ítem, y si se relaciona con su historia de vida se observa que existen otros factores que influyen en este aspecto y en su autoconcepto en general.

“A mí que no me ha pasado, primero fue mi pierna... ya acepté esa parte, claro que para mí fue difícil... yo deseaba correr, salir y todo eso fue imposible para mí... nunca pensé llegar a casarme, yo decía ‘¿quién me va a mirarme a mí?, ¿cómo voy a casarme si lo primero que me van a sacar va a ser mi falta?’. Después cuando me aburrí, dije ‘con el primero que me hable pa’ casarme, me caso, aunque sea pa’ sufrir’. Sola me profeticé, me casé y se me vinieron todas las cosas... todo lo que yo tenía lo tuve que perder por casarme” (Begonia).

Esto demuestra que la autovaloración que hace cada mujer al responder el test de autoestima de Coersmith se relaciona con toda su historia de vida y no exclusivamente con la mastectomía, ya que la autoestima es una construcción dinámica a lo largo de toda la vida, que se ve influenciada por todos los eventos vitales que cada individuo debe enfrentar, junto con los recursos adaptativos de los cuales disponga y de la sociedad en la que se desenvuelve.

Como se indica al principio, la percepción que otras personas tengan de un individuo es fundamental al hablar de autoestima. MORI (2002) menciona que el contenido real de las opiniones de los otros acerca de una persona es menos relevante para la autoestima y el autoconcepto que la percepción que tiene la persona de estas opiniones, incluso cuando las autopercepciones son incorrectas. Esto se denomina retroalimentación social, la información objetiva que proviene de las personas relevantes para el individuo es procesada subjetivamente, y si procede, será incorporada a sus autoesquemas.

A partir de todo lo anterior, se observa que, la mastectomía afecta la autoestima de las mujeres sólo cuando las redes de apoyo y principalmente las personas importantes para estas mujeres no las acompañan significativamente en el proceso, es decir, no se perciben comprendidas y aceptadas como personas con este nuevo cuerpo.

“Me aceptan tal cual como soy, nunca he tenido un reproche de ninguna persona y me apoyan en todo” (Violeta).

Esto se puede objetivar más aún al analizar los resultados del test de autoestima, donde la mayoría de las mujeres entrevistadas aseveran sentirse comprendidas por su familia, y lo suelen percibir así porque sus familias siguen sus ideas y sienten que respetan sus sentimientos (ítem 10 y 20 anexo III).

La mastectomía puede generar muchos conflictos en la configuración de la autoestima, si la mujer no percibe el apoyo y comprensión de las personas que la rodean. En este caso las

mujeres entrevistadas tenían familias muy comprometidas con ellas, que han facilitado la vivencia del proceso de reformulación de su nueva autoestima.

5.1.5.1 Rol Femenino, una fuente de autoestima. A lo largo de la historia de la humanidad, los valores que determinan el papel y rol que deben asumir los diferentes sexos, hombre y mujer, en la sociedad, se han ido transmitiendo a través de la cultura, la religión, las costumbres, etc. (HERRERA, 2000).

Según PEREZ y SERRA (1997), los roles de género no se refieren a la diferenciación de sexo, sino a los mecanismos perceptivos y cognoscitivos a través de los cuales se establece una diferencia social entre hombres y mujeres, determinando las pautas de comportamiento que guían lo femenino o masculino.

HERRERA (2000) señala que esta diferenciación abarca normas de comportamiento, actitudes, valores, tareas, etc., es decir, abarca todas las esferas de la vida. Generalmente los valores aprendidos estaban destinados a la procreación, el cuidado de los hijos y el hogar en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres se esperaba que este fuera capaz de garantizar la satisfacción de las necesidades de la familia y su subsistencia.

Por lo tanto, existe una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad le presenta a la persona un modelo social con costumbres, que a través de la familia son transmitidos al individuo, configurando su autoestima en relación a estos valores culturales. En la sociedad latinoamericana aún se encuentra presente el modelo patriarcal, en que el principal rol de las mujeres es aquel que se relaciona con el cuidado de los hijos y la casa, haciendo que la mujer se sienta satisfecha al cumplir con estas funciones:

“Hartos objetivos ya los he cumplido, mis hijos, mi casa, y creo que, ya estoy completa y feliz con mi matrimonio gracias a Dios, así que súper bien. Qué más esperar, si tengo todo” (Azucena).

Una característica fundamental que permite que las mujeres entrevistadas tengan una buena percepción de sí mismas, es que en general se sienten realizadas con la familia que han formado y con los logros que han alcanzado, que se relaciona con el rol histórico de la mujer en la función familiar de reproducción:

“Estudie hasta cuarto medio, trabajé antes de tener mi pareja... he cuidado enfermos, he trabajado en el comercio, he hecho clases, he hecho de todo, y estoy bien, me siento conforme, no me siento frustrada, no siento que podía haber hecho algo más... quizás, a lo mejor algo más, pero si la vida me fue dando eso está bien” (Hortensia).

Además sus respuestas denotan que el rol que desempeñan en sus hogares y con sus familias es muy bien valorado por ellas y por las personas que las rodean, sintiéndose importantes y fortaleciendo, a través de esto, su autoestima. Por lo tanto, se pone de

manifiesto que otorgan al reconocimiento social una gran importancia, desde la perspectiva de estar cumpliendo con las pautas establecidas culturalmente:

“Importante, soy importante, siempre lo noto y... siempre me lo han dicho, yo soy la persona más importante en la mesa y en mi hogar con mi familia” (Begonia).

Si esto se confronta con los resultados del test de autoestima de Coersmith (ítem 9 y 22 anexo III) se hace evidente en las mujeres, que también les genera conflictos el sentir la importancia que otorga su familia al desempeño de su rol, ya que las mujeres entrevistadas refieren sentirse presionadas por sus familia, al percibir que sus familias esperan demasiado de ellas.

Se ha puesto en evidencia hasta ahora, que las mujeres perciben el rol que desempeñan de madres y dueñas de casa es muy importante y el cáncer de mama en una primera instancia genera la dificultad para cumplir con las funciones propias que este papel requiere. Debido a la necesidad de dedicar más tiempo a exámenes, tratamientos, etc., y luego de la mastectomía se agregan los cuidados que las mujeres deben tener con el brazo, para evitar por ejemplo un linfedema, y que impiden realizar ciertas actividades domésticas. Todo esto interfiere con lo que ellas perciben que sus familias esperan que hagan (BELLO, 1998):

“Por ejemplo, yo era buena para picar leña, hacer las cosas en general de la casa, el aseo, las camas, ya esas cosas no las hago, voy al supermercado a comprar, pero las bolsas no las traigo, levantar cosas pesadas no, puras cositas livianas... y antes, yo era enfermante de la limpieza” (Azucena).

Por lo tanto las mujeres que son mastectomizadas se sienten limitadas y frustradas ya que no pueden retomar las actividades propias de su vida cotidiana, que antes desempeñaban sin dificultad y que forman parte de las funciones que les permiten sentirse útiles y cumplir con los mandatos que determina su rol social:

“Y aquí en la casa ya no hago nada a estas alturas... le ayudo a mi marido y cosas livianas, después de la operación ya ni mi cama la hago” (Azucena).

Como señala Suárez (1985), citado por BORBON y BEATO (2002), la mujer que se somete a una mastectomía se ve enfrentada a una alteración de su perfil somático-sexual, debido al padecimiento de una enfermedad que limita su capacidad física y le impide el cumplimiento óptimo sus compromisos sociales, contribuyendo en la aparición de alteraciones psicoemocionales.

Desde el punto de vista del rol de la mujer en la sociedad occidental, las mujeres entrevistadas se sienten satisfechas, ya que todas han tenido hijo/as, son madres de familia y han podido cumplir con las principales funciones que ellas reconocen importantes, como la

reproducción y la crianza de los hijos. Sin embargo se hace evidente la dificultad de continuar realizando ciertas actividades, principalmente domésticas que caracterizan a las mujeres dueñas de casa, generando esta situación sentimientos de insatisfacción, debido a que son actividades propias del rol social que han asumido durante toda su vida.

5.2 LOS RECURSOS ADAPTATIVOS DE LAS MUJERES

“Yo siempre sabía que había un respaldo grande detrás, un montón de gente que estaba preocupada por mí, que estaba pidiendo por mí” (Hortensia).

Los recursos adaptativos son los medios, ya sean de la persona o del entorno, disponibles para cada una de las personas, que permiten la satisfacción o resolución de una necesidad y acomodarse a las circunstancias del entorno.

La calidad de los mecanismos y recursos adaptativos que la mujer posea, tanto para enfrentar el cáncer y su tratamiento, como para enfrentar su sobrevivencia con los cambios corporales que ha debido sufrir y llegar a asumir nuevamente el rol social que desempeñaban con las exigencias físicas que estos requieren, constituyen un elemento de gran importancia para llevar a buen fin este proceso. Más aún si consideramos que de estos mecanismos adaptativos depende también en gran medida el fortalecimiento del autoconcepto, tanto en la autoimagen como en la autoestima.

Por lo tanto, las redes de apoyo constituyen un eje fundamental en el fortalecimiento de una nueva autoimagen y autoestima en las mujeres sometidas a una mastectomía, el como perciban las mujeres a su pareja principalmente, a su familia y como influya el personal de salud determinan el autoconcepto que reestructurará la mujer, ya que todos estos actores permiten disminuir en algún grado el sufrimiento emocional de la mujer afectada (GRAU et al., 1999; AGÜERO Y MESSING, 2001; GONZALEZ, 2002).

“Creo que es eso lo que me ayudó a superar muchas cosas, relacionadas con que si uno tiene el apoyo de las personas que están a su lado, si la tratan de ayudar, si le tratan de decir de que no importa, lo que importa son otras cosas, esa es una parte del cuerpo no más” (Hortensia).

Existen diversos mecanismos adaptativos o recursos utilizados por las personas frente a una crisis, aquellos centrados en el problema, aquellos centrados en las emociones y aquellos centrados en el significado del evento que genera la crisis. También existen factores que influyen en la adaptación a la crisis, los cuales se relacionan principalmente con las características del cáncer, las características del paciente y su familia, y finalmente las características de la sociedad en la cual se encuentra inmerso (NCI, 2006b).

A continuación se analizarán sólo aquellos recursos adaptativos que fueron mencionados por las mujeres durante la realización de las entrevistas.

5.2.1 Relación de Pareja, el principal recurso adaptativo

“Cuando estaba en el hospital él siempre estaba preocupado. El trabajaba y se daba un tiempito para venir a verme, entonces yo le doy gracias a Dios que encontré a este hombre que no me ha dejado, él está conmigo en las buenas y en las malas” (Violeta).

La relación de pareja es un intercambio continuo entre dos individuos, independiente de la identidad sexual de cada uno, y su felicidad se basa en que ese intercambio sea equilibrado y positivo, que permita redescubrir y compartir el amor al experimentar confianza, comprensión, aceptación, etc. En el contexto de las relaciones humanas este intercambio continuo que se establece en la relación de pareja también se ve influenciada por la sociedad y la cultura en la cual se encuentra inmersa y no sólo por los rasgos propios de cada uno de los individuos que forman la pareja (GAZMURI, 2001).

A lo largo de este análisis se ha puesto de manifiesto el importante rol que ejerce la pareja de las mujeres entrevistadas en todo el proceso de su enfermedad. Durante el diagnóstico del cáncer, a lo largo del tratamiento de la enfermedad que incluye una cirugía mutiladora que cambia la figura corporal de la mujer, su compañera. Y finalmente cuando la mujer retoma su vida cotidiana, se da cuenta de las limitaciones y dificultades que antes no tenía.

Además la mujer se encuentra llena de sensaciones, debido a que por un lado ha salido adelante con el cáncer y ha conservado la vida, pero por otro lado a sufrido un importante cambio en su cuerpo, que ahora le provoca sentirse estigmatizada frente a la sociedad en la cual se desenvuelve, generando en la mujer inhibiciones, angustia, miedo, etc.

Según LOPEZ Y GONZALEZ (2005), el diagnóstico del cáncer no produce alteración en la relación de parejas felices pero puede exacerbar los conflictos de parejas que tenían problemas previamente.

Cuando dos personas deciden mantener una relación de pareja, buscan satisfacer necesidades importantes de cada uno, enriqueciendo la vida ambos en algún sentido. Esto implica la aceptación de la otra persona y de uno mismo, es decir, de las cualidades y los defectos de cada uno, ya que como señala GAZMURI (2001), ninguna relación de pareja se mantiene en el tiempo si se basa en la superioridad y admiración de uno y la inferioridad y desvalorización del otro. Si ambas personas deciden unir sus vidas, se comprometen a luchar por la relación, a tratar de ser mejor y buscar el bien de la persona amada. Cuando existe una buena relación de pareja se mantiene la aceptación del otro, el deseo y agrado de compartir, la dedicación, la fidelidad y existe el compromiso recíproco de mantener su unión frente a las adversidades.

En general, las mujeres entrevistadas mantienen una relación de pareja estable: tres mujeres son casadas, dos conviven, y sólo una es separada, pero ella tiene una pareja nueva con quien ha vivido este proceso desde su inicio.

Las mujeres entrevistadas, en su mayoría, refieren tener una buena comunicación con sus parejas antes del diagnóstico de cáncer, durante el tratamiento y después al retomar la vida cotidiana, y señalan que han sido su principal apoyo durante el proceso de enfermedad:

“Cuando mi pareja supo que yo tenía cáncer me apoyó en todo este cuento... él me dijo vamos a salir adelante y yo nunca te voy a dejar, vas a seguir adelante hasta cuando Dios quiera, y hasta esta fecha él me ha comprendido” (Violeta).

Y desde el primer momento asumen en conjunto que si es necesaria la mastectomía, esta debe realizarse, ya que lo importante es la vida:

“Mi pareja reaccionó bien... ‘si están por sacar lo malo está bien, hay que tratar de sacar de cuajo’, me dijo” (Violeta).

Por lo tanto la mastectomía no ha sido un evento que genere dificultades dentro de la relación de pareja. La mastectomía se transforma en un problema que enfrentan ambos. El miedo y la preocupación son sentimientos que ambos comparten al recibir un diagnóstico como este:

“En cuanto a la relación, en todo siguió igual. Antes que me operaran había preocupación, por lo que podía pasar, pero de otro tipo no” (Hortensia).

Las parejas comparten muchas de las reacciones de las pacientes ya que sus preocupaciones más importantes suelen relacionarse con la pérdida y el temor a la muerte (NCI, 2006a). En general, a partir de las entrevistas realizadas, se observa que la relación de pareja no presenta modificaciones a causa de la mastectomía:

“Igual que antes no más. El no es muy conversador, pero no hemos dejado de conversar... entonces yo diría que igual que siempre no más” (Margarita).

Según PEREZ *et al.*, (2000), el apoyo y la confianza que da la pareja son elementos que ayudan a devolverle a la mujer los deseos de vivir y a superar las inhibiciones en la esfera de la sexualidad:

“Nada porque es una confianza mutua que tenemos, tenemos una confianza única entre los dos, además estamos los dos solitos así que no” (Violeta).

Se ha puesto en evidencia que en aquellos casos en que la comunicación y la afectividad no es buena, la mujer presenta mayores dificultades en el proceso de reestructuración del autoconcepto, lo cual puede llegar a dificultar la relación de pareja a largo plazo:

“No tenemos muy buena comunicación nosotros, porque es tan poco lo que conversamos, él llega en la tarde aquí a hacer algo y de ahí a acostarse y a veces ni siquiera conversamos en la noche cuando nos acostamos” (Begonia).

Lo mismo ocurre cuando a pesar de que existen las palabras de apoyo por parte de la pareja la mujer no se siente comprendida:

“Desde el momento que él no quiere que me haga nada no, pero en el aspecto sentimental, en general sí” (Amapola).

Se define comunicación como un sistema de comportamiento integrado que calibra, regulariza, mantiene, y por ello, hace posible las relaciones entre las personas. Para que la comunicación sea buena es indispensable que las partes estén dispuestas a comprenderse. La comunicación es un proceso dinámico que resulta fundamental en la relación de pareja si se considera que el propósito final de la comunicación es establecer y mantener relaciones humanas, para conseguir esto es necesario que exista un compromiso recíproco con los objetivos comunes. Este proceso se lleva a cabo mediante el lenguaje verbal y no verbal, a través de gestos, miradas, silencios, que en la relación de pareja se transforma en complicidad, comprensión y afecto. (BATESON et al., 1990; MORRISON, 1999)

De este modo se puede decir que la aceptación de la nueva imagen corporal por parte de la mujer depende en gran medida de la relación afectiva que exista con su pareja, lo mismo ocurre con el fortalecimiento de su autoestima, sin embargo, la relación de pareja no se ve afectada a causa del cáncer y la mastectomía por sí solos, sino que se puede ver alterada por problemas de comunicación y comprensión existentes previamente, que se intensifican frente a este evento crítico.

Después de la mastectomía la mujer y su cónyuge deben tratar de reducir sus inhibiciones y hablar abiertamente sobre sus ansiedades para lograr mantener la relación afectiva que tenían antes de esta crisis, favoreciendo también de este modo la expresión de su sexualidad plenamente.

Dependiendo de la vida de pareja, de la retroalimentación postoperatoria que ejerza la pareja, la pérdida la mama producirá más o menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima. La literatura señala que la calidad de los soportes otorgados por la pareja es un importante factor crítico en el bienestar psicológico y por lo tanto, en la evolución de la recuperación (TAMBLAY et al., 2004).

5.2.2 La Familia y el Entorno social, como fuentes de apoyo emocional

“El apoyo de mi familia es grande, porque de repente uno tiene sus bajones, pero yo conversaba con mi hermana, con mi mamá, con él, me corrían mis lagrimones y listo se pasó” (Hortensia).

El autoconcepto de las mujeres sometidas a una mastectomía puede verse afectado si no existe una aceptación de la pérdida, más aún si la mujer no recibe el apoyo y la comprensión por parte de las personas que la rodean.

El entorno social de la mujer que es mastectomizada constituye un sistema de soporte externo. Las relaciones sociales actúan como elementos que permiten mantener el equilibrio, principalmente en las fases de tensión. Lo mismo ocurre con la familia, que no proporciona únicamente elementos esenciales, como alimento y abrigo, sino también tiene la capacidad de ayudar a la mujer afectada, facilitándole la satisfacción de sus necesidades psicológicas y entregándole la fuerza para luchar contra su enfermedad (POTTER Y PERRY, 1996).

El sentirse comprendidas y consideradas por su familia disminuye el gran impacto de la mutilación corporal a la que fueron sometidas, permitiendo que este hecho no impacte tan severamente en la nueva configuración de su autoestima y autoconcepto en general.

“Creo que para mi familia en estos momentos he sido una buena madre, una buena esposa, buena vecina... he tenido harto apoyo de toda mi clientela, gente que realmente tú la saludas, pero te venían a ver y... harta gente se preocupó” (Azucena).

El sentirse queridas:

“Eso lo ve uno en las amigas, tengo amigas de toda la vida... y es porque hay una buena relación, uno se ha preocupado de sembrar buenas cosas y es lo que cosechai. Y el cariño de mis hijas, y el cariño de mis hermanas... que me quieren con toda su alma” (Amapola).

Percibirse importantes para los demás:

“Yo creo que me admiran... sienten admiración, por lo luchadora” (Begonia).

Actores fundamentales durante el proceso de fortalecimiento del autoconcepto y la vivencia del duelo, son la familia y las personas cercanas que rodean a la mujer, ya que la mujer se siente querida, importante, acompañada y comprendida. Esto otorga a la mujer la fuerza para enfrentar la situación de crisis que se presenta en su vida.

5.2.3 El Equipo de Salud, el recurso curativo

“Aquí en el hospital tuve bonita comunicación con la enfermera y con mi doctora igual, me sentí bien, me trataron bien, y ahora cuando vengo a mi control igual me tratan bien” (Violeta).

Otro recurso de gran importancia señalado por las mujeres en las entrevistas es la calidad de la atención entregada por los servicios prestadores de salud involucrados en este proceso. Las mujeres entrevistadas señalan, en general, que recibieron una buena atención y un buen trato, desde el punto de vista del tratamiento y los procedimientos a los cuales fueron sometidas. No obstante, se hace evidente la necesidad de un apoyo más concreto desde una perspectiva psicoemocional, principalmente para aquellas mujeres cuyos recursos adaptativos son más escasos:

“Yo siempre iba a que me hagan el tratamiento y me volvía, no tuve del hospital que me den un apoyo, que me haya despejado la mente de otra cosa que no sea mi tratamiento” (Begonia).

Todas las mujeres concuerdan en que hace falta mayor entrega de información, con respecto a temas relacionados con la vida cotidiana y principalmente desde el punto de vista de la sexualidad:

“En cuanto a médico en el hospital no tuve apoyo, solamente el remedio para el tratamiento nada más, pero que me dieran un consejo como poder yo comportarme, o cómo poder llevar la vida recién operada en mi matrimonio no, nunca me aconsejaron así y debería haber alguien que pudiera hacer eso, que ayude a salir adelante a las personas” (Begonia).

Las mujeres entrevistadas también consideran importante que exista una mejor comunicación y manejo de sus necesidades, por parte de los/as profesionales en aspectos en que las personas más cercanas como sus familias no pueden ayudar por falta de conocimiento o experiencia. Señalando diversas estrategias, por ejemplo, los grupos de autoayuda surgen como una primera opción:

“Me gustaría que dentro del hospital haya como un apoyo, de organizarse... como de juntarse todas las personas que han sido operadas por cáncer de mama... porque de repente a uno le vienen dudas, le vienen inquietudes o inclusive eso mismo sirve de apoyo para las mujeres a las que se les va diagnosticando y tener donde ir y que le hablen las personas que han pasado por esto, por la experiencia... como que escuchan más si es una persona que ya ha tenido la enfermedad, entonces la experiencia sirve para traspasarla” (Hortensia).

ASENCIO (2003) menciona que la psicoterapia grupal o grupos de autoayuda son un campo de acción en el cual los/as integrantes del grupo se benefician de la observación de otros. En pacientes con cáncer resulta ser de gran beneficio en la reducción del malestar psicológico, ya que proporciona interacción cara a cara entre sus miembros, enfatiza la importancia de la participación personal, permite la resolución de problemas en grupo y ofrece apoyo emocional.

La interacción grupal resulta ser facilitadora de cambios en la autopercepción y conocimiento de sí mismo. Principalmente en mujeres con cáncer de mama, ya que un grupo de autoayuda, permite que se torne favorable desde el inicio el proceso de reacomodación al nuevo esquema corporal, generando mayor seguridad personal en relación con la autoimagen, la autoestima y la integración familiar, social y laboral (ASENCIO, 2003).

Además, ASENCIO (2003) recomienda que la psicoterapia grupal deba integrar la participación de profesionales clínicos y otros/as pacientes oncológicos/as que ya han superado la enfermedad, debido a que organizan y facilitan el proceso de integración.

Una de las mujeres entrevistadas también menciona la necesidad de terapia psicológica personalizada, ésta dependiendo de la condición y las características de cada usuaria:

“Debería ser más personalizada la terapia. Un grupo no, no sé si sirva en realidad, claro escuchar otras opiniones, pero que te ayuden... las terapias de grupo a veces te deprimen. Es gente que está en condiciones, a parte de problemas físicos, como condición social muy mala, entonces es como difícil, tienes que enseñarles mucho” (Amapola).

LUCIA et al., (2000) menciona lo importante de la empatía de la paciente con el personal de salud. Se debe ofrecer una atención integral a la mujer, mostrarle todo el interés y apoyo, no sólo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.

Según LUCIA et al., (2000) el apoyo psicológico debe estar dirigido a: que la mujer obtenga una imagen satisfactoria de sí misma, elevando su nivel de autoestima; preservar las relaciones de pareja, y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que este proceso dificulta o anula en ocasiones la vida sexual de la mujer.

El apoyo psicológico también debe incluir el fortalecimiento de las relaciones de la mujer con su familia, sus amigos, incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente, y finalmente el apoyo psicológico debe facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la mujer, adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer.

5.2.4 La Religión, una gran fortaleza espiritual

“Yo soy una persona cristiana y toda esa fuerza me la da Dios, porque yo a El me encomendé cuando supe lo que tenía y lo dejé, que sea lo que El decidiera” (Hortensia).

La importancia que otorgan las mujeres entrevistadas a su fe y su religión durante todo el proceso, hace evidente, que la espiritualidad es un recurso adaptativo imprescindible, constituyendo una estrategia centrada en los significados, ya que ayuda a comprender por qué ha ocurrido el cáncer y la mastectomía:

“Muy importantes, hubo momentos en que conversamos harto, conversé harto con El [Dios] y hicimos un negociado. Yo no creo que Dios mande estas enfermedades, El te da la vida y te la quita, El me la dio y El sabrá hasta cuando y como me la va a quitar, quizás ni siquiera me muera de cáncer” (Azucena).

En los momentos difíciles, es uno de los recursos adaptativos más mencionado por las mujeres para enfrentar la enfermedad, el tratamiento y la vida en general:

“De repente igual uno tiende a entrar en depresión, a decaerse pero... pero después de nuevo arriba. Porque cada vez que yo estoy así, Diosito siempre demuestra que El está aquí conmigo...” (Margarita).

La religión y la espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas en la población general. Los/as pacientes en general recurren a la espiritualidad y la religión para abordar enfermedades graves y expresan el deseo de que sus necesidades e inquietudes espirituales y religiosas específicas sean reconocidas o abordadas por el personal de salud que los/as asiste (NCI, 2006c).

5.2.5 Otros recursos adaptativos

“Si no tienes una prótesis como la que yo me hice obvio que se nota como una cosa... y si te pones bueno algo sueltito no se nota tanto, pero si ya me pongo algo como una camiseta, obvio que se te va a marcar más la ausencia tus mamas” (Margarita).

Otro recurso adaptativo al hablar de autoimagen y corporalidad, es la inversión, ya sea en el vestuario o en todos los elementos o técnicas utilizadas con el fin de disimular la ausencia de la mama. Esto constituye también un elemento importante a la hora de evaluar la autoimagen, la inversión que realizan las mujeres se relaciona directamente con la preocupación que tienen por mejorar su imagen. Estos recursos son utilizados más que nada para fortalecer la autoimagen disimulando la ausencia de la mama. Estas medidas adaptativas constituyen una estrategia centrada en el problema, ya que permiten manejar y solucionar la situación problemática (NCI, 2006b).

Se observa que todas las mujeres entrevistadas han utilizado alguna estrategia para disimular la ausencia de la mama, incluso algunas plantean la necesidad de reconstrucción mamaria de manera imprescindible. Pero este cambio en el vestuario que plantean y el uso de prótesis o rellenos lo relacionan con el hecho de llenar el vacío que queda en el sostén o en la ropa que utilicen o para que no se note demasiado y no con el objetivo de mejorar su imagen corporal. Algunas mujeres, por ejemplo, cambiaron el estampado de sus blusas:

“Las blusas no más, que las puse bien floreadas para que no se viera, nada más” (Hortensia).

Otras mujeres cambiaron el tamaño de la ropa, utilizando ahora ropa más ancha:

“Si cambió, ahora puedo usar pura ropa ancha no más, cosa que no se me note tanto que me falta mi pecho, siempre trato de usar ropa más anchita de la que usaba. Antes usaba poleras así descotadas, ahora no las puedo usar” (Begonia).

Algunas mujeres entrevistadas utilizan prótesis, hechas por ellas mismas o compradas:

“Con una prótesis que me hice yo misma, es un saquito que rellene con alpiste y me quedó al tiro bonito... y como te digo ningún problema, me quedaron pero súper” (Margarita).

Sin embargo, esto en ocasiones les resulta incómodo y sólo en ciertas oportunidades utilizan las prótesis o los rellenos:

“Mucho problema, estoy siempre pensando que me compro para poder... tiene que ser algo cuello redondo y si es algo más rebajado automáticamente pienso en una polera bonita como para... antes usaba mis vestidos con escote y ahora tengo que pensar siempre en dos cosas” (Amapola).

No obstante lo anterior, la necesidad de mejorar la imagen no es una prioridad, desde el punto de vista económico, debido a la escasez de recursos que tienen las mujeres entrevistadas. Siendo ésta una de las razones por la cual la reconstrucción mamaria no constituye una opción en su vida, más aún cuando se sienten aceptadas y comprendidas por sus parejas y familia:

“Económicamente no, por eso te digo que si alguien me lo ofreciera... no sé en una de esas igual que lo pensaría, pero siempre he dicho que no. En este momento ya no, no es de primera necesidad y no correría ese riesgo” (Margarita).

También se hace evidente en las mujeres entrevistadas el gran temor a la realización de la reconstrucción mamaria:

“No, siempre he pensado que no, así no más, porque de repente por querer ser más, por tener una mama a uno puede pasarle algo, ese es mi miedo, a parte que uno posibilidades no tiene tampoco porque uno sabe que en lo económico uno no está para hacerse ese tipo de cosas” (Margarita).

A partir de todo lo anteriormente descrito, es evidente que cuando se habla de autoestima, los diversos recursos adaptativos utilizados por las mujeres que son mastectomizadas se relacionan estrechamente con las personas que las rodean y el apoyo que éstas les entregan. Y a la hora de hablar de la autoimagen de estas mujeres, los recursos adaptativos se relacionan con distintas estrategias estéticas, que se encuentran estrechamente ligadas a los recursos económicos con los cuales cuentan las mujeres.

5.3 LA SEXUALIDAD

“Sigo sintiendo igual que siempre, pero me falta... me falta una pechuga” (Amapola).

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual dirigido al goce y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el cuerpo de cada individuo y de las expectativas de rol social. Desde el punto de vista emotivo y de la relación de pareja la sexualidad, cumple un papel destacado, ya que va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad (PATTERSON, 2003).

Perder una o ambas mamas a causa de un cáncer es para la mujer un evento traumático en su vida, un accidente en su biografía, que le provoca sentirse menos atractiva y menos deseada, más aún en la sociedad occidental que considera las mamas como parte esencial de la belleza y el erotismo femenino. Es por esto que la mastectomía suele generar en la mujer mucha inseguridad, la cual también se puede ver reflejada en la aparición de dificultades en la relación sexual con su pareja (SEIFERT, 1998).

Según SEIFERT y RIAL (1996), la actividad sexual es un aspecto importante en la satisfacción de la necesidad de afecto y placer que todos los individuos tienen, y en casos en que existe un compromiso físico o mutilación del cuerpo, como la pérdida de una o ambas mamas, a través de la actividad sexual la persona se siente querida y deseada por su pareja a pesar del cambio que ha debido sufrir, otorgándole mayor confianza y seguridad junto con satisfacer sus necesidad de afecto y amor, que como menciona GAZMURI (2001), es imprescindible para mantener una buena relación de pareja. Siendo de este modo la actividad sexual, un tema muy personal, que adquiere diversos significados según las circunstancias vitales de cada individuo.

BELLO (1998) menciona que las mamas de la mujer son un reconocido incentivo erótico. Por otro lado, la estimulación de esta zona en la mujer por parte de la pareja representa una de las fuentes más importantes de gratificación afectiva y sexual.

Las personas poseen una naturaleza corporal, que consiste no sólo en tener, sino también en ser. Por lo tanto, las personas no sólo tienen un cuerpo, sino que el cuerpo en sí, es parte importante de nuestra propia identidad, en este caso las características propias del cuerpo de las mujeres son determinantes de la feminidad (BELLO, 1998).

Las mujeres entrevistadas reconocen las mamas como una zona erógena importante a la hora de hablar de relaciones sexuales. Siendo, la función erógena de las mamas referida frecuentemente por las mujeres informantes junto a la función de amamantamiento; ambas fuertemente ligadas a la feminidad y a las pautas que determinan el rol social de las mujeres existente hasta ahora en la cultura occidental. Esto queda de manifiesto en el análisis previo en que se profundizó en el significado de las mamas y la identidad sexual.

“Yo siempre digo, que por lo menos cuando me sacaron mi pecho, yo siempre pensé... porque los hombres lo primero que ven, le miran los pechos a las mujeres, yo siempre pensé en eso, pero mi marido no es de esa clase de hombres que miran primero los pechos a las mujeres” (Begonia).

Y por otro lado, al analizar el relato de las mujeres entrevistadas, queda de manifiesto que la función erógena que les otorgan a las mamas, no sólo está determinada por los cánones establecidos socialmente, sino también por las sensaciones de placer y gratificación al estimular las mamas:

“Yo creo que sí, yo creo que toda mujer siente algo... cuando su pareja le toca los pechos... es algo que igual disfruto en... como te dijera, en la parte sexual” (Violeta).

La literatura señala que luego de la mastectomía aproximadamente la mitad de las mujeres rehusaban tener cualquier tipo de relación sexual. Y, las que lograban recuperar su intimidad sexual, la frecuencia de la estimulación de la mama como parte de la actividad sexual declinaba, lo cual obedecía a dos factores, uno relacionado con la evitación por parte del marido y otro relacionado con la propia mujer a no recibir estimulación en las mamas ni en los pezones (TAMBLAY et al., 2004).

De lo anterior se desprende que la aceptación del nuevo esquema corporal por parte de la pareja resulta fundamental en el reinicio de la actividad sexual. El sentirse querida, comprendida y deseada favorece la adaptación de la mujer y permite que esta llegue a lograr una sexualidad plena. Impidiendo que la relación de pareja en general se desgaste y se vea comprometida.

Esto se refleja en el relato de las mujeres informantes, al reconocer que sus parejas dan más valor a la persona en general y no a una parte del cuerpo en particular. Lo que les permite sentirse apoyadas y tener la confianza y seguridad para adaptarse y aceptar esta nueva imagen:

“Yo creo que gran parte de que yo no me sienta así [reprimida]... es el apoyo que yo tuve de mi pareja, yo creo que eso fue en gran cantidad, porque él no le da valor a estas cosas, él valora la persona, valora los sentimientos” (Hortensia).

Según SEIFERT (2000) la mastectomía puede producir un sentimiento de castración de la sexualidad en la mujer y la pérdida de su femineidad, ya que como se ha mencionado anteriormente las mamas son un símbolo de belleza, atracción y sensualidad propio de las mujeres, y por ende son un símbolo de feminidad. Generando sensaciones de amargura y resentimiento, de timidez, de inseguridad y de elevada sensibilidad ante la crítica, lo que conlleva a la aparición de dificultades en temas relacionados con la sexualidad.

En este sentido, una de las mujeres entrevistadas dice:

“Y yo siempre le decía ‘ahora yo no soy mujer porque me faltan mis pechos’, y él me decía ‘no, no hables esa malura de cabeza...si tú sos [eres], la que sos, porque eres como eres, tus sentimientos... no porque te falte un pecho yo te voy a odiar’, y por eso igual me he alentado en la vida” (Begonia).

No obstante lo anterior, las mujeres entrevistadas, en general, refieren no haber percibido cambios en el comportamiento o actitud de su pareja ante las relaciones sexuales:

“Ahora, no sé, nunca le he preguntado pero él igual me acaricia, la parte, mi cicatriz, porque es lo único que tengo y no se hace ningún problema, igual me besa, nunca he sentido... o que de repente haya puesto así una cara como... como diciendo chuta...” (Margarita).

En cuanto a la actitud de la propia mujer, la literatura señala, que la mujer sometida a mastectomía adopta una protección de su cuerpo, evitando el desnudo integral y realizando el acto sexual con prendas que impidan visualizar la zona operada. La actitud positiva y afectuosa de apoyo y comprensión por parte de la pareja hacia la mujer, durante el preoperatorio y posterior a la mastectomía, y en toda la recuperación es un elemento que resulta fundamental para lograr la evolución anímica y afectiva que permita reiniciar y mantener una sexualidad plena (BELLO, 1998; LOPEZ Y GONZALEZ, 2005).

A partir de lo anterior es evidente que el apoyo emocional que ha entregado cada una de las parejas de las mujeres entrevistadas ha sido esencial en la expresión de su sexualidad y en el reinicio de su actividad sexual. Incluso en aquellos casos en que las mujeres se sentían inhibidas luego de la cirugía, las palabras y las actitudes de sus parejas hicieron que estas

sensaciones desaparecieran. El sentirse queridas y comprendidas, a través de la comunicación con su pareja les ha permitido reiniciar su actividad sexual, superando las barreras psicológicas y el rechazo a la intimidad generados por las pautas de belleza y atracción definidas por la sociedad y principalmente los medios de comunicación:

“De primera sí, cambió. Porque de primera cuando estaba operada, me daba cosa desnudarme delante de él, entonces siempre los primeros días lo... lo rechazaba, me daba vergüenza. Después dije ya, basta de esta tontería, porque si él me quiere tal como soy, todo pa’ fuera no más, claro. Después ya no porque él mismo me dijo ‘para que te cubrés si yo ya te conozco tu cuerpo, yo sé que no tenís tu pechito y yo te quiero igual’, entonces ya no” (Violeta).

SEIFERT (1998) menciona que los tratamientos que agreden la feminidad de una mujer, originan cierto miedo, extrañeza y vergüenza, que puede llevarla a evitar todo tipo de contacto sexual. Nuevamente aparece entonces, la necesidad de apoyo y comprensión por parte de la pareja, ya que debe entender que la mujer esta viviendo un proceso de adaptación a una nueva imagen poco grata para ella, provocada por la agresión psicofísica del cáncer y la mastectomía.

Por lo tanto, la capacidad de adaptación de las mujeres que son mastectomizadas, para desinhibirse y expresar su sexualidad, también se relaciona estrechamente con el crédito que den ellas al apoyo entregado por sus parejas y la capacidad de empatía de éstos con las mujeres afectadas con respecto a temas importantes para ellas:

“Muy prudente, muy discreto... pero yo no le creía... él dice que no, que no importa, pero insisto, a mí sí me importa” (Amapola).

Si el apoyo entregado por la pareja no es suficiente o significativo, según la percepción de cada mujer, se manifiestan actitudes de inhibición y represión a la hora de tener relaciones sexuales, lo que genera un cambio en la actitud erótica:

“En el fondo claro... que no te toquen aquí, que no aquí, que ‘nananana’, te complica en el minuto” (Amapola).

En el caso de la mastectomía, frecuentemente la persona reacciona intentando pasar como *normal*, para el observador casual, pero esto es imposible para la pareja sexual. En este caso las mujeres intentan tener relaciones sexuales con ropa interior o parcialmente vestidas antes que completamente desnuda (LOPEZ Y GONZALEZ, 2005). Una de las mujeres dice:

“Sí, sí... porque yo antes no tenía ningún problema en pasearme pilucha, yo tengo como buena onda con mi cuerpo y ahora que me paguen en oro mi peso no... y bueno ahora con una camiseta, un sostén” (Amapola).

GRAU et al., (1999), menciona que muy pocas veces la vida sexual de una mujer se ve afectada por el tumor maligno por sí solo, más bien, los tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y las alteraciones psicológicas (impacto emocional) generadas por la crisis son los que pueden afectar una fase o más del ciclo de la respuesta sexual. Después del tratamiento las mujeres sienten temor o ansiedad respecto de su primera experiencia sexual y con frecuencia comienzan a evitar las relaciones sexuales. Lo que se traduce en mayor estrés psicológico y, por ende, disturbios sexuales que se relacionan, principalmente con la disminución del deseo sexual (HUÑIS et al., 1997; HENSON, 2002).

Poniéndose nuevamente de manifiesto el importante rol que cumple la pareja de las mujeres que son mastectomizadas a la hora de fortalecer su autoconcepto y favorecer el reinicio de la vida sexual de la mujer, ya que según SEIFERT y RIAL (1996) constituye uno de los pilares fundamentales en el logro de una sexualidad plena para la mujer.

Según LOPEZ y GONZALEZ (2005), una respuesta sexual favorable consta de seis fases a saber: deseo sexual o libido, excitación, meseta, orgasmo, resolución y satisfacción sexual. Y se caracterizan por ser cada una de estas fases una experiencia subjetiva para cada individuo.

Dado el apoyo otorgado por las parejas de las mujeres entrevistadas señalan que su respuesta sexual, en general no se ha visto afectada:

“No he sentido ningún cambio. Fíjate que no, no he sentido esa sensación yo, porque será que depende de tu pareja, como él te haga sentir a ti, yo creo que de ahí empieza, si el hombre llega y te toma y no te da cariño, no te hace... es otra cosa. No sólo deseo de la persona si no que haya...” (Azucena).

Tampoco mencionan haber percibido cambios en la respuesta sexual de sus parejas:

“Pero no hubo cambios para tener relaciones, continuó todo igual, yo no noté ninguna diferencia... a lo mejor él lo habrá notado, no sé, pero si él no me conversa es porque para él no significó un cambio. Porque, o si no, se habría notado, aunque no le digan a uno se nota, en la actitud” (Hortensia).

Sin embargo, a partir de lo anterior se evidencia la dificultad de las mujeres para hablar acerca de la actividad coital con sus parejas, evitando preguntar o iniciar la conversación con respecto a este tema, ya que todas se refieren a percepciones y sensaciones con respecto a sus respectivas parejas y, en su mayoría señalan que nunca se lo han preguntado.

Las mujeres entrevistadas manifiestan que durante los primeros días posteriores a la mastectomía hubo dificultades para restablecer las relaciones sexuales debido, más que al

cambio en la imagen corporal, a los cuidados que debieron tener con la zona del brazo recientemente operada, debiendo esperar por algún tiempo para retomar la actividad sexual:

“No, no... bueno después que me operé hubo un tiempo de no tener nada por el hecho de que uno está con... operada y todo, pero con cariño igual” (Azucena).

O también, cuando la herida aún no cicatrizaba correctamente se observa un cambio transitorio en relación a las prácticas sexuales:

“Cuando recién me operaron, ahí era un poco... no era que fuera distinto sino que... porque cuando uno está recién operada le duele, le molesta la operación... tocar esa parte había que hacerlo con cuidado no más. Pero no que cambiara por otro problema, porque la parte de ahí estaba afectada y había que protegerse” (Hortensia).

LOPEZ y GONZALEZ (2005) señalan que los problemas sexuales más comunes para las mujeres con cáncer son la falta de apetito sexual o deseo sexual y dolor durante las relaciones sexuales.

Aspecto que también se hace evidente en esta investigación cuando las mujeres entrevistadas hablan sobre las características de su respuesta sexual, ya que refieren tener la misma gratificación sexual que antes de la cirugía, sin embargo mencionan que ha existido una disminución de la frecuencia coital, que se traduce en una disminución del apetito sexual señalado por parte de ellas, apareciendo conductas de evitación de las relaciones sexuales:

“De repente no tengo muchas ganas pero me embalo en el camino, y bien, bien, súper bien. No hay diferencias pero es cuando uno recién empieza que se nota más la falta de la mama, después ya no, uno se olvida que ya no está... entonces no sé, porque de repente le saco el quite de ir a acostarme, me quedo viendo tele hasta tarde y cuando veo que ya está durmiendo me voy a acostar... pero cuando no, igual lo pasamos súper bien, pero a lo mejor de mi parte no más es el rollo, y a lo mejor justamente está en mi cabeza” (Margarita).

Basado en lo anterior se hace evidente que la ausencia de la mama provoca que la mujer se sienta estigmatizada frente a la sociedad, es un recuerdo y sensación que está siempre presente, que disminuye la libido pero no interfiere en el placer y gratificación durante las relaciones sexuales.

Sin embargo, esta disminución del deseo sexual suele ser relacionado por las mujeres entrevistadas con otros factores que también influyen en la respuesta sexual humana como las

enfermedades crónicas y el climaterio, período por el cual varias mujeres están atravesando actualmente.

“Ahora están habiendo cambios, pero no por la operación, si no que por la menopausia, pero todo siguió igual, yo no vi ninguna diferencia... ahora sí, o sea es que... en ese sentido, que de repente si la última vez fue dolorosa ya la próxima vez ya no quiero, de repente me da miedo, pero yo le digo a él y él me dice que está bien” (Hortensia).

Durante el climaterio, según VICTORIA y MAESTRE (2003), el comportamiento sexual, aunque no debe modificarse, sufre algunos cambios por la presencia de sequedad vaginal, prolapsos, y la aparición de enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

GONZALEZ y MIYAR (2001) menciona que durante el climaterio el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen alteraciones y atrofia en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por lo tanto es comprensible y lógico que la respuesta sexual igual sufra modificaciones:

“Ahora último donde estoy con todo este período [climaterio], el otro día la matrona me explicaba que la lubricación no era lo mismo, entonces de repente se produce como media dolorosa la relación, y uno por ahí de repente trata de... como que trata de evitarlo... pero yo le digo a él por qué” (Hortensia).

La falta de lubricación y el dolor durante el coito, son complicaciones que modifican la respuesta sexual impactando principalmente en el deseo sexual con el fin de evitar el coito y por ende disminuye también la frecuencia de las relaciones sexuales (GONZALEZ Y MIYAR, 2001).

El impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado no sólo a factores biológicos, sino también a factores personales y sociales, como la edad, ocupación, escolaridad, estado conyugal, algunas características de la sexualidad y de las relaciones conyugales y familiares, junto con los eventos vitales que configuran la historia de cada mujer (LUGONES et al., 1999; LUGONES et al., 2001).

Sin embargo SEIFERT y RIAL (1996) mencionan que durante la menopausia tiende a desaparecer el deseo sexual, atribuido al cambio en la producción de estrógeno y la progesterona, no obstante esto no es así, ya que las hormonas que se relacionan con la existencia del deseo sexual en la mujer son los andrógenos producidos por las glándulas adrenales.

Es así que MULLIGAN (1998) señala que el climaterio puede ser utilizado como excusa para evitar futuras relaciones sexuales, que se desean evitar a causa de otros motivos, como en este caso la ausencia de una o ambas mamas.

“Por mi parte puede ser que me cuesta, que pienso que puede ser eso [menopausia] que yo esté tan abstemia [se ríe]... a lo mejor por mi parte, pero también mal que mal es una pechuguita que te falta y uno se da cuenta... yo estoy más egoísta, en el sentido de que me den más de lo que yo antes daba... como que estoy más cómoda en ese aspecto; o como te digo igual puede ser el hecho de que de repente no tenga tantas ganas, claro y después en la mitad igual me embalo” (Margarita).

La influencia del climaterio o las enfermedades crónicas en la sexualidad de las mujeres son sucesos que se espera pueden ocurrir con el pasar de los años, a diferencia del cáncer y la mastectomía que son eventos vividos como una agresión a la vida y a la feminidad de la mujer, que como señala ASECIO (2003) socialmente son sinónimo de muerte y disminución de la autoestima.

Es por esto, que en ciertas ocasiones se busca justificar las dificultades que aparecen en la vida sexual a causa del cáncer y la mastectomía con otros hechos que socialmente no estigmatizan tanto a la mujer si se comparan la pérdida de una o de ambas mamas con enfermedades crónicas que suelen aparecer en la edad adulta, que son comunes y frecuentes en nuestra sociedad y no significan la muerte, a diferencia del cáncer que hasta hace muy poco era considerado por la sociedad como una enfermedad sin cura, una sentencia de muerte, repleta de sufrimientos y estigmas. Las personas que padecen enfermedades como el cáncer, no son sólo víctimas de su enfermedad, sino también de su entorno social que las estigmatiza; el cáncer lleva un estigma social muy negativo asociado a la muerte (LIMA, 2004; GARCIA, 2006):

“Normal, no tan continuado como antes pero es por que yo no tengo siempre ganas... igual, pero con menos frecuencia, ese es el problema, pero por mí, no por mi pareja... yo tengo que alejarme, porque de repente, no sé si será algo psicológico que tengo, pero igual influye lo demás, la menopausia, la diabetes que tengo, de repente, pero igual cuando hacemos el amor lo pasamos chanco, gozo igual que antes. En el momento que tú estás teniendo relaciones no te acuerdas que no tenís tu mama, uno se olvida de todo, es el único ratito que como yo digo uno se olvida del mundo, son dos no más y eso, nada más” (Margarita).

A partir de todo lo anterior se pone de manifiesto que la sexualidad femenina es un tema inagotable que está determinado por muchos factores y por lo tanto depende de la historia de vida de cada mujer, de la familia, pareja y cultura en la cual se desenvuelve.

Existen sentimientos, necesidades, vivencias distintas para cada mujer. Cada mujer es un mundo aparte, que además está determinado por mitos y estereotipos culturales.

Sin embargo es evidente que el apoyo que reciban las mujeres sometidas a una mastectomía es trascendental a la hora de hablar de su sexualidad, más aún es importante su pareja quién constituye el principal soporte y el espejo en el cual se verá percibida la mujer desde el punto de vista de su actividad sexual.

6. CONCLUSION

Al finalizar esta investigación, se puede concluir que las mujeres sometidas a una mastectomía son víctimas de una agresión no sólo en la esfera biológica y corporal, sino también a nivel psicoemocional, lo cual tiene un fuerte impacto en su autoconcepto y, específicamente, en su sexualidad.

El cáncer y la mastectomía constituyen un acontecimiento biográfico en la vida de la mujer, un hecho que cambia y forma parte de su vida, dejando de ser sólo una enfermedad o un acontecimiento meramente biológico y aislado, ya que influye en todos los ámbitos de la vida de las mujeres.

Las mamas son consideradas por las mujeres un símbolo propio y visible de su identidad femenina, que en la cultura occidental se relaciona al amamantamiento y, ha adquirido a través de los medios de comunicación, un gran valor erótico y sexual.

Este significado se ha hecho evidente en el transcurso de la investigación. Sin embargo, la mastectomía representa un medio para mantener la vida frente al diagnóstico de cáncer de mama, a pesar de constituir una mutilación corporal que degrada la imagen del cuerpo y el autoconcepto en general de las mujeres víctimas de este cáncer.

El análisis de los discursos pone en evidencia que la mastectomía genera en las mujeres la necesidad de adaptarse a una pérdida corporal que requiere la elaboración de una nueva imagen corporal, comprometiendo en este proceso todas las esferas de su existencia.

Este cambio en su cuerpo implica tanto la reconfiguración de su autoimagen, como también transformaciones afectivas que se relacionan con su autoestima o la percepción de sí misma a partir de la influencia cultural que ejerce la sociedad en la cual se encuentra inmersa.

Por otro lado, la sexualidad de las mujeres es uno de los ámbitos que también suele verse perturbado luego de la mastectomía, ya que las mamas son un rasgo anatómico fuertemente ligado al atractivo físico, a la belleza y la seducción, es un símbolo de feminidad.

La mutilación provoca sentimientos de represión e inhibición que se traducen principalmente en el rechazo a la intimidad sexual y por ende se produce una disminución del deseo sexual. Esta disminución del deseo sexual suele ser solapado por las mujeres al desplegar diversas estrategias con el objetivo de evitar la intimidad sexual y creando dificultades en su expresión corporal, en la expresión de sus afectos y en su sexualidad.

Algunos elementos mencionados por las mujeres durante la investigación para justificar la falta de deseo, son el climaterio o las enfermedades crónicas, ya que tienen una carga social menor frente al estigma que genera en la mujer la mastectomía.

La elaboración de una nueva autoimagen que sea grata para la mujer y el fortalecimiento de la autoestima de las mujeres que son mastectomizadas, depende de los recursos adaptativos con los cuales cuentan estas mujeres para enfrentar este proceso. Si los recursos adaptativos, ya sean personales o del entorno, no son suficientes para resolver la crisis que enfrentan, las mujeres no logran configurar una imagen corporal satisfactoria para ellas y su nivel de autoestima disminuye, repercutiendo esto directa y negativamente en la expresión de su sexualidad. Más aún si la mujer no percibe la comprensión y el apoyo de su pareja, su familia y todo su entorno social.

A partir de lo anterior surge una de las categorías emergentes en esta investigación que se relaciona con los recursos adaptativos con los que cuenta cada una de las mujeres afectadas y con los cuales enfrenta su enfermedad, el tratamiento al que debe someterse, y en especial al cambio en su imagen corporal. Los principales recursos adaptativos que surgen en esta investigación son: la familia, la pareja, la religión y el equipo de salud.

Siendo la pareja fundamental en todo el proceso, su apoyo y comprensión se traduce en una confianza mutua que permite a la mujer aceptar su nueva realidad corporal, configurar una nueva autoimagen y fortalecer su autoestima, todo esto se traduce en que la mujer se desinhiba y exprese sus sentimientos favoreciendo el reinicio de la actividad sexual y el logro de una sexualidad plena.

Es evidente, a lo largo de esta investigación, que una buena relación de pareja, donde existe un compromiso y empatía permanente, que se apoya en valores y bases sólidas, se transforma en el eje fundamental en la recuperación psicoemocional y sexual de la mujer luego de la mastectomía. Este tipo de relaciones de pareja no se ven afectadas cuando deben enfrentar situaciones críticas como el cáncer de mama.

Otra categoría emergente en este estudio es el proceso de duelo que cruza todas las dimensiones en la vida de la mujer luego de la mastectomía.

El dolor emocional provocado por la pérdida de la mama genera una serie de sentimientos, como angustia, miedo e inseguridad que inician un proceso de duelo como un intento para aceptar la pérdida y adaptarse a la nueva realidad luego de sobrevivir al cáncer de mama. Es durante este proceso que la mujer debe reestructurar su imagen corporal actual y lograr fortalecer su autoestima fuertemente agredida con la enfermedad y su tratamiento.

Para todas las mujeres informantes, la mastectomía es y fue vivida como un proceso de duelo, una pérdida dolorosa, de la cual sólo algunas han reorientado su energía emocional para la superación y otras aún viven este proceso. Observándose que en las mujeres que aún se encuentran viviendo el duelo surgen sentimientos de desagrado y angustia, al mirarse o tocarse la zona operada, sentimientos propios de la etapa de duelo que experimentan.

Como categoría emergente, también aparece la identidad de género, ligada estrechamente al rol social que desempeña la mujer, ya que los cánones establecidos por la sociedad occidental determinan que la feminidad está dada físicamente por las mamas y

funcionalmente por la reproducción. A esto se suma, como requisito para la feminidad, la dedicación de la mujer al cuidado de los hijos y de la familia en general.

El desempeño del rol social en las mujeres que padecen cáncer de mama se ve afectado, ya que en una primera instancia, deben destinar tiempo a exámenes y tratamiento, viéndose obligadas a dejar de lado sus actividades cotidianas, y luego de la mastectomía, surge la necesidad de los cuidados propios del brazo que debe tener la mujer para evitar complicaciones. Todas estas dificultades limitan las capacidades previas de estas mujeres y pierden su autosuficiencia en el desempeño de los quehaceres, influyendo esto directa y negativamente en su autoestima.

Por lo tanto, la capacidad de adaptación de las mujeres a todo este proceso depende en gran medida de las características de su historia de vida, del contexto social y familiar en el cual se desenvuelva. Si la mujer no tiene los recursos adaptativos adecuados, si no se siente comprendida, si no tiene una familia y una pareja que le entreguen el apoyo suficiente para salir adelante, se ve alterado su proceso de adaptación a su nueva situación vital.

Dado todo lo anterior, la información obtenida a través de esta investigación constituye un elemento que justifica la elaboración de nuevos programas de apoyo y replanteamiento de los ya existentes, considerando las necesidades de las propias mujeres.

Los programas de apoyo deben cruzar todo el proceso de la enfermedad, trabajando con la mujer y su pareja desde el diagnóstico y hasta luego de la reincorporación de la mujer en su vida cotidiana.

Dentro de estos programas también se debe incluir la opción de una cirugía reconstructiva como un recurso adaptativo para todas las mujeres que la deseen o necesiten para sentirse mejor con su imagen y autoestima.

El equipo de salud debe implementar en estos programas nuevas estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos psicoemocionalmente como grupos de autoayuda, consejerías, terapias grupales e individuales según las necesidades de cada mujer, y que fueron mencionadas por las propias mujeres a lo largo de este estudio.

Por lo tanto, el rol de la matrona/ón en este ámbito es de gran importancia, ya que es quien siempre suele acompañar a la mujer en este proceso. La matrona/ón debe estar preparada/o para prestar una atención integral durante el diagnóstico, el tratamiento y más tarde en la reincorporación de la mujer en su vida cotidiana, acompañándola y facilitando el tránsito por el proceso de duelo.

La matrona/ón debe profundizar en aspectos como la calidad de vida de la mujer, sus sentimientos, y principalmente en el reinicio de su actividad sexual, trabajando no sólo con ella sino también con su pareja, con el fin de disminuir las dudas, temores e inhibiciones que suelen surgir en ambos, y favoreciendo, de este modo, la salud sexual de las usuarias y sus parejas.

Es legítimo y necesario para el cuidado de las usuarias el aprendizaje de temas relacionados con la sexualidad, ámbito poco explorado y menos abordado durante la asistencia a mujeres con cáncer de mama. La profundización en el tema proporciona las herramientas para que la matrona/ón se desempeñe de manera más competente al brindar una atención integral como profesional de la salud, disminuyendo de este modo el estrés propio provocado por las limitaciones físicas y emocionales que genera esta enfermedad.

Dado lo anterior es importante continuar la investigación en esta línea, principalmente desde la perspectiva de las parejas de estas mujeres, ya que suelen ser muy poco considerados/as en este proceso y constituyen el eje fundamental en el cual se sustenta la recuperación emocional de la mujer.

Sin embargo, se debe tener presente el estudio de la pareja de las mujeres con cáncer de mama, desde el punto de vista de la diversidad sexual existente, debe plantearse no únicamente desde una perspectiva heterosexual, sino también homosexual, y a partir de esto reconocer la existencia de mujeres lesbianas, sus parejas y sus propias necesidades.

Las percepciones y necesidades, cómo viven ese proceso de las parejas de las mujeres que son mastectomizadas, constituyen aspectos escasamente estudiados, y los resultados de este estudio hacen evidente la necesidad de obtener mayor información con respecto a este punto.

Finalmente, también se pone de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones que consideren a mujeres que son sometidas a otras intervenciones quirúrgicas para tratar el cáncer de mama, como mastectomía parcial o nodulectomía, con el fin de conocer el impacto que generan en ellas, sus vivencias y establecer comparaciones que permitan otorgar una atención diferenciada a partir de las necesidades que cada mujer presente según sea el caso y su contexto.

Por lo tanto, se puede decir, que se han cumplido los objetivos planteados inicialmente, comprobándose que el conocimiento de las repercusiones de la mastectomía en la vivencia de la sexualidad y percepción del autoconcepto en las mujeres, junto con la incorporación de sus parejas y sus familias, permite tener las herramientas para entregar, como profesionales de la salud, el apoyo emocional necesario y favorecer el proceso de adaptación psicosocial de estas mujeres y sus familias, a través de un equipo multidisciplinario comprometido con el logro del bienestar biopsicosocial de la mujer que es sometida a una mastectomía y su entorno.

7. BIBLIOGRAFIA

1. AGÜERO, L; B, MESSING. 2001. Algunos factores que influyen en el distress psicosocial y autoestima en mujeres mastectomizadas. Tesis, Lic. en Enfermería. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Fac. Medicina. 71 p.
2. ARIAS, V. 2000. La triangulación metodológica; sus principios, alcances y limitaciones. Rev Investigación y Educación en Enfermería (Antioquia) 18(1). (Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/articulos/Vol%20XVIII%20No.%201%20de%20Marzo%20de%202000/La%20triangulación%20metodológica.%20sus%20principios,%20alcances%20y%20limitaciones.pdf>. Consultado el: 29 de marzo de 2006).
3. ASCENCIO, L. 2003. Psicooncología: abordaje grupal en pacientes con cáncer de mama. Rev Hosp Jua Mex 70(2): 63-66.
4. BARBERAN, M; C, DACARETT; R, MADRID; A, MILLAN; S, PEÑA; D, PEREZ, M, SERRANO; M, TRIGO; S, GARCIA. 1999. Duelo y psicoanálisis. Revista Tesis (Chile) (Disponible en: <http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/biblioteca/docs/thesis/thesis03.pdf>. Consultado el: 16 de mayo de 2006)
5. BATESON, G; R, BIRDWHISTELL; E, GOFFMAN; E, HALL; D, JACKSON; A, SCHEFLEN; P, WATZLAWICK. 1990. La nueva comunicación. 3 ed. Barcelona, Kairos. 378 p.
6. BELLO, M. 1998. Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. Cuad Cir (Chile) 12:82-89.
7. BORBÓN, J.; A. BEATO. 2002. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Rev Cubana Med Militar 31(1):47-53.
8. CAPLAN, G. 1974. Support systems and community mental health. New York, Behavioural Publications. 267p. (Original no consultado citado por GONZÁLEZ DE RIVERA, J. 2001. Psicoterapia de la Crisis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 21(79):35-53).
9. COFFEY, A; P, ATKINSON. 2005. Encontrar el sentido a los datos cualitativos; estrategias complementarias de la investigación. Antioquia, Universidad de Antioquia. 262 p.
10. DA SILVA, M; M. VILLELA. 2003. Representación del cuerpo en su relación consigo misma después de la mastectomía. Rev Latino-Am Enfermagem (Brasil) 11(3):299-304.
11. DE FRANCISCO, V. 2006. La autoestima. España. (Disponible en: [http://centros3.pntic.mec.es/cp.mare.nostrum/Actividades%20AMPA/Escuela de Padres LA_AUTOESTIMA.pdf](http://centros3.pntic.mec.es/cp.mare.nostrum/Actividades%20AMPA/Escuela%20de%20Padres_LA_AUTOESTIMA.pdf). Consultado el: 24 de marzo de 2006).
12. DE MIGUEL, S. 2001. Proceso metodológico de una investigación en animación sociocultural. En: SERRANO, G. 2001. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural, aplicaciones prácticas. 2 ed. Madrid. Nancea. Pp. 85-111.

13. DÍAZ, P; P. PANDOLFI; R. PERFETTI. 1999. Atractivo Físico. Concepción. (Disponible en: <http://www.apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociAtractivo&PHPSESSID=0e48322c499a3ebb73243d7f4da4b425>. Consultado el: 24 de marzo de 2006)
14. FERNANDEZ, M; B. OSPINA; A. MUNERA. 2002. La sexualidad en mujeres con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas, Medellín, 1999. Rev Colomb Obstet Ginecol 53(2):179-183.
15. FERNANDEZ-ARGÜELLES, P; MONTES, M; M. BAYLE. 2004. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización. En: CERVERA, S; V, CONDE; A, ESPINO; J, GINER; C, LEAL; F, TORRES. Manual del Residente de Psiquiatría. 1997. España, Smithkline-Beecham. Vol. 2, Pp. 701-723 (Disponible en: <http://sepsiq.org/index2.htm>. Consultado el: 23 de abril de 2006).
16. FROMM, E. 1966. El arte de amar. Buenos Aires, Paidós. 155 p.
17. FUENTES, X. 2001. Fisiología de la respuesta sexual humana. En: RODRÍGUEZ, J; G. LÓPEZ. 2001. Medicina de la mujer. Santiago, Mediterráneo. Pp. 247-250.
18. GARCIA, G. 2006. Psicología práctica; conocer la causa de algunos trastornos para comprender y/o evitar consecuencias negativas. Revista Crecimiento Interior (Argentina) 1(93). (Disponible en: <http://www.deon.com.ar/revistasant.html>. Consultado el: 26 de abril de 2006).
19. GAZMURI, V. 2001. Relación de pareja. En: RODRÍGUEZ, J; G. LÓPEZ. 2001. Medicina de la mujer. Santiago, Mediterráneo. Pp. 241-246.
20. GIULIANO, A. 1997. Cáncer Mamario En: NOVAK, E; J, BEREK; P. HILLARD; E. ADASHI. 1997. Ginecología de Novak. 12 ed. México, Mc Graw-Hill Interamericana. Pp. 1283-1302.
21. GONZÁLEZ DE RIVERA, J. 2001. Psicoterapia de la Crisis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 21(79):35-53.
22. GONZALEZ, I; E, MIYAR. 2001. Respuesta sexual en la mujer climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr 17(4): 390-394.
23. GONZALEZ, I. 2002. Ginecología y sexualidad. Rev Cubana Gen Med Integr 18(5):349-351.
24. GRAU, J; M, LLANTA; M, CHACON; G, FLEITES. 1999. La sexualidad en pacientes con cáncer; algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol 15(1): 49-65.
25. GUIC, E; A, SALAS. 2005. El trabajo de duelo. Ars Médica (Santiago) 11(11). (Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars13.html>. Consultado el: 19 de marzo de 2006).
26. HAMEL, P. 2001. Aspectos psicológicos y socioculturales de la conducta sexual femenina. En: RODRÍGUEZ, J; G. LÓPEZ. 2001. Medicina de la mujer. Santiago, Mediterráneo. Pp. 233-240.
27. HENSON, H. 2002. Breast cancer and sexuality. Sexuality and Disability (New York) 20(4): 261-274.
28. HERNANDEZ, R; C. FERNANDEZ; P. BAPTISTA. 2003. Metodología de la investigación. 3 ed. México, McGraw-Hill Interamericana. 705 p.

29. HERRERA, P. 2000. Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 16(6): 568-573.
30. HUÑIS, A; M. LEVIN; A. TUREK; F. GLANT. 1997. Comportamiento sexual en pacientes con cáncer, bajo tratamiento oncológico. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 110(4). (Disponible en: http://www.amamed.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=64. Consultado el: 27 de abril de 2006)
31. JONES, A. 2005. Cambios evolutivos. Argentina. (Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD058.pdf>. Consultado el: 08 de abril de 2006).
32. LAGARDE, M. 1997. La sexualidad. En su: Los cautiverios de las mujeres; madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3 ed. México, Universidad Autónoma de México. Pp 177-211. (Disponible en: http://www.creatividadfeminista.org/articulos/sex_2003_lagarde.htm. Consultado el: 15 de marzo de 2006).
33. LIMA, J. 2004. Importancia de la atención del psicólogo en el tratamiento de mujeres con cáncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerología* 50(1): 55-63.
34. LOPEZ, E; E, GONZALEZ. 2005. Sexualidad y cáncer; toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología (Barcelona)* 28(3): 58-63.
35. LUCIA, M; M, MILLAN; B, SANCHEZ; T, SILVESTRE; M, SOGUERO. 2000. Mastectomía; cuidados tras el alta hospitalaria. *Boletín Oncológico (España)* 1(13). (Disponible en: <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin13/cuidados.htm>. Consultado el: 29 de marzo de 2006).
36. LUGO, J; G, QUINTEROS; J, BACALLAO; L, FERNANDEZ; H, SANCHO-GARNIER; F, SEGURET. 1998. Validación preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Cubana de Oncol* 14(3): 161-170.
37. LUGONES, M; S, VALDES; J, PEREZ. 1999. Climaterio, familia y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 15(2): 134-139.
38. LUGONES, M; S, VALDES; J, PEREZ. 2001. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio II. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 27(1): 23-27.
39. MAMELOCK, A. 1995. *Psiquiatría y Cirugía* En: KAPLAN, H; B. SADOCK. 1995. *Tratado de Psiquiatría*. 6 ed. Buenos Aires, Inter-Médica. Vol. 3, Pp. 1609-1622.
40. MASTERS, W; V, JHONSON; R, KOLODNY. 1995a. *La sexualidad humana*. 13 ed. Barcelona, Grijalbo. Vol. 1, Pp. 1-200.
41. MASTERS, W; V, JHONSON; R, KOLODNY. 1995b. *La sexualidad humana*. 13 ed. Barcelona, Grijalbo. Vol. 2, Pp. 201-536.
42. MEAD, G. 1934. *Mind, self and society*. Chicago, Univ. of Chicago Press. (Original no consultado, citado por: MORI, P. 2002. *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental; sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos de sexto grado*. Tesis, Dr. en Psicología. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marco. 213 p).
43. MORI, P. 2002. *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental; sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos de sexto grado*. Tesis, Dr. en Psicología. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marco. 213 p.
44. MORRISON, M. 1999. *Pérdida y duelo*. En su: *Fundamentos de enfermería en salud mental*. España, Hacourt Brace. Pp. 271-284.

45. MULLIGAN, T. 1998. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Médica* 29(4): 148-154.
46. NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006a. Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Estados Unidos. (Disponible en: <http://cancernet.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/sexualidad/healthprofessional/allpages>. Consultado el: 24 de marzo de 2006).
47. NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006b. Adaptación normal. Estados Unidos. (Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/healthprofessional/allpages>. Consultado el: 10 de abril de 2006).
48. NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006c. Espiritualidad en el tratamiento del cáncer. Estados Unidos. (Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/espiritualidad/healthprofessional/allpages>. Consultado el: 29 de marzo de 2006).
49. OLIVARES, M. 2004. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances de Psicología latinoamericana* (España) 22: 29-48.
50. OPPLINGER, M. 2005, 3, 3. Jóvenes recurren a la silicona y el bisturí. *El Mercurio Online* Santiago. (Disponible en: http://www.puntomujer.emol.com/super_mama/noticia/detallenoticia.asp?id=%7B79514F8E-8ABC-4A20-BCBA-9473B68315E4%7D. Consultado el: 26 de abril de 2006).
51. PATTERSON, S. 2003. Sexualidad de la mujer mastectomizada. Panamá. (Disponible en: <http://www.ellasvirtual.com/history//2003/10/10/columna/semana.htm>. Consultado el: 15 de marzo de 2006).
52. PEARSON, J; L. TURNER; W. TODD-MANCILLA. 1993. *Comunicación y Género; las autopercepciones de hombres y mujeres*. España, Paidós. 440 p.
53. PERALTA, O. 2002. Cáncer de mama en Chile; datos epidemiológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 67(6): 439-445.
54. PEREZ, J; E, SERRA. 1997. Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología* (España) 13(2): 155-161.
55. PEREZ, N; M, MESA; M, ABREU; E, REGALADO. 2000. El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama. Cuba. (Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm>. Consultado el: 20 de febrero de 2006).
56. PIRES, T; A. NOBRE. 2003. Enfrentando la mastectomía; análisis de los relatos de mujeres mastectomizadas sobre cuestiones ligadas a la sexualidad. *Estu Psicol* (Brasil) 8(1):155-163.
57. POTTER, P; A, PERRY. 1996. *Fundamentos de enfermería teórica y práctica*. 3 ed. Madrid, Mosby. 1267 p.
58. RUBIO, E. 1996. Visión panorámica de la sexualidad humana. *Revista Latinoamericana de Sexología* (Colombia) 11(2):139-154.
59. RUIZ, M. 2001. Belleza y juventud; un espejismo de la autoestima femenina. Nicaragua. (Disponible en: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2001/febrero/09-febrero-2001/sexualidad/sexualidad2.html>. Consultado el: 29 de marzo de 2006).
60. SADOCK, V. 1995. Sexualidad humana normal y trastornos de identidad sexual. *En su: Tratado de Psiquiatría*. 6 ed. Buenos Aires, Inter-Médica. Vol. 2, Pp. 1221-1246.

61. SCHÁVELZON, J. 1992. La sexualidad en particular. *En su: Psique, cancerología, psicología, psicoterapia, psicofármacos*. Buenos Aires, Científica Interamericana. Pp. 262-263. (Original no consultado, citado por: HUÑIS, A; M. LEVIN; A. TUREK; F. GLANT. 1997. Comportamiento sexual en pacientes con cáncer, bajo tratamiento oncológico. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 110(4). (Disponible en: http://www.amamed.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=64. Consultado el: 27 de abril de 2006)).
62. SCHILDER, P. 1958. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires, Paidós. 301 p.
63. SCHOVER, L; R. YETMAN; L. TUASIN; E. MEISLER; C. ESSELSTYN; R. HERMANN; S. GRUNDFEST; R. DOWDEN. 1995. Partial mastectomy and breast reconstruction; a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cáncer (Atlanta)* 75(1):54-64.
64. SEIFERT, C; B, RIAL. 1996. Aspectos de la sexualidad en neoplasias ginecológicas. Argentina. (Disponible en: http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=55&x=104&y=8. Consultado el: 12 de febrero de 2006).
65. SEIFERT, C. 1998. Aspectos de la sexualidad en neoplasias ginecológicas II. Argentina. (Disponible en: http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=57&x=79&y=11. Consultado el: 12 de febrero de 2006).
66. SEIFERT, C. 2000. Creencias, vínculo de pareja y sexualidad en pacientes ginecooncologica. Argentina. (Disponible en: http://www.psicooncología.org/articulos_detalle.cfm?Art_ID=23. Consultado el: 12 de febrero de 2006).
67. SERRANO, M. 1998. *La educación para la salud del siglo XXI; comunicación y salud*. España, Díaz de Santos. 518 p.
68. SUÁREZ, J. 1985. Actualización del tratamiento del carcinoma mamario. La Habana, Científico-Técnica. Pp. 320-328 (Original no consultado, citado por: BORBÓN, J.; A. BEATO. 2002. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Rev Cubana Med Militar* 31(1):47-53).
69. TAMBLAY, A; B, BAÑADOS; J, LUZORO; J, MIDLETTON. 2004. *Psicooncología del cáncer de mama*. Tesis, memoria título profesional de psicología. Santiago, Univ. de Chile, Fac. Cien. Soc. 205 p. (Disponible en: www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/doc/banados_b.pdf Consultado el: 24 de marzo de 2006.)
70. VASQUEZ, M; M, FERREIRA; A, MOGOLLON; M, FERNANDEZ; M, DELGADO; I, VARGAS. 2005. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona, s.e. 120 p.
71. VICTORIA, C; S, MAESTRE. 2003. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 29(3). (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es#cargo. Consultado el: 16 de febrero de 2006).
72. VIDAL, M; J, LOPEZ. 1999. La consulta psicooncológica; la depresión en cáncer de mama. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 8(2): 141-156.
73. Y-ME NATIONAL BREAST CANCER ORGANIZATION. 2004. *Cuando la mujer que usted ama tiene cáncer de mama*. Chicago (Disponible en: http://www.y-me.org/espanol/publicaciones/Cuando_la_mujer.pdf Consultado el: 15 de abril de 2006).

ANEXO I**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Título de la Tesis: “Vivencia de la autopercepción y sexualidad en mujeres sometidas a mastectomía controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional Base Valdivia”.

Yo, Sra.: _____ Rut: _____

A través de este documento dejo de manifiesto que se me ha invitado a participar en una investigación que pretende conocer como he vivido mi sexualidad y percibido mi autoconcepto luego de haber sido sometida a una mastectomía por cáncer de mama.

Acepto que se me aplique un cuestionario de identificación general, un test de autoestima y la realización de entrevistas en profundidad, según sea necesario, en el lugar y horario del que yo disponga.

Estoy en conocimiento de:

1. Que puedo hacer cualquier pregunta en relación a mi participación a la investigadora responsable.
2. Que puedo no aceptar la invitación o retractarme de participar durante la investigación, sin necesidad de dar explicaciones.
3. Si se da la situación anterior, esto no influirá en la calidad de atención que se me continúe brindando, en el Hospital Regional Base Valdivia.
4. Que autorizo la publicación de los resultados del estudio, asegurando la confidencialidad de mi identidad y mis datos clínicos.
5. Que esta actividad es parte de los requisitos para que la investigadora, obtenga el título de Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura
6. Acepto firmar este consentimiento libremente, bajo ningún tipo de presión o mandato.

Lorena Andrea Navarro Saldivia
Investigadora Responsable

Encuestada

ANEXO II

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES GENERALES

En este cuestionario se incluyen preguntas para las mujeres sometidas a mastectomía que accedan a participar en la investigación, con el fin de obtener información general de estas mujeres.

1. N° de Formulario : _____
2. Nombre : _____
3. Edad : _____ años
4. Domicilio : _____

5. Nivel de Instrucción:

Sin Instrucción		Media Incompleta	
Básica Incompleta		Media Completa	
Básica Completa		Nivel Superior	

6. Ocupación:

Dueña de Casa	
Trabajadora Remunerada	
Cesante	
Otra	

7. Estado Civil:

Soltera	
Casada	
Separada	
Viuda	
Conviviente	

ANEXO III

TEST DE AUTOESTIMA DE COOERSMITH

De las frases que van a continuación, algunas describen probablemente situaciones o estados que a usted le ocurren con frecuencia, otras, por el contrario situaciones que nada tienen que ver con usted. Señale a continuación cuáles de ellas "le describen a usted" con una cierta aproximación, y cuáles "no tienen nada que ver con usted". Conteste a todas las preguntas.

	Me describe aproximadamente	Nada tiene que ver conmigo o muy poco
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste		
5. Conmigo se divierte uno mucho		
6. En casa me enfado a menudo		
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad		
9. Mi familia espera demasiado de mí		
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos		
11. Suelo ceder con bastante facilidad		
12. No es nada fácil ser yo		
13. En mi vida todo está muy embarullado		
14. La gente suele secundar mis ideas		
15. No tengo muy buena opinión de mi mismo		
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo		
18. Soy más feo que el común de los mortales		
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás		

	Me describe aproximadamente	Nada tiene que ver conmigo o muy poco
22. Me siento presionado por mi familia		
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo		
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho		
25. No soy una persona muy de fiar		

Clave de corrección del Test de Autoestima de Coersmith

La máxima puntuación que una persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos. Puntúan con 1 punto las siguientes respuestas:

Item nº	Puntúa si ha respondido:	Puntos
1	No me describe	
2	No me describe	
3	No me describe	
4	Me describe	
5	Me describe	
6	No me describe	
7	No me describe	
8	Me describe	
9	No me describe	
10	Me describe	
11	No me describe	
12	No me describe	
13	No me describe	
14	Me describe	
15	No me describe	
16	No me describe	
17	No me describe	
18	No me describe	
19	Me describe	
20	Me describe	
21	No me describe	
22	No me describe	
23	No me describe	
24	Me describe	
25	No me describe	
TOTAL		

ANEXO IV

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD: GUIA TEMATICA

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Autoimagen	I. Evaluación	- Significado de las mamas - Función de las mamas - Significado del Cuerpo - Desnudez
	II. Afecto	- Significado de la pérdida de la mama - Sentimientos por el cuerpo actual - Significado de Mirarse - Significado de Tocarse - Sentimiento por la pérdida de la mama
	III. Inversión	- Vestuario - Reemplazo por ausencia de la mama - Reconstrucción mamaria
2. Autoestima	I. Valoración del propio ser	- Cómo soy - Cómo me veo yo - Quién soy - Qué pienso de mí
	II. Valoración de los otros	- Percepción con los demás - Consideración de la familia - Papel dentro de la familia - Significado para los demás - Opinión de los demás
3. Actividad Sexual	I. Erotismo	- Las mamas como zona de placer sexual - Pareja y valor asignado a las mamas - Actitud erótica - Conducta sexual
	II. Práctica Sexual	- Relaciones sexuales - Actividad sexual después de la intervención quirúrgica (deseo, tipo, frecuencia, duración, satisfacción, libido, orgasmo) - Actitud de la pareja y relaciones sexuales
4. Relación de Pareja	I. Afectividad	- Vida en pareja - Reacción de la pareja luego de la intervención - Apoyo y comprensión de la pareja - Relación de pareja - Comunicación con la pareja - Expresan de afectos y sentimientos