



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO  
CRISTIANO**

***Escuela de Trabajo Social***

***"Actitudes de Mujeres con Cáncer de Mama,  
Sometidas a Mastectomía Parcial o Radical"***

*Tesis de Grado para optar al Título de Asistente Social*

*Alcanta : María Andrea Aguirre Moraga*

*Profesor Guía : Omar Ruz*

*SANTIAGO, 1998*

*Una de las cosas más importantes que he aprendido en este largo caminar es que “Nunca debes rendirte frente a lo que realmente quieres hacer, ya que la persona con grandes sueños es más poderosa que quien tiene todos los hechos”*

*A mis queridos padres Luis y Soly  
y a mi amado hijo Gonzalo*

*Andrea*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Omar Ruz por brindarme su valiosa ayuda y cooperación en la realización de este estudio, por sus correcciones e indicaciones siempre certeras y precisas.*

*A Ana María Pacheco por su disposición, voluntad, orientación y entrega en todo este tiempo, la cual me permitió obtener un mayor conocimiento del tema y superar todas las dificultades de esta investigación. Gracias por su sincera amistad.*

*A Rafael Tenajo por su paciencia, disposición y cooperación continua en el diseño y presentación de esta Tesis. Gracias por su sincera amistad.*

*A todas las señoras quienes amablemente me otorgaron su tiempo y disposición para participar en esta investigación.*

*A Luis Ibañez por sus conocimientos en computación y su disposición de ayuda para la realización de los cuadros estadísticos.*

*A Gonzalo y mi familia, quienes siempre estuvieron a mi lado apoyandome y dandome ánimo para seguir adelante con esta investigación*

*Sinceramente*

*Muchas Gracias*

## INDICE

	<i>pag.</i>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I</b> <i>“El cáncer de mama”</i>	<b>20</b>
<b>Capítulo II</b> <i>“Reacción emocional de la mujer frente al cáncer de mama y la mastectomía”</i>	<b>34</b>
<b>Capítulo III</b> <i>“Actividad sexual y autoestima de la mujer mastectomizada”</i>	<b>49</b>
<b>Capítulo IV</b> <i>“Autoimagen de la mujer mastectomizada”</i>	<b>62</b>
<b>Capítulo V</b> <i>“Relación de Pareja de la mujer mastectomizada”</i>	<b>71</b>
<b>Capítulo VI</b> <i>“Actividad Sexual de la mujer mastectomizada”</i>	<b>78</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>82</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>95</b>

**ANEXOS**

- \* Anexo N° 1      *“Pauta de Entrevista”*
- \* Anexo N° 2      *“Antecedentes de las mujeres entrevistadas”*
- \* Anexo N° 3      *“Descripción de la Escala de Actitudes Tipo Likert”*
- \* Anexo N° 4      *“Escala de Actitudes Tipo Likert”*
- \* Anexo N° 5      *“Puntajes Escala de Actitudes Likert”*
- \* Anexo N° 6      *“Nómina de Expertos para la Validación del Instrumento Aplicado”*

## INTRODUCCION

Una de las enfermedades más importantes en la patología humana en los últimos veinte años es el Cáncer, tanto desde el punto de vista epidemiológico, como en el aspecto de investigación y tratamiento. En Chile el cáncer constituye la segunda causa de muerte, con una probabilidad del 0,2 de ser hospitalizado y del 0,13 de fallecer antes de los setenta y cinco años por esta razón (Arraztoa J, Orlandi L. 1989). Aunque el cáncer es un problema de carácter general tiene expresiones particulares; en el caso de la población femenina, resulta llamativa la tendencia hacia el aumento del cáncer de mama que ya ocupa el tercer lugar de importancia relativa entre los diferentes tipos de cáncer que afectan a este sexo. Sus casos clínicos aparecen mayoritariamente después de los treinta y cinco años, siendo la media de edad los cuarenta y nueve (Minsal, 1989).

Específicamente, en los últimos veinte años la mortalidad aumentó en un 20% y a partir de 1990 superó al cáncer cérvico uterino. En 1992, murieron 771 mujeres de cáncer mamario y 746 de cáncer cérvico uterino (Ministerio de Salud, 1992). La presencia de cáncer de mama trae consigo innumerables complicaciones las cuales, en la mayoría de los casos, interfieren con la calidad de vida de las pacientes y su grupo familiar. Estas dificultades pueden ser físicas, psicológicas y sociales, siendo su fuente la enfermedad misma y/o los tratamientos usados para combatir esta patología.

Los efectos físicos, adversos debido al cáncer, son muy frecuentes y pueden incluir una variada gama de manifestaciones dependiendo del grado en que se encuentre la enfermedad. Entre otros pueden provocar: alopecia, náusea, aumento de peso, etc., que son a la vez la consecuencia de diversas alteraciones psicológicas. Es posible, que este problema ocasione: esterilidad, pérdida de la lúcido y temores acerca de limitaciones en la actividad

sexual, lo cual puede complicarse, aún más, mediante el impacto de una mastectomía previa, debido a las reacciones de la pareja ante la pérdida del (los) seno (s).

Existen estudios, los cuales evidencian que la pérdida de un seno o parte de él representan tanto un trauma grave de la imagen física como un serio golpe a la autoestima de la mujer. En otras palabras, la “imagen corporal” se ve profundamente afectada y a partir de ahí, las relaciones de la mujer con su entorno. La “mama”, además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal constituye el símbolo de la “femineidad”, del propio “yo” (Flórez, 1994).

Por otra parte, el proceso que conlleva el tratamiento de esta enfermedad causa, en la mayoría de los pacientes sentimientos de desamparo, dependencia, inseguridad, angustia, miedo, pena, rabia, rebeldía, agresividad, pérdida de ánimo, etc. Todos estos factores conducen a la afectada a aumentar la tensión, el estrés y la depresión, aliados indiscutibles de una enfermedad como el cáncer.

Además, las constantes adaptaciones a las crisis emocionales que rodean el proceso del cáncer y su tratamiento pueden sacar a relucir una gran cantidad de problemas latentes en las relaciones que involucran a la pareja, los hijos y/o padres. Asimismo, los frecuentes estados depresivos de las pacientes, los extensos tratamientos y hospitalizaciones traen consigo una serie de secuelas económicas, sociales y familiares debido a la ausencia de la esposa, madre y/o hija.

Generalmente, la paciente siente que el tratamiento es el único mecanismo para controlar su cáncer y por lo tanto, que es su única fuente de esperanza. De esta forma Middleton (1990), dice que al estudiar las repercusiones psicosociales, las cuales son parte de la mujer con cáncer de mama sometidas a una mastectomía, existirá una base para poder apoyar a las pacientes en su proceso de asimilación y/o recuperación de esta enfermedad, ya

que ningún tratamiento logra ser efectivo si no hay una verdadera participación y responsabilidad de la enferma como tal.

El cáncer de mama, a pesar de ser un mal muy antiguo, es un problema de salud que se ha combatido, con tratamientos eficaces, sólo a partir del último siglo. Uno de ellos es la mastectomía, que según Mc Lean (1995) se presenta como una opción válida para salvar la vida de muchas pacientes, aunque trae consecuencias psicosociales bastante serias, ya que es una mutilación del seno.

Con relación a los tratamientos utilizados para hacer frente a esta enfermedad se cuentan técnicas específicas tales como la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y la cirugía; Aunque ésta última continúa siendo el pilar básico del tratamiento curativo del cáncer mamario. La cirugía clásica es la mastectomía, una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación de la mama. Por lo tanto, es un procedimiento de mutilación que en la mayoría de las mujeres trae asociados problemas psicológicos, emocionales y sociales, que ayudan a aumentar la carga de la enfermedad.

Por esta razón, si bien la mastectomía presenta un servicio que intenta salvar la vida de una mujer, conlleva una paradoja. Por un lado, simboliza la salvación de la paciente porque la siente como una cura definitiva, lo cual agradece. Mientras que por otro, representa un daño irreparable de su esquema corporal integral, lo que repercute en su autoestima y en su estado anímico y afectivo (Asken, 1975; Maguire, 1987, 1980; Goldbert, 1981; Flórez, 1994).

El tratamiento del cáncer mamario implica mutilación y Bayés (1985) plantea que la vulnerabilidad de un paciente va a depender de la cantidad de medios de que dispone para hacer frente a la enfermedad; del grado de eficacia, habilidad y constancia con que los maneje; y el grado de control que crea, lo cual le confiere dichos medios para afrontar su



enfermedad. Por lo tanto, de aquí puede desprenderse que el cómo la paciente reaccione ante un evento estresante, en este caso la mastectomía, va a depender de su manera de enfrentarlo.

En Chile existen pocos estudios que aborden el impacto que provoca la mastectomía en las mujeres de nuestro país, carencia que motivó la realización del presente estudio que busca conocer algunas actitudes de un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, las cuales presentan cáncer mamario y han sido sometidas a mastectomía parcial o radical.

En los países desarrollados, especialmente en Norteamérica, se han venido desarrollando investigaciones para determinar, desde un punto de vista psicológico, los efectos psicosociales de la mastectomía, llegando a establecerse los síntomas que aparecen producto de ella. Wellisch (1985), Bloom (1987) y Flores (1994) plantean que cualquier destrucción del seno (cirugía parcial o radical) es, en definitiva, un atentado contra la estructura psíquica de la mujer, siendo el resultado más frecuente la ansiedad, la depresión y la desesperanza.

Por consiguiente, el problema de investigación es: *¿Cuáles son las actitudes de las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía parcial o radical hacia: su autoimagen, su relación de pareja y su actividad sexual?*

La mujer con cáncer de mama ve en la cirugía la única solución viable para sufrir un cambio positivo en su estado de salud física. Durante su enfermedad han ocurrido cambios en su cuerpo. El crecimiento del tumor y los distintos tratamientos han mutilado su integridad física, psicológica y social. Por lo tanto, la carga emocional provoca que sentimientos de culpabilidad, duelo, soledad, temor y otros similares, broten en algún minuto del proceso, lo que repercute en la vida de la paciente y de sus seres queridos (Waintrub, 1990).

Todas las consecuencias, que trae consigo una enfermedad como ésta permite concluir que es de vital importancia promover programas de acogida y apoyo psicosocial para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama; sin dejar de lado el rol de la familia que, durante este proceso, debe apoyar y acompañar a la enferma en su padecimiento. Así se logra reforzar constantemente la salud y no la enfermedad, ya que con frecuencia se acompaña más al enfermo cuando se siente mal, que cuando está bien.

Además, el hecho de conocer las actitudes de las pacientes con cáncer mamario, hace relevante esta investigación porque permite proporcionar la ayuda que ellas necesitan. Por esta razón y basándose en los datos entregados, el siguiente estudio tiene como objetivo “Conocer las actitudes frente a la autoimagen, a la relación de pareja y a la actividad sexual, de pacientes que han sido sometidas a una mastectomía parcial o radical”.

#### ***a.- Objetivos de la investigación:***

##### *a.1.- Objetivo General*

- Caracterizar las actitudes de un grupo de mujeres, que han sido sometidas a una mastectomía, con relación a su autoimagen, relación de pareja y actividad sexual.

##### *a.2.- Objetivos Específicos*

- Identificar y describir la autoimagen o percepción de sí mismas, en mujeres que han experimentado mastectomía.

- Identificar y describir la actitud hacia la relación de pareja, que presentan mujeres que han sido sometidas a una mastectomía.
- Identificar y describir la actitud hacia la actividad sexual, exhibida por mujeres mastectomizadas.
- Identificar características de: Edad, estado civil, ocupación, enfermedad y tipos de tratamientos de las mujeres mastectomizadas.
- Describir el tipo de calidad de la relación de pareja y convivencia de las mujeres sometidas a una mastectomía.

### **b.- *Relevancia del tema***

Es indudable que cualquier enfermedad representa no sólo un problema físico, sino que integra a la persona como un todo; es decir, con su cuerpo, su mente, sus emociones y su entorno social (Simonton y Matthews Simonton, 1990).

Los avances en medicina y la alta tecnología de los tratamientos han aumentado las posibilidades de vida para las pacientes con cáncer mamario. Sin embargo, diferentes estudios hacen mención al impacto psicosocial que conlleva el tratamiento de la mastectomía, el cual es percibido como dañino para la autoimagen de la mujer (Flores, 1994).

Sin embargo, aunque la mastectomía es una práctica médica relativamente habitual en el país, existen pocos estudios sobre el impacto psicosocial de este tipo de tratamiento en la mujer chilena. Por ello la relevancia de la investigación se puede situar en cuatro perspectivas:

**Teóricamente**, se posibilita una primera aproximación a las mujeres mastectomizadas desde el Trabajo Social, siendo una investigación básica que permitiría conocer esta situación en un determinado Servicio Hospitalario de nuestra realidad nacional, contribuyendo de este modo al campo del Servicio Social en Chile en el área de la salud.

**Socialmente**, el tener antecedente respecto del tema permite beneficiar a aquellas mujeres que reciben atención en este Servicio Hospitalario, ya que podría aportar una parte de la información necesaria para solicitar al Estado mayores recursos económicos y humanos para llevar a cabo una mejor y más integral forma de abordar el tema con las mujeres, sus parejas y su grupo familiar.

Desde un punto de vista **práctico**, el poder obtener información de los aspectos psicosociales de las mujeres que se someten a una mastectomía, proporciona conocimiento tanto a Trabajadores Sociales, como a otros profesionales para una comprensión integral del problema. Además, permitiría a su vez realizar intervenciones desde el Trabajo Social para preparar y apoyar a la mujer que se someterá a una mastectomía y a lo largo de su período pos operatorio, permitiendo dar una ayuda adecuada en el momento que se la necesite, colaborando así con el tratamiento biomédico.

Finalmente, **Metodológicamente** esta investigación posibilita la conciliación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación social. Además permite utilizar un rápido y adecuado instrumento para la recolección de datos, lo que facilita la obtención de información que la mayoría de las veces se realiza en el Trabajo Social mediante las historias de vida o entrevistas en profundidad.

### ***c.- Tipo y características de la investigación***

Esta investigación correspondió al tipo de estudio Causal Explicativo, que intentó establecer en un primer nivel de aproximación las actitudes de las mujeres mastectomizadas. Este tipo de estudio estuvo dirigido a responder a las causas de los eventos físicos y sociales, es decir su interés se centró en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se dio éste, o por qué dos o más variables están relacionadas.

Para una mayor precisión metodológica, una vez que se ha definido el tipo de estudio y que se han establecido las hipótesis, se debe seleccionar un diseño de investigación, que es la estrategia concebida para responder a la o las preguntas de investigación. Dentro de los diseños existentes, se encuentran la investigación experimental y la no-experimental. Esta última se refiere a: “aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables”, es decir, donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes, ya que lo que se busca es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Hernández y cols., 1991).

En resumen, los sujetos pertenecen a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección, y son observados en su ambiente natural, es decir, en su realidad.

Dentro del tipo de diseño no experimental, se encuentran los diseños longitudinales y los transversales. Estos últimos son aquellos que recolectan datos en un solo momento dado, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Dado lo anterior, se señala que el presente estudio se enmarcó dentro de una *Investigación no experimental de campo de corte transversal*, en la cual no hubo manipulación de variables, sino sólo una observación de los fenómenos tal cual se presentan en su contexto natural para después analizarlos. Específicamente, ésta fue una investigación de tipo “*Causal Explicativa*”, donde se intenta encontrar las razones o causas que provocan cierto fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 1991; Kerlinger, 1988).

El estudio se realizó desde una perspectiva hermenéutica, es decir centrada en el entendimiento e interpretación de las situaciones y tratando de reconocer la subjetividad de las informantes como un elemento que explica su actitud frente a la experiencia de la mastectomía (Ruiz O, pp: 15, 1996).

Esta metodología esta enmarcada dentro de la investigación cualitativa, por tanto es inductiva, viendo el escenario y a las personas desde una perspectiva holística o como un todo. Al respecto el investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de las situaciones en las que se hallan, desarrollando conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. En estos estudios los investigadores siguen un diseño flexible, con interrogantes sólo vagamente formuladas, tratando de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Por lo tanto, para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan; por esto los investigadores se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas (S.J.Taylor y R.Bogdan, 1994).

#### ***d.- Cuadro Hipotético***

Las hipótesis de investigación se elaboraron siguiendo el modelo descrito por Hernández, Fernández y Baptista (1991, páginas 75 - 106), contrastando las hipótesis de investigación con las hipótesis nula y alternativa respectivamente. Desde este modelo el cuadro hipotético es el siguiente:

##### **d.1.**

- Hi: El apoyo que entrega la pareja de la paciente, después de una mastectomía, es un factor fundamental en la recuperación de la enfermedad y sus tratamientos; así como también, en la asimilación de la nueva imagen física de la mujer.
- Ho: El apoyo que entrega la pareja de la paciente, después de una mastectomía, no es un factor fundamental en la recuperación de la enfermedad y sus tratamientos; así como también, en la asimilación de la nueva imagen física de la mujer.
- Ha: Sólo la situación física de la paciente, después de una mastectomía, es un factor fundamental en la recuperación de la enfermedad y sus tratamientos; así como también, en la asimilación de la nueva imagen corporal de la mujer.

##### **d.2.**

- Hi: La extirpación de la mama influye, negativamente, en la actividad sexual de las mujeres mastectomizadas.

- Ho: La extirpación de la mama no influye, negativamente, en la actividad sexual de las mujeres mastectomizadas.

### **d.3.**

- Ha: La extirpación de la mama no tiene influencia en la actividad sexual de las mujeres mastectomizadas.
- Hi: La extirpación de la mama repercute negativamente en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas.
- Ho: La extirpación de la mama no repercute negativamente en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas.
- Ha: La extirpación de la mama no tiene repercusiones en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas.

## ***e.- Definición Conceptual y Operacional de las Variables***

### *e.1.- Actitud*

*Definición Conceptual:* “Es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Éstas están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia” (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1977). “Las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas y no como hechos” (Padua, 1979).



*Definición Operacional:* Se definirá actitud según los registros obtenidos en las tres dimensiones en estudio.

### *e.2.- Mastectomía*

*Definición Conceptual:* “Técnica quirúrgica que consiste en la extirpación de la mama”.

*Definición Operacional:*

MSE mastectomía seccional extendida: eliminación de una porción de la mama y los nódulos linfáticos de la axila.

MTE mastectomía total extendida: eliminación de toda la mama, los músculos que la sostienen y los nódulos linfáticos axilares.

MRM mastectomía radical modificada: eliminación de toda la mama y de los nódulos linfáticos de la axila.

### *e.3.- Actividad Sexual*

*Definición Conceptual:* “Conjunto de respuestas que presenta el individuo frente a estímulos sexuales, determinados por aspectos biológico y psicosociales. Los indicadores que incluye son los siguientes: interés y aceptación hacia la actividad sexual”.

*Definición Operacional:* Se considerará la dimensión actividad sexual de acuerdo a los ítems correspondientes que evalúan dicha dimensión.

#### *e.4.- Relación de Pareja*

*Definición Conceptual:* “Acciones entre un hombre y una mujer unidos por un vínculo sentimental y/o social, cuya relación no se restringe solamente a lo genital. Los indicadores que contempla esta dimensión son: cariño, aceptación y deseo sexual, todos ellos considerados como expresión de sentimientos”.

*Definición Operacional:* Se considerará la dimensión relación de pareja de acuerdo a los ítems correspondientes que evalúan dicha dimensión

#### *e.5.- Autoimagen*

*Definición Conceptual:* “Se refiere a como las personas piensan y se sienten acerca de ellas mismas. La autoimagen de cada individuo influencia su nivel de confort respecto de sí misma y su relación con los otros. Ésta se deriva desde el desarrollo experiencial de la infancia, dentro de un contexto físico particular y de los recursos intelectuales. Los indicadores para medir esta dimensión son los siguientes: percepción de la imagen corporal y de la relación sexual post-mastectomía”.

*Definición Operacional:* Se considerará la dimensión autoimagen de acuerdo a los ítems que evalúan dicha dimensión.

## ***f.- Delimitación Geográfica del área de Estudio y Características del Universo y de la Muestra.***

La investigación se realizó en la Unidad de Patología Mamaria del Servicio de Ginecología, Obstetricia y Neonatología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central, Santiago.

**f.1. Unidad de Estudio:** Mujeres mastectomizadas que reciben atención en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**f.2. Universo:** El universo está compuesto por 45 mujeres mastectomizadas, todas ellas con edades que fluctúan entre los 30 y 65 años.

### **f.3. Muestra**

*f.3.1.- Criterios:* Se seleccionó una muestra de mujeres mastectomizadas, que se controlan en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Clínico San Borja Arriarán, las cuales debían tener edades entre los 30 y 60 años; haber sido diagnosticadas con Cáncer de Mama; haber sido sometidas a una mastectomía: parcial, total extendida o radical modificada y no estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al momento de la entrevista.

*f.3.2.- Tipo de Muestreo:* El muestreo fue no probabilístico de tipo intencionado, dado que se accedió a aquellas mujeres que cumplían con los criterios de selección y que voluntariamente querían participar de la investigación.

*f.3.3.- Tamaño:* El grupo de informantes estuvo constituido por 12 mujeres que se dividieron en tres sub-grupos:

- Un sub-grupos de mujeres con mastectomía parcial (n= 3)
- Un sub-grupos de mujeres con mastectomía total extendida (n=6)

- Un sub-grupos de mujeres con mastectomía radical modificada (n=3)

### ***g.- Estrategia de Observación y Recolección de Datos***

#### ***g.1.- Pauta de Entrevista:***

Se diseñó una pauta de entrevista semiestructurada como instrumento para la recolección de los datos. Dicha pauta tuvo como objeto obtener información respecto a: edad, estado civil, ocupación, nivel educacional, datos de la pareja actual e información respecto de la enfermedad.

La pauta de entrevista constó de preguntas abiertas y cerradas, las que fueron completadas durante una entrevista por el propio entrevistador.

#### ***g.2.- Escala para Medir Actitudes:***

Se diseñó una escala tipo Likert para medir actitudes respecto a las siguientes dimensiones: relación de pareja, actividad sexual y autoimagen de la mujer que ha sufrido una mastectomía. Las áreas contempladas en dichas dimensiones fueron elegidas considerando temas seleccionados a través de la revisión bibliográfica.

Fue una escala de autoreporte para ser contestada por el propio sujeto, contó con 39 ítems, a partir de los cuales se configuraron las tres dimensiones en estudio. (Ver Anexo N° 3).

### ***g.3.- Procedimiento***

La investigación se realizó sobre la base de las siguientes etapas:

#### ***g.3.1.- Confección de la Pauta de Entrevista:***

La pauta se confeccionó a partir de las múltiples interrogantes que surgieron en la medida que se fue revisando la literatura sobre el tema. Además para esclarecer aún más el tipo de muestra que se utilizó en el estudio.

Luego fue enviada a un grupo de seis jueces expertos en el área Psicosocial para obtener una validación de contenido así como también un análisis del lenguaje empleado.

#### ***g.3.2.- Construcción de la Escala Tipo Likert:***

El proceso de construcción de la escala de actitudes para este estudio se realizó considerando los procedimientos que para esta situación se han establecido científicamente; fue así como se consideraron las siguientes etapas:

- Selección del instrumento, dimensiones, indicadores e ítems, a partir de la definición conceptual de las variables en estudio.
- Validación del instrumento por juicio de expertos, tres Asistentes Sociales y tres Psicólogos, especialistas en el área de la Salud.

### *g.3.3.- Selección de las Informantes:*

Se realizó por medio de la revisión de todas las Fichas Clínicas de la Unidad de Patología Mamaria, con colaboración de los médicos tratantes por medio de la derivación directa.

Cada paciente fue invitada telefónicamente a participar. En dicha comunicación la entrevistadora se presentaba, dando a conocer su procedencia de estudiante y en términos generales los objetivos del estudio. Luego de acuerdo a la disposición mostrada por cada mujer se concertaba una cita en la Unidad de Servicio Social del Hospital Clínico San Borja Arriarán para la aplicación del instrumento.

Las mujeres seleccionadas se caracterizan por ser un grupo relativamente homogéneo con relación a su nivel socioeconómico, ya que pertenecen a un sector medio-bajo, no contando con ingresos propios, presentando edades que fluctúan entre los 35 y 59 años, son casadas, mantienen una convivencia estable y permanente con sus parejas, poseen un bajo nivel educacional y, en su gran mayoría, tienen la ocupación de dueñas de casa.

### *g.3.4.- Medición de las variables en estudio:*

Las mediciones se realizaron individualmente, en una sesión de aproximadamente 30 minutos de duración por cada persona. Dichas sesiones fueron realizadas por la entrevistadora con el fin de evitar el sesgo y aclarar las posibles dudas que se presentaran.

Una vez que la entrevistadora se presentaba y explicaba con mayor claridad los fines del estudio se pasaba a aplicar los instrumentos. El orden fue siempre el mismo, primero se respondía la Pauta de Entrevista la cual era completada por el entrevistador, y posteriormente se le entregaba a la persona la Escala tipo Likert.

### *g.3.5.- Análisis de los resultados:*

Una vez reunidos los datos, se realizaron los siguientes análisis:

- Recuento de puntos y posterior clasificación de acuerdo a las categorías entregadas en la escala tipo Likert
- Codificación de los datos en una matriz
- Codificación y análisis descriptivo de la Pauta de Entrevista
- Análisis Estadístico de los datos
- Descripción de los datos, valores o puntuaciones obtenidas para cada variable

### *g.3.6.- Tratamiento y análisis de la Información*

La información recolectada se procesó a través de los paquetes estadísticos computacionales Microsoft Excel 1995, versión 5.0.

### ***h.- Proyecciones del tema***

El conocer los procesos psicosociales, experimentados por pacientes que han sufrido una mastectomía, permitirá desarrollar nuevas técnicas de apoyo y acogida para aliviar la aflicción y tensión emocional que padecen estas mujeres. Debido a ello, el siguiente estudio podría establecer que la calidad de vida de las pacientes está estrechamente relacionada con su período de supervivencia.

Además, queda abierta la posibilidad de crear nuevos programas educativos, así como de prevención, de afrontamiento y de información, que contribuyan a una nueva actitud y a una nueva forma de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos. De esta manera se tratará la patología desde una mirada bio-psico-social y, al mismo tiempo, se implementará un programa de trabajo en equipo multidisciplinario para asistir a las pacientes.

Todo este trabajo de investigación puede significar un paso más para lograr que tanto el equipo médico, la familia y la sociedad visualicen al ser humano como una integración de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Por último, permitirá tener una mayor información para el diseño de estrategias, que capaciten al personal de salud en la atención integral de las pacientes, lo cual llevará a abrir nuevas actitudes y perspectivas de asistencia frente al cáncer de mama.



*Capítulo 1*  
**“EL CÁNCER DE MAMA”**

El concepto de Salud es relativo y multidimensional y dice relación tanto con los contextos sociales y culturales como con otras características de los individuos, niveles socioeconómicos y accesibilidad al sistema. La Salud entendida como un proceso en permanente cambio y evolución se vincula al desarrollo de las personas y al proyecto social de una colectividad, en tiempo y área geográfica determinada, siendo expresión de las dimensiones económicas, biológicas, ecológicas, de las formas de conciencia y conducta tanto en lo individual como en lo colectivo, las cuales representan la diversidad de aspectos que afectan al ser humano durante toda su vida.

Las condiciones de vida determinan la existencia de necesidades y problemas de salud frente a los cuales, los diferentes actores sociales demandan distintas acciones de satisfacción como respuesta. El conjunto de estas respuestas sociales conforman las políticas y planes de salud y bienestar que se concentran en acciones sobre los individuos, grupos y la sociedad en general.

Constituyendo la situación de salud un espacio de construcción interdisciplinario donde confluyen conceptos, métodos y diversas técnicas, el Trabajo Social participa junto a otras disciplinas en esta dinámica. De esta manera, el Asistente Social trabaja directamente con personas, familias, grupos y comunidades, abordando sus problemas, necesidades y demandas sociales con relación a su salud, aportando una combinación de recursos de distinta naturaleza; además abordando simultánea y/o separadamente objetivos de tipo promocional, educativo, organizativo, de gestión y de desarrollo local.

Su campo de acción le permite realizar acciones transformadoras, a través de las prácticas específicas del Trabajo Social en busca de una mejor salud y calidad de vida para toda la población.

## *1.- ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER*

Aunque el cáncer es una enfermedad conocida, desde la más remota antigüedad, los dramáticos aumentos que ha experimentado en los últimos doscientos años, llevan a pensar que es, más bien, una complicación del progreso y de la longevidad lograda con ésta. Hoy en día las neoplasias se han intensificado siendo consecuencia, tanto de las mejoras sociales y económicas como del avance en el área de la salud. Este último ha provocado, además, un aumento en la esperanza de vida de sus poblaciones con el consiguiente envejecimiento de ellas y la elevación de esta enfermedad.

Cada vez en mayor cantidad, el desarrollo tecnológico y la industrialización producen sustancias cancerígenas, que contaminan el ambiente y coadyudan en la aparición de diversos tipos de neoplasias. Al parecer, el 80% de los cánceres deben su origen a factores exógenos, tales como: algunos alimentos, el aire contaminado, el agua y otras bebidas que el hombre ingiere; además del estilo de vida que se lleva y del tipo de trabajo que se desarrolla.

Para J. Jaramillo (1991), el empleo excesivo de medicamentos y los extralimitados estudios de radiología diagnóstica, radioterapia y otros similares, son potencialmente capaces de estimular la aparición del cáncer. Por lo tanto es posible concluir que el medio ambiente, en que habita el hombre, presenta las características necesarias para alentar la manifestación de este tipo de enfermedad

No obstante la información entregada, es necesario hacer especificaciones acerca de los aspectos biológicos que presenta esta patología.

Para empezar es importante destacar que, la American Cancer Society define al cáncer como: “un gran grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolable y la expansión de células anormales”. El cáncer se origina cuando una célula, que contiene información genética incorrecta, no es capaz de realizar su función específica. Según Simonton (1990), este error puede ser consecuencia de una exposición ante sustancias químicas nocivas; de causas externas; o del proceso constante de reproducción de millones de células en el organismo, donde en algunas ocasiones aparece una imperfecta. Si esta célula reproduce otras con su misma información genética (incorrecta), entonces se comienza a formar un **Tumor**. Normalmente, las defensas del cuerpo, o sistema inmunológico, reconocen estas células y las destruyen o, al menos, las cercan para que no puedan extenderse; pero hay ocasiones en que ellas, a pesar de todo, continúan su desarrollo.

Un Tumor sería, entonces, el crecimiento y la reproducción anormal e ilimitada, de un determinado grupo de células, que representan una mala diferenciación celular; y el cual es autónomo en su desarrollo. Además, es importante aclarar que casi todos los tumores humanos son clonos, es decir, grupos de células hijas con material idéntico al que le dio origen.

Pero estas células defectuosas, el tumor, pueden bloquear las funciones propias del organismo; ya sea porque se extienden hasta el punto en que aplastan a otros órganos, o bien, porque sustituyen a tantas células saludables en un órgano que éste no puede funcionar. Profundizando en sus formas más severas, las células malignas llegan a desprenderse de la masa original y son transportadas a otras partes del cuerpo, donde

comienzan a reproducirse y a formar nuevos tumores. Este proceso de desprendimiento y expansión es conocido como **Metástasis**, según Arraztoa J. y Orlandi L (1989).

Frente a esta parte de la investigación, es necesario tener en cuenta que el cáncer no se puede conceptualizar como una sola afección, sino como un espectro de enfermedades neoplásicas, cada una de ellas con un patrón único de presentación y estrategia diagnóstica, y con un tratamiento y pronóstico también individual (Santín, Bellmunt, Olsina, 1994).

## *2.- CÁNCER DE MAMA*

Específicamente, el cáncer de mama se presenta muy a menudo como un abultamiento o una dureza que no duele; y con frecuencia en la porción del seno más alta y hacia fuera, aunque puede aparecer en cualquier parte de éste. Puede propagarse de su sitio de origen a los nódulos linfáticos en la axila, el cuello, el pecho y con el tiempo a otras partes del cuerpo por medio de la corriente sanguínea.

Si bien, el cáncer mamario puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, es en este género donde adquiere una mayor representatividad, ya que sólo un 2% de la población masculina lo sufre, en otros términos la proporción hombre mujer es 1:8.

### *2.1.- Epidemiología*

Al aumentar las expectativas de vida, aumentan las patologías crónicas, entre las cuales el cáncer tiene un lugar importante y el cáncer de mama en la mujer aparece como uno de los más frecuentes. Las tasas de incidencia y mortalidad varían de un país a otro y

tienden a ser más altas en los países desarrollados, con alto nivel socioeconómico y con poblaciones de ascendencia predominantemente europea. Los valores más bajos se observan en países de escaso o mediano desarrollo, como los de Latinoamérica y el Caribe (Ravera, Medina y López, 1991).

Una de cada trece mujeres (7.0%) desarrolla cáncer mamario a lo largo de su vida. El veintisiete por ciento (27%) de los tumores malignos que afectan a la mujer ocurren en la mama. El cáncer mamario es, asimismo, la más importante causa de muerte por cáncer en Estados Unidos, y la mayor causa de muerte de la mujer en el grupo de edad 40-44 años (Avendaño, 1979).

Medina, Marre, Yrarrazabal, Caris y Medina (1981) plantean que “de acuerdo a los riesgos actuales observados en Chile una de cada 34 mujeres desarrollará un cáncer de mama durante su existencia. Si de acuerdo a las proyecciones, la actual perspectiva de vida de sesenta y ocho años para la mujer ascendiera a setenta y cinco años, el desarrollo del cáncer mamario se observará en una de cada veinticuatro mujeres. La localización mamaria y broncopulmonar son la única forma de cáncer que muestran en los últimos veinte años un aumento significativo del riesgo de muerte en Chile. Los casos clínicos aparecen mayoritariamente después de los treinta y cinco años, siendo la mediana de edad 49.4 años”.

Medina y cols. (1981) plantean que “en Chile, las probabilidades de una mujer de la actual generación de desarrollar cáncer mamario son de cuatro por ciento (4%) o más, ocupando el tercer lugar entre las causas de hospitalización. Entre 1920 y 1971, las muertes por esta causa aumentaron seis veces, se trata de un problema en franco aumento, ya que el resto de los tumores malignos en igual fecha lo hacen 2.5 veces”. En 1984, la mortalidad por cáncer de mama para el país fue de 11.1 por cien mil mujeres. Este riesgo varía entre las regiones siendo él más alto en las urbanas. El aumento a lo largo del tiempo es probable que se deba a mejores registros, aumentos de la expectativa de vida y a la modificación de costumbres, particularmente a las vinculadas al tamaño de la familia, edad al tener el primer

hijo, modificaciones en la dieta, mayor exposición a radiaciones ionizantes con fines diagnósticos etc. (Ravera, Medina y López, 1991).

En los últimos veinte años, la mortalidad por cáncer mamario aumentó en un 20% y a partir de 1990 superó al cáncer cérvico uterino. En 1992, murieron 771 mujeres de cáncer mamario y 746 de cáncer cérvico uterino (Ministerio de Salud, 1992).

## *2.2.- Etiología y Factores de Riesgo del Cáncer de Mama*

Aunque la etiología del cáncer de mama es desconocida, se han invocado numerosos factores asociados a un mayor riesgo, así como otros inductores o promotores de su desarrollo. La incidencia disponible apunta a factores endocrinos, ambientales y genéticos.

Entre los factores que han sido relacionados, con mayor firmeza, sobre la base de estudios epidemiológicos, se encuentran: él haber padecido la enfermedad; poseer antecedentes familiares (madre, hermana) de cáncer de mama, riesgo que aumenta ocho veces si la paciente es premenopausica o ha sufrido cáncer de mama bilateral; tener más de 30 años de edad; ser mujer con pocos hijos y embarazos tardíos; sufrir de menarquía temprana, antes de los doce años, y menopausia tardía, después de los cincuenta años; haber padecido la enfermedad mamaria benigna; presentar un ambiente hormonal alterado; mostrar ciclos ovulatorios que cursan con niveles de progesterona inferior a lo normal; haber expuesto la pared torácica a radiaciones ionizantes, y por último, mantener una alta ingesta de grasas (A. León, R. Baeza y E. Vives, 1992).

Estos no son los únicos, ya que recientes estudios han demostrado la existencia de otros factores de riesgo, tales como: falta de ejercicio durante la adolescencia, ingestión de alcohol en bajas dosis, obesidad en postmenopáusicas, uso prolongado de anticonceptivos

orales antes de la gestación del primer hijo y tratamiento postmenopáusico de sustitución estrógena (Medina, 1983).

Actualmente la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), proponen la clasificación TNM para el cáncer de mama, la cual es utilizada universalmente.

### *2.3.- Clasificación del Cáncer Mamario (Estadios)*

T = extensión del tumor primario.

N = ausencia o presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales.

M = ausencia o presencia de metástasis a distancia.

Este procedimiento tiene su origen en las personas de Martín, Casado, López y Díaz (1994); y es de vital importancia al momento de decidir la opción de tratamiento, que se le ofrecerá a la paciente. Esto se explica porque el factor, más importante a considerar, es el estado de la enfermedad, el cual se basa en el tamaño del tumor y su grado de propagación. Dependiendo de los antecedentes previos, se puede realizar, entonces, una agrupación por estadios:

*Estadio I:* Tumor igual o inferior a 2 cm., los ganglios axilares no están afectados y no se observa metástasis a distancia en otros órganos.

*Estadio II:* Tumor de entre 2 y 5 cm.

*Estadio III:* Tumor de más de 5 cm., sin infiltración de la piel o pared torácica.

*Estadio IV:* Tumor con infiltración de la piel o pared torácica, los ganglios axilares se ven afectados y se observa metástasis a distancia en otros órganos (National Cancer Institute, 1995).

#### *2.4.- Tratamientos del Cáncer Mamario*

Los métodos de tratamiento para el cáncer de mama, son locales o sistémicos. Los primeros son usados para remover, destruir o controlar las células cancerígenas en un área específica. Un ejemplo de ello son la cirugía y la radioterapia. En cuanto a los segundos, éstos son usados para destruir o controlar las células cancerígenas en todas partes del cuerpo. La quimioterapia y la terapia hormonal pertenecen a este tipo de tratamientos.

Frente a estas opciones, un paciente puede recibir una forma de tratamiento o una combinación de éstos. Pero cuando se usan diferentes formas de tratamiento, ellas se dan en diferentes tiempos. El hecho se explica porque cada medicación tiene características propias, aunque su fin sea el mismo (National Cancer Institute, 1995).

*2.4.1.- Radioterapia:* Tratamiento no quirúrgico, que consiste en el uso de radiación ionizante, a través de partículas electromagnéticas destructoras de tejidos. Según Arraztoa (1987), tiene una acción local y su dosis va a depender del tamaño, la extensión, el tipo y la respuesta del tumor a la irradiación. Por su parte, Bodi y Giralt (1994) plantean que el objetivo de la radioterapia es: “Administrar una dosis de radiaciones, entendidas como la propagación de energía a través del espacio o de la materia, y que están constituidas por flujos



de partículas en movimiento, de naturaleza y velocidad variables, sobre el volumen tumoral, para erradicar dicho tumor y conseguir un aumento en la supervivencia”.

*2.4.2.- Quimioterapia:* Tratamiento sistémico, que puede lograr el control (transitorio o definitivo) del cáncer de mama en caso de una diseminación. Su propósito es reducir la posibilidad de recaída en mujeres que presentan un alto riesgo de micro metástasis, inapreciables clínicamente. Según Martín y cols. (1994), si se aplica en forma coadyudante postquirúrgicamente permite un aumento de la tasa de curación de la cirugía aislada (10 - 15 %). Este tratamiento, consiste en la administración de fármacos cuyo efecto es antitumoral, en otras palabras, destruye las células tumorales a lo largo del organismo. Algunos pueden ser administrados por vía oral o intramuscular, pero la mayor parte deben ser colocados por vía endovenosa. Todos tienen efectos tóxicos o secundarios, entre los cuales la emesis (náuseas y vómitos) y la alopecia (caída del cabello) son las más frecuentes.

*2.4.3.- Hormonoterapia:* Tratamiento sistémico del cáncer mamario. Su uso se basa en la presencia de receptores de hormonas (estrógenos y progestógenos) en las células tumorales del 30- 40% de las pacientes. La cuantía de dichos receptores se correlaciona habitualmente con la eficacia del tratamiento hormonal. La hormonoterapia coadyudante postquirúrgica logra un incremento de la supervivencia libre de recaídas a largo plazo, respecto a la cirugía aislada en las mujeres posmenopáusicas (Martín y cols, 1994).

*2.4.4.- Cirugía:* El principio fundamental de la cirugía curativa en el tratamiento del cáncer se basa en la extirpación de todo el tejido neoplásico. Esta es la modalidad más antigua para tratar a los pacientes de cáncer, siendo el pilar básico del cáncer de mama. Es una técnica local, cuya finalidad es el control del tumor, aunque también permite obtener datos necesarios para los tratamientos coadyudantes postquirúrgicos (Arraztoa, 1987, Martín, Casado, López y Díaz, 1994). El tipo de cirugía dependerá, entonces, del tamaño tumoral. Si el tumor es menor de 2,5 cm. puede realizarse sólo una Tumorectomía con o sin disección axilar (extirpación de

los ganglios linfáticos axilares). Cuando el tumor es mayor de 2,5 cm. debe realizarse una Mastectomía Radical, que consiste en la extirpación de la mama y sus ganglios axilares.

Se puede definir la *Mastectomía* como una técnica quirúrgica consistente en la extirpación de la mama (Puga, 1983). En las etapas precoces del cáncer (estadios I-II), la cirugía clásica es la mastectomía radical modificada, según Pattey, basada en la extirpación en bloque de toda la mama, con la piel que la recubre y un vaciamiento axilar completo, conservando el músculo pectoral mayor. Pero cuando los tumores son aquéllos localmente avanzados (estadio III), la mastectomía se realiza habitualmente tras la administración de quimioterapia previa (neoadyudante) (Middleton, Rivas, Saavedra, Ducaud y Saint-Jean, 1985).

### 3.- ACTITUDES

El concepto de actitud ha sido definido por numerosos autores. Así, por ejemplo, Krech y Cols lo consideran como “un sistema durable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos y tendencias hacia la acción en pro o en contra de un objeto social”.

Por otro lado, la definición de Allport (1935) es extremadamente respetada y se refiere a “un estado mental y nervioso, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con las que se relaciona”.

Pero una de las definiciones que incluye las nociones básicas usadas por los teóricos, plantea que “actitud es una idea cargada de emotividad la cual predispone una clase

de acciones o una clase particular de situaciones sociales”. Dicha definición, va a proponer, entonces, tres componentes en el concepto de actitud:

\* El componente “*Cognoscitivo*” que incluye las creencias que tenga una persona acerca de un objeto determinado. Dentro de éstas, las creencias evaluativas se consideran como las más importantes para la actitud, desde el punto de vista de la disposición. Ellas abarcan las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas del objeto actitudinal.

\* El componente “*Afectivo*”, por su parte, se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Cuando un individuo verbaliza sentimientos, éstos son también cogniciones y se refieren a quien conoce al ser, el cual está respondiendo al objeto.

\* El componente “*Tendencial*”, por último, incorpora la disposición conductual del individuo que va a responder al objeto. En este caso, es aceptada la existencia de un lazo entre los componentes cognoscitivos, particularmente las creencias evaluativas, y la disposición a responder al objeto.

Sin embargo, existen pruebas de que los tres componentes de la actitud están muy interrelacionados. Rosemberg especifica que cuanto mayor es el lazo percibido entre un objeto de actitud y los valores de una persona, y cuanto más preponderantes son estos valores, más afecto experimentará el individuo. Fishbein, por otro lado, muestra que cuanto mayor es la relación entre un objeto de actitud y ciertas creencias respecto de él, y cuanto mayor es el efecto relacionado con estas creencias, mayor es el efecto hacia el objeto de actitud.

Por ejemplo, cuando una persona experimenta un hecho agradable en relación con un objeto de actitud, el afecto hacia el objeto será más favorable. Del mismo modo, si la experiencia es desagradable, la persona cambiará su afecto en la dirección negativa.

Para Lersch, las actitudes dominan todo el diálogo del ser humano con el ambiente. De ellas depende, en parte decisiva, como se percibe lo que llega al mundo interno del sujeto en el marco de su campo de percepción, organizado según la importancia de las cosas; y como se comporta el individuo respecto de ellos.

Este hecho es válido para sus relaciones con las cosas, con los sucesos objetivos y su percepción respecto de ellos y de sus relaciones con otros seres humanos vistas a través de la convivencia.

En líneas generales, se puede decir que las actitudes poseen varias cualidades: son creencias y sentimientos, acerca de un objeto o conjunto de objetos del ambiente social; son aprendidas; tienden a persistir, aunque estén sujetas a los efectos de la experiencia; y son estados directivos del campo psicológico, que influye en la acción.

Para los fines de este estudio, se considerará como *Actitud*: la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones, acerca de un asunto determinado.

Con la definición de Actitud delimitada se puede, entonces, entrar en el ámbito de sus funciones. Según A.Asun, Salazar y R. Estevez Valencia, las actitudes constituyen el fundamento de los patrones de conducta constantes, con respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un período de tiempo. Por lo tanto, se puede decir que ellas tienen una base funcional, ya que una opinión puede mantenerse y desarrollarse, para satisfacer una necesidad social importante para la persona.

Pero Katz (1960), por su parte, especifica cuatro funciones que las actitudes desempeñan para el individuo: adaptación, defensa del yo, expresión de valores y conocimientos:

\* *La función instrumental, de adaptación o utilitaria:* El individuo trata de hacer máxima la recompensa o gratificación, y mínimo el sufrimiento o castigo. Se desarrollan, por lo tanto, actitudes favorables con respecto a objetos que, en sí mismos, proporcionan gratificación o satisfacción de necesidades, y se adoptan actitudes desfavorables sobre los objetos que llevan castigo y frustran la satisfacción de necesidades.

\* *La función ego defensiva:* El individuo se protege a sí mismo de las tensiones y angustias, asociadas a motivos inaceptables y amenazas atemorizantes. Estas últimas se conocen como mecanismos de defensa del yo, lo cual implica que las opiniones y creencias desarrolladas, para impedir la toma de conciencia total respecto de verdades desagradables, cumplen una función de defensa del yo.

\* *La función expresiva de valores:* El individuo obtiene satisfacción expresando actitudes apropiadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Estos valores personales y este autoconcepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez, a partir de identificaciones con los padres y otras figuras significativas; y que constituyen el núcleo central de la personalidad.

\* *La función de conocimientos:* El individuo responde a una necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada el universo (realidad). De acuerdo a esta función se mantienen las actitudes que calzan adecuadamente con las situaciones y que estructura de un modo significativo la experiencia. Aquellas que se revelan inadecuadas para enfrentar hechos nuevos y cambiantes se descartan, porque llevan a la contradicción y a la incoherencia. Por lo tanto, se comprende la necesidad de una organización cognoscitiva que tenga sentido, y la necesidad de coherencia y de claridad dentro de esta función.

### *3.1.- Actitud y Conducta*

La actitud es una orientación general, existente en la “conciencia privada” y que se oculta, incluso a veces, a la propia conciencia. Por esta razón, se hace muy difícil conocerla en la vida real, en donde sólo es posible acceder a las manifestaciones observables conocidas como conductas. Un ejemplo de ellas es la opinión, la cual no corresponde necesariamente a la actitud cierta sobre la materia de la que se opina.

Pero en ambas expresiones, actitud y conducta, existe alguna concordancia. Se dice que en las actitudes estaría inherente una fuerza motivadora del comportamiento, la cual cooperaría notablemente en la orientación de la conducta; pero si bien hay numerosos indicios que respaldan la teoría de la correspondencia, también son frecuentes los resultados en que la conducta manifiesta es opuesta a la actitud. La explicación a estas contradicciones se basa en que existirían actitudes respecto del objeto en cuestión, como del contexto en que se da dicho objeto. En consecuencia, la incoherencia entre actitud y conducta podría ser la función de este emplazamiento hacia la situación.

Finalmente, entre actitud y conducta existe algún tipo de concordancia altamente compleja, ya que en ella mediarían numerosos aspectos propios del individuo, tales como: tipo de actitud, la materia en cuestión, otras actitudes; además de influencias externas como: el tipo de situación, la presión social y otros según A. Asun Salazar y R. Estevez Valencia (1991).

## *Capítulo 2*

### *“REACCIÓN EMOCIONAL DE LA MUJER FRENTE AL CÁNCER DE MAMA Y LA MASTECTOMÍA”*

Si observamos dentro del amplio espectro de enfermedades que existen, el cáncer tiene una percepción psicológica y social que impacta de sobremanera a quién lo padece.

En nuestra sociedad, el cáncer posee connotaciones muy negativas, en comparación con otras enfermedades. Para la mayoría de la gente el diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte, en donde la persona pasa por todo un proceso adaptivo, en el cual pueden presentarse síntomas ansiosos, depresivos o ambos a la vez (Goepp y Hammond, 1974; Arraztoa, 1975; Labarca, 1986).

Específicamente, el cáncer de mama está asociado con el miedo a graves e inevitables dolores, con desfiguramiento e incapacidad, y con rechazo social e incluso censura moral (Jenkis, 1976 en Flórez, 1994). Por esta razón, una mujer frente al impacto del diagnóstico y al padecimiento de la enfermedad, se hunde, casi con seguridad, en una profunda depresión.

Este hecho provoca, entonces, una tríada de síntomas fundamentales: visión negativa de “sí misma”, visión negativa del futuro y visión negativa del ambiente, lo cual produce una ruptura en la “autoestima” individual, porque la enfermedad se centra precisamente en el símbolo de la “femineidad”, de la sexualidad, de su propio “yo”, es decir, de su propia existencia (Flórez, 1994).

Específicamente, uno de los tratamientos del cáncer mamario es la mastectomía. Dicha cirugía es percibida como un hecho sumamente agresivo para la mujer, lo cual es avalado por una investigación realizada en España, donde el 47,54% de las mujeres la estimaba como la más dura o penosa cura para el cáncer. Además, un 50% y 33,61% de ellas afirmaron verse muy o bastante afectadas, respectivamente, ante una terapia de este tipo (Flórez, 1994).

Las estadísticas previas se relacionan directamente con el hecho de que la consecuencia de la cirugía es visible. Por lo tanto, el deterioro de la imagen física es tan importante que la mujer rechaza su nuevo esquema corporal. La deformidad produce, de esta manera, el “Síndrome de Amazonismo” donde las pacientes “se sienten media mujeres y piensan, por ello, que han perdido su atractivo sexual, su belleza y su capacidad de seducción” (Matías y cols., 1995).

### 1.- REACCIONES A LA ENFERMEDAD

La enfermedad es un proceso holístico, y los aspectos psicológicos constituyen parte integral del cuadro patológico. En respuesta a la enfermedad el individuo pone en acción diversos procesos de “contención” para designar las estrategias que se oponen a la amenaza (Lazarus, 1966 en Flórez, 1994). Estos procesos de contención, que constan de componentes intrapsíquicos y conductuales, pueden ser adaptativos o desadaptativos y, en el último caso, la influencia que ejercen sobre el pronóstico suele ser adversa (Flórez, 1994).

Diversos estudios describen los problemas y los mecanismos de adaptación que despliegan los pacientes con enfermedades fatales. Dichas respuestas psicológicas a la



enfermedad varían enormemente de un paciente a otro. Un método para que el médico conceptualice estas diversas respuestas consiste en obtener la apreciación de lo que la enfermedad puede significar para el paciente (Sutherland y Orbach, 1953; Saunders, 1980, Bucher, Rodovalho y Ferreira, 1986; Labarca, 1986; Flórez, 1994; Matías, Blanco, Llorca, Montejo, Manzano y Díez, 1995).

Una enfermedad puede ser percibida por el paciente como una amenaza, como pérdida, castigo, ventaja, insignificancia y otras diversas vicisitudes. La experiencia de una enfermedad es muy subjetiva y su sentido muchas veces se comunica de forma incompleta a otra persona (Flórez, 1994).

Dichas respuestas presentan un carácter tanto subjetivo como conductual, ósea la persona emite una serie de conductas en reacción a la enfermedad. Estas respuestas permiten al paciente relacionarse con su enfermedad y, también, con su medio social. El apoyo social se considera un factor importante para facilitar el enfrentamiento a la enfermedad y a situaciones estresantes. La familia, los amigos y otros contactos sociales ayudan a reducir el impacto emocional de los acontecimientos y favorecen la recuperación tras la enfermedad, teniendo un efecto especialmente positivo en el mantenimiento de un programa de tratamiento (Aguirre, 1992).

De acuerdo con Páez (1986) la falta de contacto y apoyo social de los sujetos parecería ser un factor directo de facilitación de síntomas. Las situaciones estables de bajo contacto social, de falta de una red de familiares, amigos y conocidos que ayuden moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociados a una mayor presencia de síntomas psicológicos y físicos. Brown y cols (1978 cit. en Paéz 1986) analizaron la relación entre soporte social y depresión. Esta investigación confirmó como elemento microsocial mediador en una depresión al grado de soporte o integración social. Las mujeres más aisladas, sin trabajo fuera de la casa, sin confidente o relación satisfactoria con un hombre y que están confinadas en su casa con hijos pequeños presentaban mayor depresión. Si se observa dentro

del amplio espectro de enfermedades el cáncer tiene una percepción psicológica y social que impacta de sobremanera a quien lo padece. El cáncer aún pertenece a aquel grupo de enfermedades que, en distintos momentos de la historia, han sido culturalmente revestidas de connotaciones muy negativas. Con independencia de los avances en el diagnóstico precoz y en la eficacia terapéuticas, el cáncer genera una reacción emocional que no se observa en otras patologías, incluso a aquellas que constituyen una más frecuente causa de muerte en la población (Eva, 1997). Para la mayoría de la gente el diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte, en donde la persona pasa por todo un proceso adaptativo, en donde pueden presentarse síntomas ansiosos y depresivos (Goepp y Hammond, 1977, Arraztoa, 1975; Labarca, 1986). Específicamente los tratamientos del cáncer de mama son casi siempre muy agresivos. La cirugía puede ser desfigurativa y llevar a la mujer a no sólo lidiar con su reacción emocional frente al cáncer como enfermedad crónica sino también el sobrellevar las emociones que surgen producto de la amputación y/o desfiguración de su cuerpo (Flórez, 1994; National Cancer Institute, 1996).

### *1.1.- Deformidad Física*

Las personas a través de los años van desarrollando una imagen de su mente y de su cuerpo, pudiendo no estar del todo felices con lo que son, pero por lo menos se sienten cómodos al estar “completos” lo que les permite relacionarse con los demás. La desfiguración puede destruir los buenos sentimientos con respecto a la percepción del aspecto, del cuerpo y de la propia sensualidad (National Cancer Institute, 1996).

En el mundo animal, un miembro de la especie deforme o dañado, tiende a ser aislado o perseguido por el resto del grupo. Asimismo, en la sociedad humana, una persona cuyo aspecto físico esta por debajo de los estándares estéticos de la cultura, corre el riesgo de ser blanco de prejuicios y discriminación (Olley, 1974). Distintas investigaciones dan cuenta de las diferencias culturales en el modo de entender y reaccionar frente a las deformidades. Se

ha visto, por ejemplo, que en algunas culturas los niños deformes y los que tiene retardos intelectuales, reciben el mismo trato; entre los nómades árabes, la deformidad produce intensos sentimientos de horror los que llevan al aislamiento del individuo que sufre la deformidad. Por ende, la consideración de las actitudes sociales y culturales hacia la deformidad es de gran importancia en el cuidado y tratamiento de los pacientes que se someten a una mastectomía (Meyer y Knorr, 1977).

Mac Gregor (1977) plantea con relación a esto, que la situación de una persona desfigurada en la sociedad occidental es similar a la de un miembro de un grupo minoritario. Al igual que otros que se desvían de la mayoría, su posición es socialmente marginal. No obstante, los efectos de una deformidad dependen mucho del momento en que ésta aparece. Las personas que han tenido la experiencia de un cambio en su imagen física, difieren de los del grupo con deformidades congénitas. Cambios súbitos en la apariencia (quemaduras faciales, extirpación de la mama, etc.) producen quiebres en el sentido de la propia identidad, pudiendo provocar además reacciones depresivas severas. Cuando esto ocurre, se puede plantear que el paciente está en un duelo por la pérdida de una posesión valorada, su apariencia personal.

Por todas estas razones, es plausible suponer la existencia de numerosos problemas psicopatológicos de adaptación psicosocial como consecuencia de la extirpación quirúrgica de la mama. Flórez (1994) señala que casi siempre se puede admitir que los conflictos psíquicos que experimenta la mujer en aceptar y acomodarse a la pérdida de la mama se deben, en gran medida, al miedo que tienen a la respuesta de los demás. El dolor al rechazo aumenta en la intimidad y el temor más grande de la mujer está relacionado con el hombre que ella tiene más intimidad. Posiblemente, lo que muchas mujeres temen no es sólo el rechazo en forma de aversión o desprecio, sino también el rechazo en forma de “piedad”, pues mientras el primero da una cierta esperanza a la mujer, la piedad lleva implícita la creencia de que la mujer ha sido disminuida realmente, y refuerza sus fantasías de creerse incompleta y de poco valor.

## *1.2.- Reacciones Psicológicas ante la Mastectomía*

Para las personas por lo general, las alteraciones de la autoimagen corporal que ocurren naturalmente a lo largo de la vida, son a menudo difíciles de enfrentar. No obstante, si además de estos cambios naturales se añaden los miedos y ansiedades causados por el diagnóstico de cáncer mamario, la cirugía radical para tratarlo, el daño a la autoestima, el deterioro funcional y la amenaza de ser destruida y finalmente morir de cáncer; recién entonces se puede comenzar a comprender la magnitud de las implicancias de esta enfermedad, sus tratamientos y sus potenciales transgresiones.

Cuando una paciente mastectomizada se enfrenta por primera vez a su pérdida, a la ausencia del seno y a la cruda visión del corte de la cirugía ella puede sentirse abatida, verse a sí misma como una extraña caricatura dispareja que no vale la pena amar ni apreciar, ya que las mamas son para la mujer miembros preeminentes integrantes de la estructura corporal que participan del cuerpo “visible” (aquel que percibimos visualmente) y del “intracuerpo” (imagen interna, intelectual, que sólo podemos lograr estudiando anatomía), frente a esto Flavio Núñez (1983) plantea que las mamas tienen una cuádruple significación ; estética, sexual, maternal y existencial:

*Función Estética:* Las mamas configuran una bella forma corporal en la mujer, aunque varíe el paradigma en diferentes épocas históricas y en variados medios socioculturales.

*Función Sexual:* Las mamas son zonas erógenas y constituyen una zona de atracción sexual.

*Función Maternal:* Las mamas proporcionan una de las más plenas relaciones vitales entre la madre y sus hijos, ya que son fuentes nutricias, por lo cual favorecen el más íntimo contacto materno infantil.

*Función Existencial:* Las mamas expresan una de las notas principales del mundo propio de las mujeres, caracterizando al “tipo ideal femenino”, especialmente representativo de la femineidad.

La mujer ante la pérdida del seno puede sentirse desequilibrada sólo en un pequeño aspecto de su self (mutilada o con defectos) o puede experimentar una disminución generalizada de su autoestima; si ella tiene sentimientos negativos acerca de sí misma, puede comunicar esta actitud a su pareja, de modo que él llega a no querer acercarse a ella. Esto puede ser visto como un fenómeno cíclico en el cuál la mujer no se siente digna de ser amada y se retira, de modo que su pareja lee esta reacción como un rechazo hacia él, la evita porque se siente confundido y herido, y ella entonces interpreta esta distancia como una confirmación de su repugnancia y a partir de ese momento ya no hay más intimidad o comunicación acerca de los sentimientos confusos y los miedos que cada miembro de la pareja está experimentando. Resulta habitual entonces que muchas mujeres no vuelvan a desnudarse ante sus maridos y no dejan que ni estos ni sus hijos vuelvan acercarse a la zona amputada del cuerpo. En resumen, las emociones que experimenta una mujer ante la pérdida de una mama pueden compararse a las que se producen ante “la pérdida de un ser querido”. Se trata de un auténtico **“duelo”** por la función desaparecida (sexual, estética, simbólica o reproductora) y por las satisfacciones que proporcionaban dichas funciones (Schain, 1981; Flórez, 1994).

Esto se relaciona, según Schain (1981), con el hecho de que antropológicamente podría describirse la era en que vivimos como la “Edad Mamocéntrica” debido a la seria preocupación de la sociedad con relación al seno femenino, como un símbolo de pulcritud y deseabilidad. El mensaje común es entonces, que los senos firmes, voluptuosos, redondos y hermosos son sinónimos de felicidad y de sentirse bien; por ello la ausencia de uno de ellos, o peor aún de ambos, es una condición que se teme, se evita y se

niega. Muchas mujeres en la cultura occidental sienten que el tener senos pequeños las hace despreciables; por lo tanto, no es nada extraño que cuando una mujer se enfrenta a la posibilidad de amputación de ese órgano preciado y querido por ella, se sienta invadida por sentimientos de miedo, enojo, depresión y disminución del propio valor. Por otra parte, aunque la pérdida del seno generalmente no es visible para el mundo exterior (ya que puede utilizar una prótesis para simular), es experimentado muy intensamente por la mujer como una amenaza a su sexualidad y su femineidad, en resumen un devastador daño a su autoestima.

## ***2.- AUTOIMAGEN***

Cada ser humano, a través de los años desarrolla una imagen con respecto a su mente y cuerpo. Puede que ésta no nos satisfaga por completo, pero al menos nos hace sentir cómodos para estar con alguien a quien amamos. esto nos permite sentirnos sexualmente atractivos para nuestra pareja.

Parte de lo que conforma la autoestima de toda persona esta dada por la imagen corporal que se sustenta en el concepto de esquema corporal. Head postula que el esquema sería la unidad resultante de experiencias sensoriales pasadas y de experiencias sensoriales actuales organizadas en la corteza sensorial. En este sentido, la corteza sensorial además de ser un órgano de la atención local, es también almacén de las impresiones pasadas, las que pueden aparecer en la conciencia a la manera de imágenes o bien pueden aparecer fuera del centro de la conciencia. Ahí es donde se organizan y forman modelos de uno mismo, los que se denominan “esquemas”. A través de las múltiples alteraciones de posición que ocurren en el cuerpo, se está continuamente construyendo modelos posturales de uno mismo, los que constantemente van cambiando. Cada nueva postura o movimiento es registrado en este modelo plástico y la actividad de la corteza relaciona cada impulso

arrivante con los esquemas anteriores (Biven, 1982; Cassandra y Rincón, 1971; mencionados en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).

Con la figura de Paul Schilder -Psicoanalista- y filósofo- surge el concepto de imagen corporal según el cual ésta es concebida como una estructura que es dada en los primeros meses de vida extrauterina y que es construidas gracias a la percepción y la acción, o sea a través de un continuo ejercicio y tanteo ante la realidad y el mundo exterior (Cassandra y Rincón, 1971; mencionados en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).

Si bien este concepto ha ido evolucionando, hasta el día de hoy no está totalmente clara la definición de imagen corporal, a pesar de que es un concepto que ha interesado a los profesionales del área desde que Schilder lo introdujo en 1935. "Imagen Corporal, según Schilder (en Bekei, 1986; mencionado en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991), es la representación mental del propio cuerpo en él yo". Esta imagen constituye y se moldea merced a un contacto continuo con el mundo, siendo una estructura sujeta a cambios permanentes que están en relación con la motricidad y con las acciones en el mundo externo. Grinberg (1980 en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991) se centra en otro aspecto, planteando que la imagen corporal no es posible sin las imágenes corporales de otras personas. "Un cuerpo es siempre la expresión de un yo y de una personalidad y está dentro del mundo" (pp. 07).

En síntesis, se entenderá por imagen corporal una representación del cuerpo en la mente, lo que se organiza a lo largo del desarrollo, cuya integración progresa o retrocede siguiendo la variabilidad de los objetos internos. La representación es remodelada e influida por todas las experiencias que vive el sujeto, y específicamente por aquellas relacionadas directamente con lo corporal.

Todo acto está mediatizado por el propio cuerpo, cotidianamente se vive con el conocimiento del propio cuerpo; y por ende la imagen corporal es una de las experiencias claves de la vida humana. Es así como el significado psicológico asociado a la propia imagen corporal determina la interpretación que se hace de las acciones y apariencia de los otros. Este significado refleja las nociones de los propios afectos representados en el comportamiento social (ej: se saluda a un amigo con entusiasmo abriendo los brazos, se da vuelta la espalda para expresar desprecio, etc.) (Bernstein, 1976; mencionado en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).

En el desarrollo y construcción de la imagen corporal la lívido o energía sexual juega un papel preponderante, ya que ésta “se adhiere a las distintas partes de la imagen del cuerpo, y así, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, el modelo del cuerpo va cambiando” (Schilder, 1983).

La presencia en el individuo de una energía sexual orienta su conducta hacia la sexualidad. Dicha orientación alude a la elección de una pareja sexual que posee ciertos atributos parciales esperados. Dicho atractivo puede consistir en una característica física u orgánica cualquiera; un tono de voz, unos labios gruesos, unos senos pequeños, etc. Cualquiera de estas características puede constituir el factor decisivo para producir la asociación con el “ideal” inconsciente (Vitaltella, 1970).

Hay en el modelo postural del cuerpo ciertos puntos característicos los que son el reflejo de la estructura libidinal de cada sujeto. Las zonas erógenas (ojos, boca, pezones, órganos genitales, uretra, y ano) están representadas en la imagen corporal, y poseen gran valor dado que son una manifestación de las tendencias psicosexuales del individuo (Schilder, 1983; mencionado en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).



El juego erótico o conjunto de caricias ejercidas en diversas zonas eróticas del cuerpo de la pareja sexual tiene una enorme importancia en la vida sexual humana, prácticamente la misma que el acto sexual. El juego erótico tiene una doble función; en primer lugar, gracias a él se suprimen las diferencias existentes entre las sensaciones sexuales masculinas y femeninas, que a veces bloquean e incluso impiden la mutua obtención del placer sexual; y además ayuda a romper a través de un clima erótico propicio el punto muerto existente al comienzo de la relación sexual.

### *2.1.- Imagen Corporal y Simbolismo*

Uno de los procesos que participa en la constante estructuración de la imagen corporal, es la simbolización. Esto hace aún más compleja la comprensión del valor y significado que cada uno atribuye a su cuerpo y a las distintas partes de éste; sobre todo considerando que la simbolización se moviliza en un plano inconsciente.

En la representación del cuerpo, el proceso de simbolización se traduce en que habría una concepción peculiar de la imagen corporal en cada individuo por el valor simbólico atribuido a cada zona corporal. Dicha significación va consolidándose a medida que el individuo se desarrolla y toma importancia en ciertos hitos etarios; sobre todo en la adolescencia. Se ha visto que el desarrollo de los órganos femeninos presenta poca visibilidad no así el desarrollo de las mamas, lo que ocupa gran importancia en el desarrollo psicosexual de las niñas (Ussher, 1989).

Este desarrollo mamario involucra toda una significación no sólo personal sino también social, ya que marca un hito del desarrollo que lleva a la niña a ser considerada como una mujer, esto sobre la base de la imagen corporal que ella proyecta. El desarrollo del proceso normal de crecimiento de los senos, es considerado de gran importancia para la

identidad de la mujer y su autoimagen. Los senos son signos de la sexualidad femenina y tienen un fuerte impacto en ella tanto presente como durante su vida adulta (Ussher, 1989).

Dicha identidad sexual femenina basada en los pechos, esta validada socialmente, lo que se observa no sólo en el ámbito publicitario sino también en lo referente a la maternidad, específicamente en que son la fuente alimenticia de los seres humanos durante sus primeros meses de vida. Esta dicotomía va produciendo toda una significación en donde la imagen corporal adquiere gran importancia para las mujeres, ya que se sienten en mayor o menor medida valoradas o desvaloradas por la presencia de los senos. Cualquier cambio que altere dicho desarrollo trae consecuencias serias en la identidad de la adolescente con su posterior arrastre en la vida adulta (Ussher, 1989).

Una intensa reacción psíquica se produce a la mutilación y heridas de cualquier zona corporal, reacción que se intensifica cuando las partes afectadas poseen valor social o erótico; cara, pechos, zona genital, etc. (Schilder, 1986; mencionado en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).

Por ende, la autoestima se encuentra estrechamente vinculada con la evolución psicosexual. La noción del cuerpo resulta esencial para la consolidación de la identidad del individuo. Todo el mundo se experimenta a sí mismo como ligado inextricablemente a su cuerpo. Cuando uno siente que está vivo, siente que es real y sustancial; en la medida en que se siente consubstanciado con su cuerpo, tendrá también un sentido de continuidad personal en el tiempo, así como una continuidad de sus relaciones objétales y sociales (Grinberg, 1980; mencionado en Dukes Cohen, Meller Rosenblut. 1991).

## 2.2.- *Imagen Corporal y Cáncer*

Opuesto a este orden natural, el cáncer la mayoría de las veces trae consigo náuseas, desfiguraciones, caída del cabello, quemaduras por radiaciones y hasta la fatiga. Todos estas consecuencias pueden destruir los sentimientos que poseemos con respecto a nuestro aspecto, a nuestro cuerpo y a nuestra sensualidad. Así por ejemplo, si una mujer se siente poco atractiva, puede que se anticipe a un posible rechazo o que se predisponga para evitar un contacto físico con su pareja.

En la mayoría de los casos las parejas se sienten un poco asustadas de tomar la iniciativa para un encuentro. El hecho de no saber que tipo de expresión de cariño o afecto es la que necesita la paciente los complica profundamente, ya que la mayoría de las personas, sobre todo las mujeres, piensan que sólo su cuerpo los hace sexy o sensuales. Así ellas sienten que, además de la mutilación (mastectomía) que ha sufrido su cuerpo, han perdido otras cualidades que las hacían sentir realmente mujer.

Ahora bien, en muchos casos el tratamiento del cáncer provoca un cambio drástico en la apariencia física, lo cual acarrea trastornos psicoemocionales de diversa magnitud dependiendo de la profundidad en los cambios anatómicos.

Estas situaciones reflejan que los distintos tratamientos del cáncer, en general, son bastante agresivos. La cirugía puede ser desfigurativa; la radiación o el tratamiento con drogas puede prescribir una cirugía posterior para asegurar que ninguna célula de cáncer pueda estar escondida y llegue a otro lugar del cuerpo. El tratamiento se puede prolongar por semanas o por meses, sus efectos secundarios pueden ser bastante severos además de causar cada vez más molestias e incomodidad, por el hecho de tener que lidiar constantemente con las reacciones emocionales y los efectos colaterales.

Como ha sido expuesto, entonces, uno de los sentimientos negativos de mayor relevancia acerca del propio cuerpo en mujeres mastectomizadas es una importante reducción o ruptura de su autoestima. El miedo a como reaccionará la gente y, sobre todo, la pareja, frente a su nueva imagen corporal, es un componente mayor a la angustia emocional. Así, rápidamente surge una visión negativa de sí misma, produciendo una autodesvaloración debido a la pérdida de un miembro altamente significativo, la mama.

Según Flórez (1994), esto conduce a que la personalidad de la mujer quede dominada por un “estado cognitivo negativo” con tendencia a la desesperanza y desprotección, provocando también una pérdida de control sobre sus relaciones interpersonales y una disminución de su autoconfianza personal.

Es importante destacar, que las amenazas a la autoestima pueden provenir de cambios en el propio cuerpo (tras una mastectomía por ejemplo) o del temor de no poder seguir realizando sus actividades usuales.

### *2.3.- Mastectomía y Autoimagen*

En nuestra cultura, el pecho ha sido idealizado como un símbolo de la sexualidad y femineidad, más que como un órgano productor de leche para la lactancia. Anatómica y funcionalmente, la pérdida de una mama no debería afectar la función genital; sin embargo, psicológicamente el comportamiento sexual disminuye en estas mujeres. Ellas se sienten menos femeninas, menos atractivas y por ende más inseguras sexualmente. El problema yace en que la función de las mamas en la cultura occidental está sumamente sobredimensionada, un ejemplo de esto son los avisos comerciales para vender algún producto, los cuales “explotan” la imagen sexual de la mujer.

Es necesario tener en cuenta que incluso la personalidad más positiva puede acabar con su autoestima y con todo sentimiento favorable acerca de su autoimagen frente a una incisión que dejará sus huellas a la vista. Por esto, la preparación frente a la cirugía requiere que tanto la paciente como su pareja tengan una idea de que es lo que deben esperar una vez efectuada la mastectomía. Un simple dibujo del pecho y el tipo de incisión que será usada, da una impresión inicial del cuerpo y permite que la paciente no sufra un shock al ver su apariencia cambiada luego de la mastectomía (Glasgow, Chansmall y Althausen, 1982).

De esta manera, después de la cirugía al área cambiada se le puede dar un valor positivo, enfatizando que el lugar de la incisión ya no es un área enferma; si no por el contrario, es saludable y ya no es una amenaza para la vida, intentando de esta forma integrar de mejor manera la nueva imagen corporal de la mujer.

Ahora bien, resumiendo podríamos sostener que para muchos cánceres el tratamiento causa un cambio distinto en la apariencia física. Dicho cambio anatómico, por lo general, provoca reacciones emocionales severas. Los sentimientos negativos acerca del propio cuerpo causan una baja en la autoestima e inhiben por ende, muchas veces, la respuesta sexual.

#### “ACTIVIDAD SEXUAL Y AUTOESTIMA DE LA MUJER MASTECTOMIZADA”

Actividad sexual y autoestima son dos factores que están estrechamente vinculados, ya que a través de la autoestima de la paciente se puede evaluar en que grado el funcionamiento sexual es afectado por el cáncer. También es posible determinar hasta que punto la imagen corporal y la actividad sexual contribuyen al bienestar general del individuo. En esencia, la autoestima es la suma total de nuestros sentimientos acerca de nuestra persona; es decir, es la reputación de nuestro ser que compartimos con nosotros mismos.

La crisis frente al diagnóstico del cáncer y los subsiguientes tratamientos pueden ser vistas como una amenaza a la autoestima e integridad corporal; ya sea como resultado de la pérdida o alteración de un órgano del cuerpo, o como el resultado de una vida cuya salud ha sido alterada.

El cáncer de mama es uno de los cánceres más temidos entre el grupo de mujeres, ya que se asocia a desfiguración corporal. Esto muchas veces aumenta la angustia psicosocial, comprometiendo factores como ansiedad, depresión y compromiso sexual causados por el hecho de someterse o haberse sometido a una mastectomía. Ayuda especializada es a menudo requerida tanto para la paciente como para su pareja. Lo importante es guiarlos hacia un ajuste satisfactorio frente al diagnóstico, tratamientos y respuesta sexual, que resultará de la pérdida de uno o los dos pechos.

En un estudio conducido por Wellisch, en el cual se entrevistó a parejas de pacientes con mastectomía, se encontró que más de un 75% de estos hombres no habían visto a sus mujeres desnudas, después de un largo tiempo de ocurrida la cirugía. Claramente, hay

una amplia variación entre las mujeres, considerando cuan cómodas se sientan mostrando sus cuerpos después de la mastectomía. La mastectomía afecta todos los tipos de comportamiento sexual, incluyendo las formas de seducción, el desnudarse frente a la pareja, la estimulación de los pechos y el orgasmo.

Por el contrario, otras investigaciones preliminares revelan que las mujeres que han conservado sus pechos intactos, parecen experimentar un sentimiento más fuerte del atractivo físico, de deseo sexual y de sentido de femineidad con respecto al grupo de pacientes mastectomizadas.

Por todos los antecedentes sobre el tema, se ha podido llegar a establecer que la cirugía del pecho incrementa en los sentidos de la mujer la sensación de no estar "completamente entera". Por el contrario, se siente vacía, sin confianza e impactada, tanto en su imagen como en su respuesta sexual.

## ***1.- ACTIVIDAD SEXUAL***

En la actualidad se sostiene que la actividad sexual de los seres humanos se encuentra regida y sigue los patrones de las normas éticas establecidas en las diversas culturas.

El concepto sexualidad engloba integralmente los aspectos biopsicológicos y socioculturales de la persona, por tanto integra al ser humano en su totalidad. Sin embargo, la sexualidad fue por siglos un asunto privado, perteneciente exclusivamente a los niveles más recónditos de la discreción, algo que resultaba vergonzoso y de mal gusto exponer el tema en público o comentar con los demás.

A principios de nuestro siglo, por primera vez, Sigmund Freud, abordó públicamente el tratamiento de un trastorno sexual. Introdujo un concepto fundamental, el “placer sexual” que existe en el ser humano desde su nacimiento y que es el eje alrededor del cual se constituye y organiza la personalidad del individuo. Así Freud estableció una relación entre Salud Mental y la Actividad Sexual.

De esta forma se ha llegado a saber que el funcionamiento sexual satisfactorio se encuentra de tal manera involucrado con el estado de bienestar individual y social, que el hecho de ignorarlo o descuidarlo es el reflejo de una inadecuada atención de salud. Descuidar la función sexual es desatender el funcionamiento integral del individuo. Cada vez es mayor el número de prácticas clínicas que reconocen la relación recíproca entre diversos problemas de salud y las expectativas, dudas, conflictos y problemas sexuales en los pacientes.

El estado de enfermedad en el individuo cambia en gran medida la relación. Por un lado, los cónyuges se unen más estrechamente debido a la enfermedad pero por otro también se delimitan individualmente. Aparece un distanciamiento interior pues ya no se habla de muchos temas que antes inquietaban o se abordaban naturalmente, ya no se quiere molestar. Además, puede llegarse a una separación exterior como consecuencia de hospitalizaciones, la necesidad de permanecer en cama, los distintos tratamientos o simplemente algún impedimento físico.

Los cambios biopsicosociales, producto del cáncer, pueden ser lo suficientemente intensos como para focalizar en ellos su atención. Como es de esperarse aparece entonces una falta de interés o deseo hacia la actividad sexual, ello se debe a una demanda de todo el organismo por centrar la atención en lo que exige pronta resolución, y relegando a segundo plano aquellas actividades en las que no va de por medio la vida, como por ejemplo: la actividad sexual.



Sin duda, los mecanismos puestos en juego por el organismo, durante el proceso de enfermedad, interfieren con la respuesta sexual de la paciente, así como también los cambios sistemáticos o locales que la enfermedad produce per se. Por esto, ayudar a la paciente y a su pareja a retomar la actividad sexual, después del hospital, le da a ella una mayor seguridad de que no ha perdido su capacidad y atractivo sexual, y por ende que su pareja ha logrado asumir positivamente esa nueva imagen corporal. Las mujeres que, por el contrario, no retornan a su anterior nivel de funcionamiento sexual pueden tener conflictos profundos consigo mismo, con su pareja y caer en una depresión, que no colabora en absoluto a una adecuada recuperación de la enfermedad (Glasgow, Chansmall y Althausen, 1982).

Si las relaciones sexuales son retomadas cuando la paciente no está suficientemente recuperada, el cansancio, el dolor, el miedo, o las disfunciones, que aparecen orgánicamente, van a quitar las ganas de volver a relacionarse sexualmente. Por otro lado, la pareja de la paciente puede sentir temor a causarle algún daño o dolor; sin darse cuenta que el problema es que mientras él espera la recuperación de su mujer, ésta puede creer que su pareja se ha alejado por otros motivos.

Se entiende, entonces, que el cáncer amenaza tanto la mortalidad como la motividad. Esto es observable en la angustia experimentada por estos pacientes, la cual resulta de la disminución en las respuestas afectivas y sexuales, y también de una baja apreciación hacia su persona; todo ello producto de los tratamientos y de una imagen alterada de su cuerpo.

La sexualidad de la mujer constituye una pieza clave en el devenir psicológico de ésta, particularmente en la que ha sufrido y experimentado una intervención quirúrgica radical o parcial como es la extirpación de un pecho. Tras la intervención quirúrgica y las agresiones “simbólicas” y reales a su cuerpo y a su femineidad, la mujer responde

sexualmente y parece estar libre de sentimientos eróticos y de respuestas sexuales (Flórez, 1994).

Como ya se ha dicho, un aspecto crucial del patrón de repuesta de la mujer a la mastectomía depende de conceptos relativos a la sexualidad, a la femineidad, a los valores y cánones sociales, etc. Un segundo elemento importantísimo en la valoración adecuada de la mujer a la intervención quirúrgica, deviene de cómo responde la pareja. Y un tercer factor, también de importancia, es la habilidad y sensibilidad con que el equipo sanitario suministra información, apoyo, cuidados y sugerencias específicas en la rehabilitación pos operatoria (Flórez, 1994).

Un estudio clásico llevado a cabo por Frank y cols (1978) en el Instituto Masters y Johnson demostró que después de la intervención quirúrgica, aproximadamente, la mitad de las mujeres rehusa; incluso seis meses después de la operación, cualquier tipo de relación sexual con su cónyuge. De las mujeres mastectomizadas que lograban recuperar su sexualidad, el porcentaje de orgasmos decaía significativamente, al tiempo que dominaba la pasividad sexual y la disminución de la actividad coital. Por otra parte, la frecuencia de estimulación de la mama como parte de la actividad sexual declinaba substancialmente en la mujer después de la mastectomía y ello se debe a la evitación por parte de la pareja y a una marcada preferencia por parte de las mujeres a no recibir estimulación en los pechos ni en los pezones, lo que decrece como fuente de estimulación sexual para muchas pacientes luego de la mastectomía.

De otro lado, el papel de la pareja en los primeros momentos de la intervención y después tras su recuperación, resulta fundamental. Un porcentaje muy importante no logra ser capaz de ver la cicatriz del pecho de su mujer; puede existir, incluso, un rechazo más o menos consciente, en definitiva una evitación. De igual forma, la mujer adopta una protección de su cuerpo, evitando el desnudo integral o total realizando el acto sexual con prendas que impidan visualizar su lesión y/o deformidad (Flórez, 1994).

Como se menciona anteriormente, la sexualidad además de ser una manifestación de lo cultural y lo genital, involucra una “relación” por lo que implica siempre un otro. Se integra además con una autoevaluación, roles en la familia y en la sociedad, normas de comunicación y de relación social e interpersonal, actividades y opiniones (Shávelzon, 1992). Parte del marco cultural queda representado en las relaciones de pareja, ya que en ellas la conducta sexual se evidencia y es parte de la relación entre un hombre y una mujer; pero además, se comparten una serie de estándares comunes dados culturalmente y que ordenan y regulan no sólo la relación sino también la expresión de la sexualidad.

Uno de los cambios dolorosos, que incluso afecta la calidad de vida de los pacientes con cáncer, tiene que ver con las alteraciones en el funcionamiento sexual. Generalmente, una respuesta individual emocional a la enfermedad o al daño, que ésta causa, altera la función sexual, además de provocar una baja en la autoestima, lo que conlleva a una visión negativa de su cuerpo.

La calidad de vida tiene relación con “aquellos problemas del cáncer que a veces son llamados psicológicos o sociales, que son comunes a todos nosotros y a su mentalidad, el temor de la incapacidad y deformidad, la pérdida de formas de mantener la autoestima y la habilidad para sostener y cumplir nuestros roles sociales” (Shain y Howards, 1989), dentro de los cuales la sexualidad es un componente crítico.

Al entender las historias sexuales de los pacientes con cáncer, uno entiende cómo se ve afectada su condición, debido a los cambios que le van ocurriendo. Para llegar a esto, es necesario tomar en cuenta el marco de referencia del paciente, incluyendo valores culturales y religiosos. Por ejemplo, algunos no tienen deseos sexuales, sólo están preocupados de satisfacer las necesidades de su pareja.

Frente a esta situación los pacientes necesitan un empuje que los lleve a utilizar su imaginación; de esta manera, podrán restablecer una relación sexual satisfactoria, como un abrazo o experimentar la cercanía física de su compañero. En general, las parejas que han tenido una buena relación en todo sentido, antes del cáncer, pueden ser capaces de encontrar una satisfacción después de éste. Por el contrario, las parejas con problemas anteriores a la enfermedad pueden sufrir una ruptura.

Por esta causa, la presencia de la pareja sexual, durante la discusión con el médico, puede aliviar bastante las ansiedades de la paciente y preparar el apoyo de la pareja. El objetivo es facilitar la comunicación entre ambos, durante el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Shain y Howard, 1989).

Todo lo anterior, nos permite concluir que un factor de real importancia en una buena relación de pareja es el grado de comunicación, respeto y confianza existente entre los cónyuges. Se entiende así porque muchos de los problemas o fracasos en la relación de pareja se dan, ya sea, por la falta o pérdida de estos factores.

Con las demostraciones de afecto, cariño y amor incondicional, sobre todo por parte de la pareja, se ha establecido que las mujeres sometidas a una mastectomía logran cambiar sus sentimientos con respecto a su nueva imagen corporal. En consecuencia, pueden sobrellevar de mejor forma su desfiguración (Glasgow, Chansmall y Althausen, 1982).

## *2.- RESPUESTA SEXUAL Y CÁNCER*

En la medida que la socialización opera, se elabora el sistema de valores sexuales. Se entiende, entonces, que el rol sexual es aprendido durante la infancia, así como también las actitudes referidas a sentimientos y necesidades. Esta estructuración depende de fuentes manifiestas y encubiertas. Esta última consiste en lo que recibe la persona a través de la observación directa y del aprendizaje de actitudes frente a lo sexual. Por otro lado, la fuente manifiesta, incluye todo tipo de información que se reciba en el medio sociocultural al cual el individuo pertenece. Se deduce que la sexualidad humana, tiene en nuestra sociedad, una connotación además de biológica, psicológica y sociocultural.

Las reglas morales no se desarrollan según las experiencias de individuos aislados, sino que son impuestas por las culturas y sub-culturas en que vivimos. Es importante clarificar este punto, ya que esto podría condicionar las respuestas de las mujeres del estudio (mitos, creencias y tabúes).

Los padres mediante sus actitudes restrictivas o naturales, con respecto a la sexualidad, proveerá de un modelo que será imitado por sus hijos. Es decir, lo sexual será enfrentado posteriormente como algo digno de expresión o algo pecaminoso, peligroso o repugnante, según lo que su medio le haya entregado. Este hecho apunta a que el significado de la experiencia sexual reflejará, en gran medida, la actitud con que esta ha sido enfrentada.

Pero también existen otros factores que pueden tener incidencia en la actitud, al momento de enfrentar un hecho sexual. Por ejemplo: durante la infancia y la adolescencia, a veces, ocurren experiencias traumatizantes, como ultrajes e intentos vejatorios, creando en el afectado un patrón de respuestas aversivas, las cuales se pueden generalizar a todo tipo de situaciones con alguna connotación sexual.

Ahora la intensidad y el rango de generalización va a depender del impacto que ejerció el hecho en particular, el cual obedece a la experiencia en sí y al sistema de valores sexuales, conque el individuo interactúa. Estos dos puntos son los que finalmente van a reforzar o no el sentido de la experiencia para el sujeto.

En nuestra cultura impera aún, especialmente en niveles populares, un sistema de valores sexuales tanto para el hombre como para la mujer. Se espera que el hombre sea activo sexualmente, y la mujer pasiva y sumisa. Sólo se permite una adecuada expresión sexual bajo condiciones muy especiales y se supone que en esas condiciones, va a existir una respuesta sexual normal.

Las relaciones sexuales constituyen, entonces, un reflejo y un factor determinante de su capacidad para comprometerse en una relación de carácter heterosexual. La calidad de la función sexual es, además, un indicativo importante del grado de madurez, que se ha podido alcanzar en el desarrollo individual y, por consiguiente, demuestra la capacidad de amar en calidad de compañero. Pero ésta no cesa con el matrimonio, sino que continua dentro del contexto del mismo, siendo el respaldo a la construcción de las relaciones conyugales por medio de los objetivos sexuales y de la actividad de la pareja, de fundamental importancia según lo explica Rosembaum (1970).

Cuando dos personas comienzan a interactuar y a establecer una relación continuada, se comunican entre sí en forma verbal y no verbal; siguen las reglas del galanteo o las infringen de una manera previsible, de acuerdo con una variante anticultural: fijan de consuno reglas básicas para su conducta y métodos de comunicación incluyendo mensajes y respuestas estereotipadas y abreviadas. Es un proceso gradual, pero ininterrumpido, van convirtiéndose en un sistema. Si se casan o se comprometen formalmente, cada uno abrigará un conjunto de expectativas con respecto al otro y a la relación en sí (Sager, 1980).

Cada pareja posee un “contrato de interacción” común, único y en buena medida tácita. Dicho contrato constituye el convenio operativo mediante el cual ambos cónyuges procuran satisfacer las necesidades individuales que son explicitadas anteriormente (Sager, 1980).

Específicamente, pueden hacerse muy pocas generalizaciones con respecto a la concordancia que existe entre las perturbaciones de carácter sexual y la armonía o falta de ésta en la relación de pareja. Por decir, el hecho de que una pareja se mantenga o no relativamente agradable, va a depender de una serie de complejos factores, uno de los cuales es por ejemplo: la relación genital.

Al existir, entre los componentes de una pareja, una amplia comunidad de sus sistemas de referencia y una discusión de la fantasía psicológica requerida, entonces el comprender *íntimo* dependerá de la *actitud* en que se encuentren recíprocamente, lo que influye en gran medida en la imagen, que cada uno se hace del otro.

La relación de pareja brinda gran número de oportunidades de actitud regresiva y progresiva. Ninguna otra relación procura una satisfacción, tan amplia, de las necesidades más elementales de unión, de pertenecerse el uno al otro, de cuidados, de protección y de dependencia como ella. Así planteado, difícilmente ninguna otra relación humana exigirá tal suma de madurez, identidad, estabilidad, como una relación bipersonal íntima, amplia y con obligaciones.

Los cónyuges esperan, el uno del otro, una profunda comprensión humana y un verdadero impulso para el propio desarrollo; ya que el descubrir soluciones, para la serie de problemas que se les plantean, exige competencia y energía. Por tal motivo, dos personas que

tienen una relación de pareja, están poniendo en juego, la imagen de sí mismo, sentimientos de seguridad o inseguridad, expectativas de sí mismo, del otro y de la relación, habilidades de expresividad emocional y de necesidades. Todos ellos, factores que han sido aprehendidos y que son parte del proceso de socialización humana.

Una relación de pareja establece un vínculo mayor para una mujer que ha sido sometida a una mastectomía. El contar con el apoyo de su pareja, le brinda un elemento “protector” frente al daño corporal y las posibles reacciones emocionales negativas. Con el apoyo del “otro”, la mujer es capaz de mejorar, de afrontar, perseverar y enfrentarse con una difícil enfermedad e, incluso la propia muerte. Este “otro” necesariamente conforma parte del contexto social de la mujer y por ende presta soporte emocional. Para la enferma, el “apoyo social” marca la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear vivir. La mayoría quiere y necesita de alguien que le conoce lo suficiente para confiar en él, para apreciarlo, para dar y recibir información, consejo, retroalimentación, validación y simplemente amor (Flórez, 1994).

Bajo este aspecto podemos definir relación de pareja como “aquellas acciones entre un hombre y una mujer unidos por un vínculo sentimental y/o social, cuya relación no se restringe solamente a lo genital”.

### ***3.- RELACIÓN DE PAREJA***

El respeto, la confianza y la intimidad son la esencia de una relación de pareja estable y permanente. Algunas parejas nunca llegan a construir un vínculo fuerte, a pesar de que pueden estar juntos más de diez años. Nadie tiene la garantía de que su intimidad en su relación será perpetua. A medida que pasa el tiempo, las personas van cambiando, disminuye



el respeto por el otro y por ende por la relación. Las relaciones sexuales, que al principio eran frecuentes y apasionadas, van decayendo hasta limitarse a un encuentro esporádico o cuando existe el tiempo y la disposición.

La relación de pareja estable satisface las necesidades de intimidad y seguridad de un modo mucho más claro y profundo que cualquier otra relación humana. Ello estimula y refuerza la autoestima. Sin embargo, esta relación nunca puede dormirse en los laureles, necesita mantener el vínculo vital, que depende del proceso de influencia positiva, para fortalecer la autoestima y la relación íntima; es decir la relación de pareja es un proceso continuo que necesita ser nutrido y valorado permanentemente (Mc Carthy, 1995).

Mc Carthy (1995) sostiene que ni los acuerdos de pareja ni los procesos de influencia positiva pueden suplir una falta de intimidad en la pareja. La autoestima y la satisfacción de una relación florecen en un medio que favorece los acuerdos; es decir, la pareja sobrevivirá a los períodos difíciles en la medida que sea capaz de hablar y resolver los problemas, llegando a acuerdos que se orienten hacia las cuestiones conflictivas e insatisfactorias. Por esto, la conciencia de que es posible afrontar todos los problemas o situaciones abierta y honestamente, sin miedo a que los sentimientos propios sean manipulados, aumenta la confianza del “otro”. Poder mostrar los propios sentimientos y ser oído en forma respetuosa y cariñosa hace que una persona se valore a sí misma y a su vez se fortalezca el vínculo.

Ahora bien, la enfermedad de uno de los miembros de la pareja puede ser causa de grandes trastornos. Por un lado, la parte que sufre el diagnóstico y los tratamientos de su enfermedad, se ve enfrentada al hecho de hacer consciente su propia vulnerabilidad. La otra parte debe afrontar las responsabilidades prácticas, como visitar el hospital, conversar con los médicos, pedir ayuda para cuidar los hijos, controlar los gastos y asuntos económicos, tramitar prestamos y recoger sugerencias y llamadas de amigos y parientes. Pero sin embargo,

según Mc Carthy (1995), el estrés psicológico y el miedo es aún más agotador para ambos miembros de la pareja. Los momentos difíciles que les tocará vivir pondrán a prueba la fuerza de la relación de pareja y su capacidad para enfrentarse a problemas de diversa índole.

Las personas que se sienten bien en su relación de pareja disfrutan de una mayor autoestima y de una mejor seguridad personal. Por lo anterior, una relación caracterizada por el respeto, la confianza, la intimidad y el amor es lo suficientemente fuerte para poder atravesar los buenos y malos momentos que se le presentan. Integrar los cambios de la vida individual con los de la pareja contribuye a llevar una vida más equilibrada, satisfactoria y estable. Crear y sostener una relación íntima basada en el amor, el respeto y la confianza, añade satisfacción a la vida personal y familiar.

## Capítulo 4

### “AUTOIMAGEN DE LA MUJER MASTECTOMIZADA”

Todos los seres humanos a través de los años van desarrollando una imagen con respecto a su mente y cuerpo; ésta puede que no los satisfaga por completo, pero al menos les permite sentirse relativamente cómodos para relacionarse con otros y además sentirse sexualmente atractivos para su pareja.

Cada órgano o segmento del ser humano tiene una estructura anatómica y una función real y fisiológica interrelacionada con la totalidad. A su vez esa totalidad (el ser humano en sí) requiere de ese órgano o segmento y de su función para poder serlo. Además, esa anatomía y función esta determinada por la evolución de la especie, presentando estas funciones valores y significados sociales asignados por el medio sociocultural donde los individuos están insertos.

La conciencia o reconocimiento de estos valores o funciones asignadas por la cultura a cada parte y al todo de nuestra estructura física se lo denomina “la imagen corporal”.

Dado lo anterior, se seleccionaron dos indicadores que engloban las áreas de: *imagen corporal y relación sexual post-cirugía*, las cuales fueron evaluadas a través de los componentes cognitivo, emocional y conductual de las actitudes.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, es necesario tener en cuenta que aún la personalidad más positiva puede ver afectada su autoestima y todo sentimiento favorable acerca de su autoimagen frente a una intervención quirúrgica que dejará sus huellas a la vista. Por esto, pareció interesante analizar las actitudes de un grupo de mujeres mastectomizadas con relación a sus ideas o pensamientos, sus sentimientos o emociones y, por último, su conducta.

CUADRO N° 1

*“Autoimagen de la mujer mastectomizada”*

*Componente Cognitivo*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
IMAGEN CORPORAL	Me preocupan las posibles consecuencias en mi cuerpo después de la cirugía	6	2	2	2	0
	Estoy dispuesta a preocuparme por mi apariencia física después de la cirugía	7	5	0	0	0
	Prefiero pensar otra cosa cuando me acuerdo de mi imagen corporal	3	3	1	3	2
	Que mi pareja me acepte, significa que siente pena por mi	2	1		4	5
RELACIÓN SEXUAL POST-CIRUGÍA	Logro aceptar mi cuerpo cuanto me veo en el espejo	1	5	1	2	1
	Las relaciones sexuales ayudan a aceptarme como una mujer sin importar mi nueva imagen corporal	3	5	1	2	1

Con relación al componente cognitivo del indicador imagen corporal podemos señalar que ocho mujeres dicen preocuparse por las consecuencias de la cirugía en su imagen corporal; y además, siete de las entrevistadas manifiestan estar totalmente de acuerdo en preocuparse por su apariencia física luego de la intervención quirúrgica. Esto podría deberse al concepto de que “la mama” además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal constituye el símbolo de la femineidad, es decir del “propio yo”; ya que muchas mujeres en nuestra cultura sienten que tener senos pequeños las hace menos

atractivas; por lo tanto, no es nada extraño que cuando ellas se ven enfrentadas a la posibilidad de perder la mama se sientan invadidas por sentimientos de miedo, enojo, impotencia, depresión y disminución del propio valor. Por otra parte, aunque la amputación del seno generalmente no es visible para el mundo exterior (ya que puede utilizar una prótesis o relleno para disimular), es experimentado muy intensamente por la mujer como una amenaza a su sexualidad, intimidad y su femineidad, en general un devastador daño a su autoestima. De ahí que, un número importante de ellas se preocupa de su contorno corporal tras la cirugía.

Cuando son consultadas a cerca de sí prefieren pensar en otra cosa cuando se acuerdan de su nueva imagen corporal, seis de las mujeres dicen estar en algún grado de acuerdo con esta afirmación. En tanto que una mujer dice pensar sentirse insegura o indecisa. Con relación a esto, el pensar respecto de su nueva imagen corporal pareciera ser evitado, ya que necesariamente hace contactar a la mujer con áreas tan importantes de su vida emocional, como es su autoestima. Esta última tiende a desestabilizarse debido a que ya no se percibe la mama firme, voluptuosa, redonda y atractiva, en otras palabras no este presente en su cuerpo; dicha condición se teme, se evita y se niega, lo que se traduce finalmente en conductas evitativas.

Ahora bien, tres de las entrevistadas dicen pensar que de algún modo su pareja la acepta porque siente pena por ella. En tanto que, nueve mujeres no están de acuerdo en algún grado con esta afirmación; lo que permitiría suponer que las mujeres cognitivamente no presentan ideas respecto a que su pareja podría rechazarla debido a la cirugía y al hecho de que su pareja tenga algún tipo de contacto íntimo con ella no se relaciona con que éste sienta pena por ella.

Con respecto al indicador relación sexual pos cirugía para el componente cognitivo, cinco de las entrevistadas no logra ser capaz de poder pensar en aceptar su nuevo cuerpo cuando se observa en el espejo. Esto nos podría permitir sostener el hecho de que las

mujeres mastectomizadas piensan que su cuerpo es diferente después de la cirugía, que antes estaban “completas”, que tenían ambas mamas y, por ende, que eran más atractivas y deseables sexualmente.

No obstante, ocho mujeres piensan que de alguna forma las relaciones sexuales la ayudan a sentirse una mujer completa, sin importar su nuevo contorno corporal. Sin embargo, existe un número no despreciable de mujeres, tres, que no esta en algún grado de acuerdo con este pensamiento, y una mujer que se muestra indecisa.

CUADRO N° 2  
*“Autoimagen de la mujer mastectomizada”*  
*Componente Emocional*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
IMAGEN CORPORAL	Siento haber perdido algo de mi misma con la cirugía que me realizaron	6	3	1	2	0
	Que me hayan sacado la mama o parte de ella, me hace sentir menos mujer	2	0	3	2	5
	Disfruto las relaciones sexuales después de la cirugía	3	2	3	4	0
RELACIÓN SEXUAL POST-CIRUGÍA	Me siento menos femenina y atractiva sexualmente después de la cirugía	3	3	3	2	1
	Me siento incomoda cuando mi pareja me observa desnuda.	6	0	1	3	2

Con relación al componente emocional para el indicador imagen corporal, nueve mujeres dicen sentir haber perdido algo de ella misma con la mastectomía. Esto nos

permite señalar que este tipo de intervención quirúrgica es bastante agresivo, ya que deja sus huellas en un lugar del cuerpo que para la mujer tiene una real importancia no sólo existencial y maternal, sino sobretodo estética y sexual.

Al ser consultadas sobre si el hecho de que les hayan sacado la mama o parte de ellas las hace sentir menos mujer, siete mujeres dicen estar en algún grado en desacuerdo con esta afirmación. En tanto que, tres de las entrevistadas sostienen estar indecisa, y dos de las mujeres señalan sentirse menos mujer por el hecho de que ya no tiene sus dos mamas.

Ahora bien, cuatro mujeres señalan no disfrutar las relaciones sexuales luego de la cirugía. En tanto que, tres mujeres sostienen sentirse insegura respecto a esta afirmación. Esto podría tener relación a que en general las mujeres mastectomizadas se sienten inhibidas al momento de tener una mayor intimidad con su pareja, y esto, por ende, no les permite sentirse “cómodas” o “relajadas” para un encuentro sexual satisfactorio.

Podemos apreciar que en general la autoimagen de las mujeres luego de la mastectomía se ve mermada, ya que manifiestan sentimientos de perdida. Dicha perdida involucra una agresión a la imagen corporal, ya que las consecuencias de la cirugía son visibles para “ellas” y para el “otro” en un contacto más íntimo. Por lo tanto, queda de manifiesto el hecho de que la autoimagen y la actividad sexual son dos factores importantísimos y muy ligados entre sí, ya que en su mayoría las entrevistadas dicen no estar realmente seguras de lograr disfrutar las relaciones sexuales después de la mastectomía.

Con respecto al indicador relación sexual pos- cirugía del componente emocional, seis mujeres dicen sentirse menos femenina y atractiva luego de la cirugía. En tanto que, tres de las entrevistadas sostienen estar indecisa respecto a esta afirmación. Esto nos permite apreciar que en general las mujeres dicen sentirse afectadas con relación a sus

sentimientos respecto a sí misma, lo que se ve reflejado finalmente en conductas de inseguridad hacia ellas y su pareja.

Con relación a sí se sienten incomodadas cuando su pareja la observa desnuda, seis mujeres están totalmente de acuerdo con esta afirmación. Esto deja aún más claro el pensamiento, sentimiento y conducta de inseguridad propia de la mujer mastectomizada, la cual generalmente tiende a sentirse “medio-mujer” y siente que por ello ha perdido su belleza, atractivo sexual y capacidad de seducción.

CUADRO N° 3  
*“Autoimagen de la mujer mastectomizada”*  
*Componente Conductual*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
IMAGEN CORPORAL	Estoy dispuesta a usar algún tipo de prótesis después de la cirugía	9	1	0	1	1
RELACIÓN SEXUAL POST-CIRUGÍA	Han disminuido mis relaciones sexuales con mi pareja después de la cirugía	3	2	4	2	1
	He dejado que mi pareja me vea desnuda después de la cirugía	5	3	1	0	3

Con relación al componente conductual para el indicador imagen corporal, 10 mujeres están en algún grado de acuerdo en utilizar una prótesis luego de la mastectomía. Esta disposición de usar algún tipo de prótesis o relleno que les permita formar una mama puede estar dado por el objetivo y deseo de intentar restablecer el contorno corporal afectado.



Para el indicador relación sexual post-cirugía, cinco mujeres sostienen que en algún grado han disminuido sus relaciones sexuales con su pareja después de la mastectomía. En tanto que, cuatro de las entrevistadas dicen estar indecisa respecto a esta afirmación. Esto nos permite suponer la existencia de numerosos problemas de adaptación psicosocial como consecuencia de la extirpación de la mama. Casi se puede admitir que los conflictos psíquicos que experimenta la mujer en aceptar y acomodarse a la pérdida de la mama se deben, en gran medida, al miedo que tiene ante la respuesta de los demás. El dolor al rechazo aumenta en la intimidad y el temor más grande de la mujer estaría relacionado básicamente con el hombre con quien ella tiene mayor intimidad.

Con relación a sí las mujeres han dejado que su pareja la vea desnuda después de la cirugía, ocho de ellas señala que han dejado que sus parejas las observen desnudas. En tanto que, tres de las mujeres no permiten que su pareja la vea desnuda. Esto último nos muestra que pasado un tiempo más o menos prudente algunas mujeres no están de acuerdo a mostrarse desnudas frente a su pareja, lo cual se puede interpretar como un temor que ellas muestran a que sus parejas las rechacen por cómo han quedado después de este tipo de intervención. Ahora bien, el hecho que estas mujeres acepten ser vistas desnudas nos hace suponer que ellas presentarían otro tipo de enfrentamiento al desnudo, dándole otra significación a la carencia de la mama. En otras palabras, “me falta una mama, pero estoy con vida”.

En general, podemos apreciar que las mujeres de la muestra tienen una actitud medianamente favorable hacia la dimensión Autoimagen para los indicadores imagen corporal y relación sexual post-cirugía de los tres componentes de las actitudes: cognitivo, emocional y conductual.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en su mayoría las entrevistadas dicen tener o experimentar el sentimiento de no estar totalmente “completas” o de “haber perdido algo” con la cirugía que le realizaron. Esto nos permitiría afirmar que este tipo de

intervención quirúrgica de algún modo atenta contra la integridad corporal de la mujer; no obstante, le permite seguir viviendo.

Ahora bien, respecto a las ideas o pensamientos que manifiestan las mujeres podemos apreciar que ellas se preocupan de las consecuencias que puede acarrear la cirugía en su imagen corporal. Esto último es muy interesante, ya que todas las entrevistadas dicen preocuparse por su apariencia física, esto se ve traducido en que ellas se “arreglen” o se “preocupan” de su contorno corporal exterior.

Respecto a esto último, las mujeres casi en su totalidad están dispuestas a usar algún tipo de prótesis o relleno para “disimular” la falta de la mama. Además, se puede apreciar que un alto número de mujeres (cinco) sostiene que luego de la mastectomía han disminuido en algún grado sus relaciones sexuales. Con relación a la posibilidad de un encuentro íntimo con la pareja ellas manifiestan (tres mujeres) evitar el desnudo, dicha negativa podría deberse a que “a ellas mismas les desagrada como se ven y no logran aceptar o adaptarse a su cuerpo deformado luego de la cirugía.

Por todo lo anterior, se podría concluir que la integridad del cuerpo de la mujer con cáncer de mama es física, psíquica y socialmente mutilada por esta enfermedad y sus tratamientos; la carga emocional hace que sentimientos y pensamientos de duelo, soledad, temor, vergüenza, rabia, etc. se presenten impactando en la vida de esta mujer.

No obstante lo anterior, las entrevistadas en su mayoría tienen la idea de que las relaciones sexuales pos cirugía la ayudarían de algún modo a aceptarse mejor y a intentar asimilar su nueva imagen corporal, pero conductualmente esto no se refleja.

En resumen contrastando los resultados con la teoría se podría visualizar en las respuestas de la mayor parte de las mujeres un “cierto temor a que sus parejas las rechacen por el hecho de cómo han quedado estéticamente después de la cirugía”. Lo cual nos permitiría inferir alguna merma en su autoimagen, impactando en su autoconcepto y/o autoestima.

## Capítulo 5

### “RELACIÓN DE PAREJA DE LA MUJER MASTECTOMIZADA”

Caracterizar la relación de pareja en general no es sencillo. La vida en común se desenvuelve en distintas esferas, y las relaciones establecidas entre ambos miembros se expresan en todas ellas. Tradicionalmente la relación de pareja se entiende como “aquellas acciones entre un hombre y una mujer que están unidos por un vínculo sentimental y/o social, cuya relación no se restringe solamente a lo genital”.

Dicha relación satisface las necesidades de intimidad, amor y seguridad de un modo mucho más claro y profundo que cualquier otra relación humana; es por ello, que este tipo de compromiso es un proceso continuo que necesita ser nutrido y valorado permanentemente.

Considerando esto, se seleccionaron tres indicadores que cubren las áreas de: *cariño, aceptación y deseo sexual* en la pareja, las cuales fueron evaluadas a través de los distintos componentes de las actitudes.

Pareció importante analizar la relación de pareja de un grupo de mujeres mastectomizadas, ya que los cónyuges esperan, el uno del otro, una profunda comprensión y un verdadero compromiso para el propio desarrollo. Por tal motivo, dos personas que tienen una relación de pareja, ponen en juego la imagen de sí mismo; pensamientos, sentimientos y conductas de seguridad o inseguridad; aceptación o rechazo; expectativas de sí mismo, del otro y de la relación; habilidades de expresividad emocional y de necesidades. Todos ellos factores fundamentales que han sido aprendidos y que son parte del proceso de socialización humana.

CUADRO N° 4

*“Relación de Pareja de la mujer mastectomizada”*

*Componente Cognitivo*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
CARIÑO	El cariño es importante en la relación de pareja	10	2	0	0	0
	Pienso con cariño sobre mi pareja	8	3	1	0	0
ACEPTACIÓN	La unión de la pareja depende de la aceptación que tiene el uno por el otro	12	0	0	0	0
	Que mi pareja me acepta, significa que me quiere	9	2	1	0	0
DESEO SEXUAL	Tanto yo como mi pareja contábamos con una adecuada información sobre los cambios que ocurrirían en mi cuerpo producto de la cirugía	5	1	2	2	2
	Pensar en mi enfermedad, bloquea mi deseo sexual	2	0	0	5	5

Con relación al componente cognitivo para el indicador cariño, las entrevistadas muestran una claridad con respecto a la importancia de la existencia de cariño en una relación de pareja. Sin embargo, al ser consultadas si piensan con cariño sobre su pareja, el número de mujeres que esta totalmente de acuerdo disminuye en comparación a la afirmación anterior. Es interesante observar que en general la totalidad de la muestra esta de acuerdo que para que exista una buena relación de pareja es preciso que haya cariño mutuo.

Esto podría deberse al hecho que culturalmente la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad tienen incorporado este concepto para que una relación se establezca y perdure en el tiempo.

Ahora bien, para el indicador aceptación todas las mujeres tienen el pensamiento o la idea de que la aceptación recíproca es un factor fundamental para que exista una adecuada unión de pareja. Además, 11 de las entrevistadas le otorga cierto grado de importancia hacia la aceptación que tengan sus parejas hacia ellas, manifestando que esta aceptación es una muestra real de su cariño.

Con respecto al indicador deseo sexual, cuatro mujeres manifestaron que tanto ellas como sus parejas no contaban con una adecuada información sobre las consecuencias de la mastectomía, lo cual permite suponer que no siempre existe una buena y clara comunicación e información médico - paciente. En tanto que, dos de las entrevistadas señalan estar indecisa, es decir que en algún grado dichas mujeres no perciben seguridad respecto al conocimiento que ellas tienen con relación a su enfermedad y los tratamientos utilizados para combatirla. Lo anterior nos permite apreciar que la información que la mujer y su familia maneje respecto al cáncer de mama y sus tratamientos es un factor fundamental en el pensamiento negativo o positivo que se manifieste finalmente.

CUADRO N° 5

“Relación de Pareja de la mujer mastectomizada”

Componente Emocional

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
CARIÑO	Siento cariño por mi pareja	9	2	1	0	0
	Mi compañero me quiere	6	3	2	0	1
ACEPTACIÓN	Siento que mi pareja me acepta como compañera	6	3	2	0	1
	Mi pareja se preocupa por las cosas que me ocurren	7	3	2	0	0
DESEO SEXUAL	Me siento deseada por mi pareja	5	3	3	0	1

Con respecto al componente emocional del indicador cariño es interesante observar que 11 mujeres, presentan seguridad de sus propios sentimientos hacia su pareja. Sin embargo, al ser consultadas con relación a si sienten que su pareja las quiere sólo nueve mujeres sienten seguridad respecto a esta afirmación, dos dicen estar inseguras e incluso una de ellas señala no sentirse en absoluto querida por su pareja. Esto nos permite visualizar que en general los sentimientos de las mujeres con respecto a su pareja no cambian luego de la mastectomía, sino por el contrario “ellas desean y necesitan sentirse queridas y a su vez entregar cariño, tal vez para poder sobrellevar el impacto de la cirugía y los demás tratamientos que por sí trastornan de algún modo la vida íntima de esta mujer”. No obstante, se puede percibir una cierta indecisión de las mujeres con respecto a los sentimientos que expresan sus parejas hacia ellas.

Ahora bien, con relación al segundo indicador, seis mujeres sienten una real y total aceptación por parte de sus parejas. En tanto que, dos de las entrevistadas no están seguras de esta aceptación, e incluso nuevamente una mujer manifiesta estar totalmente en desacuerdo con respecto a esta afirmación.

Al indagar respecto a la actitud de preocupación que muestran sus parejas hacia las cosas que les ocurren, siete mujeres dicen estar de acuerdo con esta afirmación. En tanto que, dos de las entrevistadas señalan sentirse insegura respecto a esta preocupación.

Cuando son consultadas si se sienten deseadas por su pareja ocho mujeres están de acuerdo con esta afirmación. En tanto que tres dicen sentirse insegura y una mujer sostiene no sentirse de ningún modo deseada por su pareja.

#### CUADRO N° 6

##### *“Relación de Pareja de la mujer mastectomizada”*

##### *Componente Conductual*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
CARIÑO	Siento necesidad que mi pareja me entregue atención y cariño	10	2	0	0	0
ACEPTACIÓN	Puedo hablar libremente sobre mi enfermedad con mi pareja	8	2	0	0	2
	Estoy dispuesta a ir con mi pareja a los controles, para hacerlo participe en mi enfermedad	7	2	1	1	1
	Evito el contacto sexual con mi pareja	2	3	4	2	1
DESEO SEXUAL	Siento necesidad de mantener actividad sexual con mi pareja	3	6	2	1	0



Con relación al componente conductual, se logra apreciar que el total de las mujeres de la muestra le otorga una real importancia a la necesidad, que ella siente, que su pareja le entregue atención y cariño. Los resultados permiten inferir que la necesidad de autovaloración y compañía que las mujeres manifiestan es un factor fundamental luego de una intervención como la mastectomía.

Al ser consultadas, si pueden hablar libremente sobre su enfermedad con su pareja, en general, la mayor parte de las entrevistadas esta de acuerdo con esta afirmación. En tanto que, dos mujeres no pueden conversar acerca de este tema con su pareja; esto podría deberse a que no existe una adecuada información y confianza o el hecho de querer negar la enfermedad por uno de los miembros de la pareja o por ambos.

Con respecto a si están dispuestas a asistir con su pareja a los controles médicos, nueve mujeres dicen estar en algún grado de acuerdo de intentar integrar a su pareja en el proceso de la enfermedad y su recuperación. Sin embargo, hubo dos entrevistadas que manifestaron estar en desacuerdo con esta afirmación. Esto podría darse, ya que en general las mujeres en nuestra sociedad enfrentan solas sus problemas y/o enfermedades porque el hombre es el sostenedor del hogar y no tiene tiempo o disposición para acompañar a su mujer, y el pedir ser acompañadas significa hacer “perder el tiempo”.

Uno de los resultados que más llama la atención con relación al componente conductual del indicador aceptación es que cinco mujeres dicen evitar en algún grado el contacto sexual con su pareja. Además, es importante destacar que cuatro de las entrevistadas señalan estar indecisa respecto a este tema. Con relación a lo anterior se aprecia que la enfermedad y mastectomía voluntaria o involuntariamente inhibe la conducta de aceptación hacia una adecuada relación sexual con su pareja o aumenta el temor y la vergüenza de reanudar una actividad íntima, sin por ello alterar el deseo de compañía y comunicación.

Ahora bien, al ser consultadas acerca de la necesidad que tienen de mantener actividad sexual con su pareja, nueve mujeres dicen estar de acuerdo con esta afirmación. En tanto que, dos de las entrevistadas conductualmente se siente insegura, y una mujer señala no tener necesidad de contacto sexual con su pareja.

En general, apreciamos una actitud favorable hacia la dimensión relación de pareja de los indicadores cariño, aceptación y deseo sexual de los tres componentes de las actitudes. En los resultados se pudo apreciar el interés y deseo de atención y compañía que demuestran las mujeres hacia sus parejas.

Los resultados permiten sostener que la atracción emocional y sexual es necesaria para que una relación de pareja sea viable, aunque el éxito de ésta necesita otros ingredientes. Debe crearse una vida conjunta que satisfaga las necesidades de cada uno de sus miembros. Al contrario de lo que suele creerse, el amor no es suficiente; es necesario destacar que la intimidad es un componente esencial de la relación de pareja. La intimidad sexual es fundamental, pero la intimidad emocional es aún más crucial; y esto se ve reflejado en las respuestas de las mujeres, quienes en su mayoría buscan comprensión, respeto, confianza, compañía, aceptación y amor por parte de sus parejas, es decir un verdadero compromiso mutuo para compartir la vida en todos los momentos, ya sean estos, buenos o malos.

Del análisis entre los componentes emotivo, cognitivo y conductual se observo que existe una disonancia entre lo que las mujeres sienten, piensan y de cómo actúan; es decir, ellas presentan una claridad en sus ideas respecto a los elementos necesarios para mantener una adecuada relación de pareja. Por consiguiente, sus emociones y sentimientos en relación a esto último se presentan en concordancia: sienten cariño hacia sus parejas como el cariño que éstos les brindan; ahora bien, al momento de interactuar en un plano de intimidad se produce una cierta inhibición. Esto podría guardar relación con el hecho de que las mujeres mastectomizadas temen al rechazo de sus parejas al momento de ser vistas o acariciadas en la intimidad.

## Capítulo 6

### **“ACTIVIDAD SEXUAL DE LA MUJER MASTECTOMIZADA”**

Desde la perspectiva conceptual que orientó esta investigación la sexualidad es una construcción social; es decir, la entendemos “menos como producto de nuestra naturaleza biológica, que de sistemas socioculturales que dan forma no sólo a nuestra experiencia sexual, sino además a las vías por las que interpretamos y entendemos esas experiencias (socialización)” (Parker, 1994). En esta línea la actividad sexual es un concepto comprensivo que incluye tanto la capacidad física para la excitación sexual y el placer, como los significados personales y socialmente compartidos relacionados con el comportamiento y con la formación de las identidades sexuales y de género. Dichos comportamientos se manifiestan a través de las actitudes que tienen las personas frente a su sexualidad.

A partir de lo anterior, se seleccionaron dos indicadores que engloban las áreas de: *interés y aceptación*, las cuales fueron evaluadas a través de los componentes cognitivo, emocional y conductual.

Es importante tener en claro, antes de cualquier análisis, la agresión física que supone la mastectomía en lo más sublime de la femineidad de la mujer (el seno), esto origina un cierto miedo a sí misma, un componente de extrañeza y vergüenza que lleva finalmente a la mujer a evitar de algún modo un contacto sexual. Esta dificultad de “aceptación de su nuevo esquema corporal” se correlaciona con una elevada ansiedad o tensión física y psíquica que impide realmente cualquier forma de sexualidad.

CUADRO N° 7

*“Actividad Sexual de la mujer mastectomizada”*

*Componente Cognitivo*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
INTERÉS	El deseo sexual es algo natural en la pareja humana	10	2	0	0	0
ACEPTACIÓN	Mantengo relaciones sexuales con mi pareja para sentirme aceptada por él.	1	0	1	5	5

Con relación al indicador interés el total de mujeres está de acuerdo con la idea de que el deseo sexual es algo natural en los seres humanos. Por lo que podemos apreciar que cognitivamente estas mujeres piensan en su sexualidad como algo necesario de expresar.

Ahora bien, con respecto a sí las mujeres mantienen relaciones sexuales con su pareja para sentirse aceptada por él, 10 de las entrevistadas dicen no estar de acuerdo con esta afirmación.

CUADRO N° 8

*“Actividad Sexual de la mujer mastectomizada”*

*Componente Emocional*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
INTERÉS	Mi cuerpo es un obstáculo para mi actividad sexual	0	1	1	6	4
	Después de la cirugía a disminuído mi interés por mantener actividad sexual	1	2	3	4	2
ACEPTACIÓN	El que mi pareja me acepte, ayuda a aceptarme mejor a mi misma	6	4	2	0	0

Con respecto al componente emocional, 10 mujeres señalan que no sienten que su cuerpo sea un obstáculo para su actividad sexual. Sin embargo, existe un número de entrevistadas (tres) que sienten que luego de la mastectomía ha disminuído su interés por mantener actividad sexual, y tres mujeres dicen sentirse insegura respecto a esta afirmación. Esto podría deberse a que tras la intervención quirúrgica y las agresiones “simbólicas” y reales a su cuerpo y a su femineidad, la mujer no responde sexualmente y además no parece sentirse libre de sentimientos eróticos y de respuestas sexuales normales; lo que como es natural puede influir en su autoestima y su relación de pareja.

Con relación al indicador aceptación podemos apreciar que en general un número importante de mujeres (10) dicen sentirse de acuerdo con que la aceptación de su pareja le ayuda a aceptarse mejor a sí misma. Esto podría darse, ya que la aceptación en una

relación de pareja refuerza la autoconfianza mutua y motivación por intentar reanudar los encuentros íntimos.

### CUADRO N° 9

#### *“Actividad Sexual de la mujer mastectomizada”*

#### *Componente Conductual*

INDICADOR	AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
INTERÉS	Estoy dispuesta a mantener actividad sexual después de la cirugía	6	4	1	0	1
	Me siento demasiado enferma para mantener actividad sexual	5	4	2	0	1
ACEPTACIÓN	Me siento igualmente capaz de complacer a un hombre, después de la cirugía	6	4	1	0	1
	Puedo gozar de la relación sexual después de la cirugía	3	4	2	2	1

Con relación al indicador interés, 10 mujeres señalan estar dispuesta a mantener actividad sexual luego de la mastectomía. No obstante lo anterior, nueve entrevistadas dicen encontrarse demasiado enfermas para mantener actividad sexual. Esto nos permite apreciar que las mujeres están dispuestas a un encuentro sexual, pero en el momento de tomar la iniciativa o de responder al hecho concreto de reanudar la intimidad sexual con su pareja se sienten “demasiado enfermas” o sienten simplemente que su enfermedad es un obstáculo para su vida sexual. Con lo anterior se puede inferir que existe una diferencia entre como sienten, piensan y de cómo actúan las mujeres luego de la mastectomía, ya que el estar “enferma” pasa por la percepción de sentir su cuerpo “feo”, “incompleto”, etc..., porque las

entrevistadas están asintomáticas respecto al cáncer de mama. Las causas más comunes de inhibición del deseo sexual suelen ser una carencia de percepciones positivas acerca del propio cuerpo, dados por sentimientos de culpa e inhibición frente a la pareja, albergar sentimientos de enfado, depresión o angustia o, ver el sexo como algo fundamentalmente masculino, entre otros factores. Es decir, ellas dicen sentir deseo sexual y, además piensan en la necesidad de mantener actividad sexual después de la cirugía; no obstante al tener que manifestar sus deseos y necesidades conductualmente tienen varias “excusas” para no reiniciar o mantener su contacto sexual con su pareja.

Al ser consultadas respecto a sí se sienten igualmente capaces de complacer a un hombre después de la cirugía, 10 mujeres señalan estar de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, es importante destacar que el número de mujeres baja con relación a sí pueden gozar o disfrutar la relación sexual después de la mastectomía, sólo siete entrevistadas estuvieron de acuerdo con esta afirmación. En tanto que, tres de ellas no pueden disfrutar las relaciones luego de la intervención quirúrgica.

Las mujeres tienen, en general, una actitud favorable hacia la dimensión Actividad Sexual de los indicadores interés y aceptación para los tres componentes de las actitudes.

## CONCLUSIONES

El gran desarrollo económico y social experimentado en las últimas décadas trajo como consecuencia cambios en las prioridades de las políticas de salud, entre estas se puede mencionar el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades crónicas como el “Cáncer”. Dentro del área oncológica, el Cáncer de Mama es una preocupación importante, ya que el 10% de las mujeres en algún momento de su vida se puede ver enfrentada a la posibilidad de una “Mastectomía”. Si se distribuyera homogéneamente esta cifra en la población podríamos decir que una de cada diez mujeres muere sin su mama. Por ejemplo, sólo en el Hospital Clínico San Borja Arriarán se realizan más de 100 mastectomias al año. Se desconocen las cifras correspondientes al sector privado de salud, pero cabe suponer que no deja de ser un número importante.

La mama, en nuestra cultura occidental, es un órgano altamente valorado, siendo uno de los atributos de la belleza femenina y de especial relevancia erótico sexual, además del importante papel en la creación de los vínculos afectivos madre-hijo durante el amamantamiento. De ahí que en el cáncer de mama se produzca una dura amenaza sobre las actividades que forman parte del mundo de la mujer, en el que tiene un papel primordial la representación de la propia imagen ante uno mismo y ante los demás.

Al momento de la mastectomía, la mujer está enfrentada a la posibilidad de morir o vivir. Una vez recuperada de la cirugía, ella tiene la sensación de que ha ganado la lucha contra el cáncer, ha superado los embates de la quimioterapia y radioterapia, los controles médicos comienzan a distanciarse; es recién entonces cuando esta mujer comienza a retomar la rutina previa a la enfermedad. Su familia, su pareja, su entorno le comienzan a exigir que retome los roles que antes desempeñaba normalmente; sobrevivió al cáncer, ella ya



se siente mejor y esta bien físicamente. Es en este instante cuando la mujer se enfrenta al hecho de tener que significar la experiencia vivida como algo positivo o negativo en su vida. Si se elabora como algo positivo, entonces ella centra todas sus vivencias alrededor del hecho de “estar viva aún”, “de haber vencido el cáncer” y aunque reconoce que su cuerpo no le agrada y fantasea con recuperar su contorno corporal anterior, no hace nada para conseguirlo ya que teme poner en riesgo su vida al someterse a otra cirugía o malgastar recursos económicos en darse una satisfacción o gusto personal, teniendo problemas familiares más importantes que requieren una rápida solución. Si por el contrario, la experiencia es significada como negativa, entonces la mujer centra su vida en el haber perdido la mama o parte de ella y con ello la femineidad y su atractivo sexual, sobreviniendo entonces los sentimientos de mutilación y la sensación de ser “media mujer” o de “no estar completa”.

Dadas estas consideraciones pareció interesante preguntarse e investigar en nuestra realidad nacional en el ámbito de una Institución Pública de Salud: ¿Qué tipo de actitudes presentan las mujeres mastectomizadas respecto a su relación de pareja, su actividad sexual y su autoimagen ?.

Los resultados de esta investigación nos muestran en un cierto grado el impacto y las repercusiones que la mastectomía tiene o acarrea en la vida de una mujer. En general, se pueden apreciar algunas alteraciones en el deseo sexual, la autoimagen, las emociones, etc.; siendo los problemas de adaptación íntima y sexual con la pareja y el medio social los más significativos. Por esto, vemos que al hablar sobre el cáncer de mama debemos tener en cuenta que se relaciona además con problemas más amplios y complejos, que solamente el riesgo de la salud física, entre ellos la cuestión de la relación y convivencia con la pareja, la corporalidad, la sexualidad, la intimidad, la identidad femenina, la autoestima, el apoyo psicosocial, los problemas económicos, laborales y de adaptación al entorno social, entre otros.

Ahora bien, con respecto a las actitudes de las mujeres mastectomizadas de este estudio con relación a su pareja vemos que en general ellas muestran un alto interés y deseo de atención, cariño, aceptación y compañía hacia sus parejas. Ellas piensan que el cariño es importante en una relación, y además en su mayoría piensan con cariño sobre su pareja. Todas están totalmente de acuerdo con que “la unión de una pareja depende de la aceptación que tiene el uno por el otro” y que su pareja le acepte significa que la quiere. Con relación a la información con que contaban sobre los cambios que ocurrirían en su cuerpo producto de la cirugía, se pudo apreciar que la mitad contaba con algún tipo de conocimiento sobre el tema; en tanto que, el resto no manejaba esta información. En general, las entrevistadas señalaron que el pensar en su enfermedad no bloqueaba su deseo sexual. Emocionalmente dicen sentir cariño por su pareja, pero el número de mujeres que realmente siente que su compañero la quiere baja con relación a la afirmación anterior. Se sienten aceptadas como compañeras y sienten una cierta preocupación por parte de sus parejas hacia ellas. Conductualmente, en su mayoría, las entrevistadas manifiestan la necesidad de que su pareja les entregue atención y cariño. Además, señalan que pueden hablar con ellos sobre su enfermedad; sin embargo, no todas están dispuestas a hacer participe a su pareja en el proceso de la enfermedad, sus tratamientos y su recuperación. Es importante destacar que las mujeres dicen tener necesidad de mantener actividad sexual con su pareja, no obstante en general evitan este contacto.

Al realizar el análisis de los tres componentes de las actitudes se observa que existe una disonancia entre lo que las mujeres sienten, piensan y de cómo actúan. Es decir, ellas presentan una claridad respecto a sus sentimientos y pensamientos o ideas; pero no así al momento de interactuar con el otro en un plano de mayor intimidad. Aquí se produce una cierta vergüenza o inhibición. Esto puede deberse al hecho de que las mujeres mastectomizadas temen al rechazo de sus parejas al momento de ser vistas o acariciadas en la intimidad.

El estudio confirma que una importante función de la relación de pareja es brindar protección y apoyo cuando alguno de sus miembros debe afrontar un período crítico o difícil, punto en el que coincide con las afirmaciones de Mc Carthy (1995) quien señala que las cuestiones problemáticas no deben ser ignoradas o disimuladas, sino que por el contrario deben ser afrontadas de forma madura, respetuosa y comprensiva, conversando acerca de los sentimientos, percepciones y alternativas que plantea cada miembro de la pareja. Si, en cambio, no se enfrentan estos problemas se produce un descenso en la autoestima y un quiebre en el vínculo de la relación, lo que hace que ésta pierda vitalidad.

Por lo tanto, la idea que se rescata de este estudio es que el apoyar al “otro” cuando pasa por un período crítico, significa ayudarlo a luchar con sus problemas compartiéndolos en conjunto, y no incurrir en una permanente actitud de consuelo o lástima. Una relación de pareja que se caracteriza por el amor, cariño, comprensión, respeto, confianza y una adecuada intimidad emocional y sexual, es lo suficientemente fuerte como para poder sobrellevar y atravesar los buenos y los malos momentos que se le presentan.

Respecto a las actitudes de las mujeres mastectomizadas con relación a su actividad sexual vemos que en general las mujeres de la muestra sostienen que sus relaciones sexuales disminuyeron. Con relación a esto, se observa que las mujeres evitan y/o rehusan después de la intervención quirúrgica cualquier contacto sexual con sus parejas, dominando en ellas la pasividad sexual debido principalmente a que la percepción de su cuerpo no les es grata, sintiendo extrañeza y vergüenza de él, lo que les hace presentar intranquilidad, desasosiego, nerviosismo, tensión, etc, que les impide realmente disfrutar de cualquier forma de sexualidad.

Ahora bien, los resultados muestran que las mujeres piensan que el deseo sexual es algo natural en la pareja humana, y que no mantienen relaciones íntimas para buscar aceptación por parte de su pareja. Emocionalmente, no sienten que su cuerpo sea un obstáculo

para su actividad sexual; no obstante, si sienten que en alguna medida ha disminuido su interés por mantener actividad sexual con su pareja, y además sienten que la aceptación que su pareja les brinda la ayuda a aceptarse mejor a sí misma. Esto nos muestra la necesidad de autovaloración que manifiestan inconscientemente las mujeres luego de una intervención tan agresiva como es la mastectomía. Conductualmente, las mujeres están dispuestas a mantener actividad sexual luego de la cirugía, pero se sienten demasiado enfermas. Esto nos habla de una falta de deseo o “inhibición”, ya que ellas están en estos minutos asintomáticas respecto al cáncer de mama. No obstante lo anterior, señalan sentirse igualmente capaz de complacer a un hombre y en menor número de poder gozar la relación sexual después de la cirugía.

Si esto lo contrastamos con los resultados de la investigación, podemos apreciar que la mayoría de las mujeres están muy preocupadas de su imagen actual, de satisfacer las necesidades y deseos de su pareja, que se sienten menos atractivas íntima y sexualmente, y, que por ende, su deseo sexual ha disminuido en algún grado después de la cirugía. Por otra parte, las mujeres en nuestra cultura occidental tienden a sentirse tan responsables de los otros, que no prestan atención a sus propios sentimientos, deseos y necesidades. Ellas tienden a autopostergarse hasta que todos los demás hayan cubierto sus necesidades, lo cual coincide con Mc Carthy (1995), quien nos señala que la sexualidad expresa la forma en que una persona se siente respecto a sí misma y a su pareja.

Respecto a las actitudes de las mujeres mastectomizadas con relación a su autoimagen vemos que en general las mujeres sienten, piensan y actúan distinto a la percepción que tenían antes de la operación. Es decir, las mujeres mastectomizadas se refieren al hecho de que les falta le mama, ya no se sienten totalmente mujeres, sienten que les falta “algo” y esto las torna menos atractivas. Esto nos da cuenta de un ataque a la integridad y totalidad de la mujer, en el sentido que les falta “una mama” y ella siente que ha perdido parte de su atractivo físico y sexual, además de sentirse en parte “mutilada” y disminuida en su valor propio como mujer. En las mujeres mastectomizadas pareciera ser que se inunda todo su “self” a partir de una pérdida en lo corporal, percibiendo una disminución

en el valor personal. Lo anterior podría explicarse con relación a la existencia de un sentimiento de pérdida mayor que merma la autoestima, la cual es la suma total de todo aquello que la persona siente de sí misma incluyendo su self corporal, interpersonal, de logro personal y de identificación grupal. Tal vez el self corporal en la autoestima femenina en nuestra sociedad tiene un peso mayor con relación a los otros como lo afirma Ussher (1989); de ahí que, en las mujeres mastectomizadas la pérdida de la mama es vista como un atentado de la función estética (morfología) y no tanto en lo funcional (funcionamiento) especialmente cuando ya ha cesado la lactancia de los hijos.

En resumen, las mujeres con relación a sus ideas evitan pensar en su cuerpo y nueva imagen luego de la cirugía. Sin embargo, manifiestan que las relaciones sexuales las ayudan a aceptarse como una mujer sin importar su nueva imagen corporal, lo que nos habla de que “yo me acepto en la medida que el otro me acepte”. Ahora bien, con relación a sus emociones, dicen sentir haber perdido algo de sí mismas con la cirugía, se sienten menos femeninas y atractivas lo que no les permite disfrutar las relaciones íntimas, y, por ende, se sienten incomodas cuando su pareja las observa desnudas. Sin embargo, señalan no sentirse menos mujer después de la mastectomía, lo que nos permite apreciar que la definición de ser mujer pasa por algo más que la sola corporalidad.

Por último no se puede dejar de mencionar que la mujer que vive con la amputación de la mama busca una forma de paliar este daño a través del uso de una prótesis o algo que simule la forma del seno para no apreciar dicha carencia, y esto se ve reflejado en que casi la totalidad de las entrevistadas (83%), sostienen estar en algún grado de acuerdo en usar algún tipo de prótesis o relleno para recuperar su contorno corporal después de la cirugía. También una gran parte de las mujeres dice haber dejado que su pareja la observe desnuda, sin dejar en claro si este desnudo es total o no, ya que muchas mujeres después de la mastectomía usan prendas íntimas para no mostrarse totalmente desnudas, y si ella le da vergüenza esta situación, porque la afirmación no especifica bien sólo dice: “He dejado que mi pareja me observe desnuda después de la cirugía”. Por último, las entrevistadas sostienen

percibir que de algún modo han disminuido la frecuencia de sus relaciones sexuales luego de la intervención quirúrgica.

Ahora bien, es preciso establecer que en general con los resultados obtenidos y el pequeño número de mujeres del estudio no se pueden hacer generalizaciones, ni llegar a afirmar que las mujeres mastectomizadas ven afectadas negativamente sus actitudes en torno a su relación de pareja, su actividad sexual y su autoimagen. No obstante, estos resultados podrían explicarse considerando el factor relacionado con la deseabilidad social; ya que se ha observado que en pacientes oncológicos existe la posibilidad de que la sintomatología depresiva no sea diagnosticada y tratada, pues es habitual que el paciente deprimido no llame la atención al aceptar de forma pasiva todos los procedimientos, tratamientos, cambios y que oculte sus síntomas afectivos por considerarlos una debilidad, por temor a no ser comprendido o por temor a malgastar, con la expresión de sus inquietudes y problemas emocionales, el tiempo que se le dedica en atención. Lo anterior coincide con las afirmaciones de Eva (1977), quien señala que esto hace que el paciente lleve a cabo esfuerzos para parecer mejor de lo que está realmente.

No obstante lo anterior, en alguna medida la entrevista realizada permitió observar sentimientos, pensamientos y conductas de soledad y abandono, sensación de fracaso, pena, poca autoestima, sentimientos de inutilidad, baja percepción de afectividad, pérdida de interés en relacionarse con otros y en especial su pareja, sentimientos de rechazo, angustia y preocupación por la enfermedad, falta de interés sexual, entre otras actitudes de las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía. Es interesante destacar que existe una discordancia que se podría llamar “ideoafectivo - conductual”; esto es, las mujeres manejan ciertas ideas respecto al cómo es y “debe ser” una relación de pareja en la cual no sólo se incluye las habilidades relacionales y comunicacionales, sino también áreas como la sexualidad, pero que al momento de efectuar o llevar a cabo la conducta o el comportamiento concordante con dicha idea se produce una disonancia. Lo anterior parece tener estrecha relación con el hecho que para estas mujeres es muy difícil el aceptar su realidad e intentan

“sublimarla”, en otras palabras utilizan mecanismos alternativos para hacer más llevadera su vida o su entorno vital, que en estos casos es bastante complicado, ya que estas mujeres son relativamente jóvenes, con hijos pequeños en período de formación, además tienen serias preocupaciones económicas, ya sea porque sus parejas no poseen un trabajo estable o porque el ingreso familiar no es suficiente para cubrir las necesidades. Otro factor que no se puede obviar es que esta enfermedad las hace enfrentarse por vez primera a la posibilidad de morir y ver desintegrado su núcleo familiar.

Lo anterior tiene directa relación con el cuadro hipotético desarrollado en esta investigación. En síntesis, se puede afirmar que la primera hipótesis de investigación “El apoyo que entrega la pareja de la paciente, después de una mastectomía, es un factor fundamental en la recuperación de la enfermedad y sus tratamientos; así como también, en la asimilación de la nueva imagen física de la mujer” ha sido confirmada, ya que la presencia de la pareja y su apoyo incondicional es importantísimo para su recuperación postoperatoria. Las hipótesis de investigación N° 2 “La extirpación de la mama influye, negativamente, en la actividad sexual de las mujeres mastectomizadas” y N° 3 “La extirpación de la mama repercute negativamente en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas”, han sido parcialmente confirmadas ya que parece que la alteración a la actividad sexual y autoimagen de las mujeres están mediadas por otras variables, ejemplo de ellas puede ser el apoyo social.

Por lo anterior, existe también la necesidad de entender la relación de la mujer con su sistema de apoyo, ya que este apoyo le permite a la mujer afrontar, perseverar y enfrentarse con una enfermedad difícil y temida, e incluso con la propia muerte. Para la mujer que sufre el cáncer de mama el tener compañía y apoyo marca una diferencia importante entre abandonar la esperanza y no ceder, entre no querer vivir y desear vivir, etc. Sin embargo, es fundamental señalar que dicho apoyo y compañía familiar y/o social no siempre esta presente. Por esto y luego de una larga reflexión respecto a los resultados obtenidos en la investigación y los aportes de la literatura revisada, no se pueden dejar de mencionar ciertos puntos que son de vital importancia en el quehacer del Asistente Social en el área de la oncología,

específicamente en el trabajo con mujeres que han sufrido una intervención quirúrgica como la mastectomía, esto último se da ya que han aumentando la complejidad de los fenómenos de inadaptación social y nuestra profesión ha debido extender su interés a la esfera del comportamiento grupal, ocupándose primordialmente de la interacción de los individuos con sus realidades sociales.

En primer lugar, la calidad de vida es un concepto clave y especialmente al relacionarlo al concepto de la calidad de sobrevivida de las pacientes con cáncer de mama, entendiéndolo como “el cómo va a seguir viviendo la mujer una vez operada”. Esto debería ser uno de los principales determinantes en las decisiones acerca del tratamiento y ayuda biopsicosocial, con el fin de causar el menor daño posible a la paciente o tener las herramientas y personal necesario y calificado para atender las demandas y necesidades emocionales, afectivas, económicas, etc que demanda la mujer y su familia. En este último punto la rehabilitación es de suma importancia, ya que no sólo se refiere a la recuperación física del miembro u órgano comprometido, sino que incluye además un trabajo multidisciplinario y asistencial orientado a brindar información y apoyo para que la paciente logre adaptarse a su nueva condición y a todas aquellas dificultades que pueden sobrevenir luego de la cirugía o del resto de los tratamientos involucrados en la recuperación de la salud. Y por último considera un aspecto de recuperación cosmética entendido como la posibilidad de utilizar una prótesis externa o de recibir reconstrucción mamaria. Esta última, es una importante opción para las mujeres que se someten a la mastectomía como tratamiento para el cáncer de mama. Puede hacerse al mismo tiempo de la mastectomía (Reconstrucción Inmediata) o ser un procedimiento secundario (Reconstrucción Diferida). En general, los médicos oncólogos del Hospital Clínico San Borja Arriarán que practican mastectomías plantean que la Reconstrucción Mamaria debe ser ofrecida a todas las mujeres que no son candidatas a la cirugía conservadora del seno con terapia de radiación debido a contraindicaciones médicas, que tienen cáncer en estadios I y II y que tienen una mayor expectativa de vida. Además, sugieren que las ventajas de la reconstrucción inmediata incluyen evitar un procedimiento de operación adicional, disminuyen el trauma psicológico y



mejoran los esfuerzos de los cirujanos para producir un resultado cosmético óptimo sin comprometer los aspectos oncológicos de la cirugía. En la actualidad en nuestro país hace muy poco tiempo que se han comenzado a realizar reconstrucciones, pero lamentablemente estas en general han sido diferidas las cuales se llevan a cabo varios meses o incluso años después de realizada la mastectomía. No obstante, es de vital importancia seguir promoviendo este tipo de rehabilitación, ya que proporciona a la mujer una mayor seguridad emocional que trae consigo una mejor imagen de sí misma.

Es necesario comprender también, la relación de la mujer con su sistema de apoyo, su etapa de desarrollo psicosocial al momento del diagnóstico y tratamiento, sus antecedentes en cuanto a adaptación a situaciones estresantes o difíciles del pasado y si esta enfermedad tendrá un efecto catastrófico o consolidador en la autoestima de la paciente. Por esto es importante conocer sus respuestas conductuales frente a un evento estresante, puesto que estas le permitirán manejar las demandas específicas externas o internas que la enfermedad le requiere.

La salud es una meta que impone serias exigencias, difíciles de alcanzar para toda la población en forma equitativa. Su actual definición significa un reto adicional al Trabajo Social, pues considera no sólo prevenir y tratar enfermedades con un enfoque familiar y comunitario, sino que además reconoce en forma práctica el aporte de las personas y organizaciones sociales en la gran tarea de lograr una mejor calidad de vida y salud para todos.

Ahora bien, el propósito fundamental del Trabajo Social en el área de la salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades para que éstos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de la salud y la rehabilitación de las enfermedades que los afectan.

La posibilidad de brindar apoyo individual, familiar y social a la mujer con cáncer de mama abarcaría no sólo el plano educativo y de prevención, sino también el que la paciente y su entorno más próximo, ya sean estos su pareja, hijos, familiares, amigos, etc, aprendan a afrontar sus problemas inmediatos como el dolor u otros efectos adversos del tratamiento, reducir el disconfort y los problemas económicos, laborales y emocionales. Con respecto a esto último, lograr expresar las emociones que surgen durante el proceso, enfrentar sus problemas psicosociales, contribuyendo de este modo a la adaptación de la persona no sólo en el plano individual sino también en el plano social. En otras palabras, la rehabilitación de la mujer con cáncer no sólo es física sino que integral, diciendo relación con la posibilidad de aceptar en mejor forma el diagnóstico del cáncer y los duros tratamientos que éste conlleva, entre los que se destaca la mastectomía. Lo fundamental es ayudar a la paciente a adoptar una actitud constructiva frente a la vida que le quede por delante y las posibilidades que ésta le depara, de modo que sea capaz de darle un sentido y de vivirla en plenitud.

Otro elemento a considerar es la necesidad de profundizar en el tema en una próxima investigación, utilizando cruces o técnicas complementarias, como historias de vida y entrevistas en profundidad, que permitan lograr un mayor conocimiento de la relación de pareja de las mujeres, saber cómo era ésta antes de la mastectomía y los mecanismos de defensa que ellas utilizan. Si bien, la investigación se enmarcó dentro del Sistema Público en el cual acceden personas de escasos recursos económicos, sería interesante indagar si los resultados obtenidos en este estudio varían o se mantienen en una muestra de un nivel socioeconómico más alto. Por otra parte, es importante homogeneizar la fecha postoperatoria con relación a la entrevista, ya que las respuestas o actitudes de las mujeres mastectomizadas pareciera diferir con relación al tiempo que ha pasado entre la operación y la entrevista. Al respecto, no se puede dejar de mencionar que la presente investigación presenta la limitación de ser un estudio transversal, lo que no permitió obtener mayor información respecto a las varias adaptaciones inesperadas que se ve obligada a encarar la mujer durante los períodos de diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, por lo cual se sugiere la implementación de

estudios longitudinales. Además, es necesario considerar que este estudio cuenta con una muestra de un número reducido debido a la dificultad de acceder al universo, lo que determina la imposibilidad de generalizar los hallazgos, se sugiere una investigación que abarque un mayor número de individuos.

Por último es preciso destacar que si bien el Trabajo Social durante muchos años sintió subestimado su aporte, ahora ha ido recuperando de a poco un sitio y rol importante dentro de las actuales políticas sociales. Específicamente en el área de la salud, queda mucho por hacer aún, ya que es preciso demostrar con bases sólidas al equipo médico que los individuos no son solamente un conjunto de órganos relacionados entre sí, sino que seres humanos que sienten, piensan y actúan de acuerdo a sus distintas formas de ser y circunstancias que les tocan vivir. Es decir, debemos ser capaces de visualizar a los pacientes como seres integrales con miedos, temores, angustias y problemas, ya sean estos emocionales, físicos, psicológicos, sociales, económicos o laborales. La labor del Asistente Social debe enmarcarse en la prevención, educación, información, apoyo, reinserción y tratamiento de los diferentes problemas o inquietudes que manifiestan o están latentes tanto en los pacientes como sus seres más cercanos, con relación al proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de cualquier enfermedad o discapacidad. Específicamente es necesario destacar el rol activo que tiene el Trabajo Social en la visualización de las necesidades sociales de una mujer con cáncer mamario. Dichas necesidades abarcan ayuda socio-emocional en las cuales se puede destacar: la necesidad de afecto, comprensión, empatía, estimación y aceptación; y además, la ayuda instrumental en la cual se destaca la posibilidad de entregar: consejería, información, ayuda familiar y económica, orientación y elaboración de documentación técnica propia de nuestro quehacer. Estas actividades pueden efectuarse, ya sea en forma directa, o bien indirectamente a través de la implementación y coordinación de redes de apoyo para estas pacientes, ejemplo de ello son los grupos de autoayuda o asistencia psicosocial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre, G. "Diagnóstico y evaluación en psicología de la salud" en Avila, A y Rodríguez, C. Editores *Psicodiagnóstico Clínico*. España: De Eudema 1992: 279 - 293
- American Cancer Society. "Oncología Clínica". U.S.A. 2da Edición. *Publicación Científica*, Cap 12, N° 559. 1996
- Arraztoa, J. Orlandi, L. "Avances en Oncología" Vol. III N° 1, *Soc. Médica de Santiago*, 1989.
- Arraztoa, J. "Algunos aspectos psicológicos en la terapia del enfermo canceroso". *Rev. Med. Chile* 1975; 103: 494 - 497.
- Arraztoa, J. "Sobre el tratamiento del cáncer". *Rev. Med. Chile* 1987; 112: 837 - 841.
- Asken, M. "Psychoemotional aspects of mastectomy: a review of recent literature". *Am. J. Psychiatry* 1975; 132 (1): 56 - 59.
- Asun Salazar. A y Estevez Valencia. R. "Las actitudes sociales". *Instituto Profesional IPEVE*, 1991.
- Avendaño, O. "Epidemiología y diagnóstico en patología mamaria" *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1979; Vol. XLIV (6): 341 - 343.
- Bayés, R. "*Psicología oncológica: prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer*" Barcelona: Ed.Martínez Roca, 1985.
- Bloom, J. "Psychological response to mastectomy: a prospective comparison study" *Cancer* 1987; 59: 189 - 196.
- Bodi, R y Giralt, J. "Principios de oncología radioterápica" *Rev. Sandorama* 1994; 3: 16 - 24.
- Bucher, R, Redovalho, J y Ferreira, T. "Influencias y estructuras psicológicas en cáncer de mama" *Acta Psiquiatrica. Psicol. Amer. Lat.* 1986; 32: 271 - 280.
- Dukes Cohen, Y y Meller Rosenblut, Y. "*Cirugía Estética e Imagen Corporal: una aproximación psicodinámica*" Tesis (Licenciatura en Psicología), Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; Santiago, Chile, 1991.

- Dumas, L. "Clínicas de enfermería de norteamérica" Vol 4 "*La salud de la mujer*"; Ed Interamericana, México, 1992.
- Eva, P. "Aspectos psicológicos y éticos del cáncer". En Arraztoa, J. Editor. *Cáncer; Diagnóstico y Tratamiento*. Santiago: Ed.Mediterraneo, 1997: 329 - 341.
- Floréz, A. "*La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*" España: Ed.Edika Med, 1994.
- Glasgow, M; Chansmall, E y Althausen, A. "Sexual response and cancer" cap 34 en *Cancer Nival*, Sixth Edition, American Cancer Society. Massachusetts Division, USA 1982.
- Goepp, C y Hammond, W. "*Terapia de apoyo del paciente canceroso*" B. Aires: Ed.Panamericana, 1977.
- Golberg, J. "*Psychoterapeutic treatment of cancer patients*" Estados Unidos, N.Y. Ed.Free press, 1981.
- Hernández, Fernández y Baptista. "*Metodología de la Investigación*" 1ra edición, México: Mc Graw Hill, 1991.
- Jaramillo, J. "*El Cáncer: Fundamentos de oncología, análisis del problema en Costa Rica*" San José - Costa Rica: Ed.de 1ra Universidad de Costa Rica. 1991. Vol 2.
- Kerlinger, F. "*Investigación del comportamiento*" 2da edición México: Mac Graw Hill, 1988.
- Labarca, R. "Aspectos psicológicos del paciente con cáncer" *Bol. Esc. Medicina PUC*, 1986; 17 (4): 27 - 30.
- Lazarus, R y Folkman, S. "*Estrés y procesos cognitivos*" Barcelona: Ed.Martínez Roca 1986.
- León, A. Baeza, R y Vives, E. "Cáncer de mama" cap 29. *Rev. Chilena de Cirugía* 46 (2): 158-162. 1992.
- Macgregor. "A social science approach to the study of facial deformities and plastic surgery". En Editor John Marquis. Converse M.D.W.B. Sanders *Reconstructive Plastic Surgery* 2da. Edición Philadelphia, 1977.
- Maguirre,G.; Lee, E.; Bevington, D.; Küchemann, C.; Crabtree, R., y Cornell, C. "Psychiatric problems in the first year after mastectomy" *British Medical Journal* 1978; 1: 963 - 965.

- Martín, M., Casado, A., López, J. Y Díaz, E. "Tratamiento del cáncer de mama" *Revista Sandorama* 1995; 1: 7 - 15.
- Matías, J., Blanco, A., Llorca, G., Montejo, A., Manzano, J. Y Díez, M. "Psicooncología: influencia de la percepción externa sobre los rasgos de personalidad en la mujer con cáncer" *Actas Luso - Esp. Neurol Psiquiatr.* 1995; 23 (1): 5 - 8.
- Mac Carthy, Barry y Emily. "*Intimidades de la Pareja: Cómo mejorar la vida en común*" España Barcelona: Ed.SerreS. 1995.
- Mac Lean, L. "*Reconstrucción mamaria con dorsal ancho*" Actualización en Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Santiago (Chile), Septiembre de 1995.
- Medina, E y Scendes, A. "Características epidemiológicas del cáncer en Chile" *Rev. Med. Chile* 1983; 111: 69 - 75.
- Medina, E., Marre, B., Yrarrazabal, M., Caris, L. y Medina, A. "Cáncer de mama en Chile" *Rev. Med. Chile* 1981; 109: 987 - 996.
- Meyer, E y Knorr, N. "Psychiatric aspects of plastic surgery". En Editor Jonh Marquis. Converse, M.D. Sanders, W.B. *Reconstructive Plastic Surgery*. 2da edition. Philadelphia, 1977.
- Middleton, J. "*Yo (no) quiero tener cáncer*" Santiago: Ed.Centro de desarrollo de la persona, 1991.
- Middleton, Rivas, Saavedra, Ducard y Saint - Jean. "Tratamiento integral de cáncer de mama en diez pacientes de nivel socioeconómico bajo" *Rev. Terapia Psicológica* 1985; 2 (3): 27 - 41.
- Ministerio de Salud. Chile División Programas de Salud. Departamento Epidemiología y Mortalidad por Cáncer en Chile 1989/1990. Santiago: MINSAL, 1992.
- National Cancer Institute. "*What you need to know about Breast Cancer*" National Institutes of Health, 1995 U.S.A.
- National Cancer Institute. "*Taking Time: Support for people with cancer and the people who care about them*" National Institutes of Health, 1996 U.S.A.
- Núñez, F. "Problemas psicológicos y psicopatológicos de las enfermas con tumores de la mama y de las mastectomizadas". En Urivuri, J. Editor "*La mama*" Buenos Aires: Prensa Médica Argentina, 1983: 740 - 742; 865 - 884.
- Olley, P. C. "Psychiatric aspects of referral" *Rev. Br. Medical Journal*, 1974; 3: 248 - 255.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y de la Familia de Venezuela. "Reunión Latinoamericana sobre la mujer, salud y desarrollo" *Bol. Of.Sanitaria Panamericana* 1988; 104 (6): 609 - 613.

Paéz, D. "*Salud Mental y factores psicosociales*" Madrid; Ed.Fundamentos, 1986.

Puga, M "Tratamiento conservador en cáncer de mama" *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología* 1983; XLVIII (1): 27 - 29.

Ravera, R.; Medina, E. Y López, I."Epidemiología del cáncer de mama" *Rev. Med. Chile* 1991; 119: 1059 - 1065.

Rosembaum, Salo, Ian Alger. "*La relación matrimonial*" Barcelona, Ed.Aura, 1970. Cap: VI - VII.

Ruiz Olabuenaga, José Ignacio. "*Metodología de la Investigación Cualitativa*" España, Universidad de Deusta, pag 15. 1996.

Sager, C. "*Contrato matrimonial y terapia de pareja*" Buenos Aires. Ed.Amorrortu, 1980.

Santin, C., Bellmunt, J. Y Olsina, J. "Principios de Cirugía Oncológica" *Rev. Sandorama*, 1994; 3: 25 - 32.

Saunders, C. "*Cuidados de la enfermedad maligna terminal*" Barcelona: Ed.Salvat, 1980.

Schain, W. "Self-Esteem, Sexuality, and Cancer Management". En Goldberg, J. "*Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*" New York: Ed.The Free Press 1981; 316 - 336.

Schain, W y Howards, S. "Sexual problems of patients with cancer" Sección 2 en *Cancer: Principles e practice of oncology* 4th. Edition; De Vita, V; Hellman, S y Rosenberg, S. Philadelphia, 1989.

Shávelzon, J. "*PSIQUE: Cancerología*" Buenos Aires: Ed.Científica Interamericana, 1992.

Schilder, P. "*Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*" Buenos Aires, Ed.Paidós, 1983.

Simonton, C., Matthews-Simonton, S. Y Creighton, J. "*Recuperar la Salud*" España: Ed.Raíces, 1990.

Sutherland, A. Y Orbach, C. "Psychological impact of cancer and cancer surgery". *Cancer* 1953; 6: 958 - 962.

Taylor, S.J y Bogdan,R. "*Introducción a los Metodos Cualitativos de Investigación*" Buenos Aires, Paidós Básica, 1994.

Ussher, J. *"The Psychology of the female body"* Ed.Routledge, London and New York, 1989.

Vitaltella, J. "Psiquiatria y Medicina Psicosomatica" cap. XVIII en *Enciclopedia de la Salud*, Editorial Alfredo Ortells. España, 1970.

Waintrub, M. "Aprendizaje del autoexamen de la mama" *Guía práctica para la mujer, detección precoz, prevención, manejo y seguimiento*. Santiago: Ed.Maval, 1990.

Wellisch, D., Schain, W., Noone, R y Little, J. "Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast" *Plastic and Reconstructive Surgery* 1985; 76: 713 - 718.



# ***ANEXOS***

## Parte A: Datos de Identificación

1.- Nombre Completo: \_\_\_\_\_

2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

4.- Estado Civil:            \_\_\_\_\_ soltera  
                                  \_\_\_\_\_ casada  
                                  \_\_\_\_\_ viuda  
                                  \_\_\_\_\_ separada  
                                  \_\_\_\_\_ casada por segunda vez  
                                  \_\_\_\_\_ otro

5.- Convivencia:            \_\_\_\_\_ permanente  
                                  \_\_\_\_\_ ocasional

6.- Nivel Educativo:            \_\_\_\_\_ básica incompleta  
                                      \_\_\_\_\_ básica completa  
                                      \_\_\_\_\_ media incompleta  
                                      \_\_\_\_\_ media completa  
                                      \_\_\_\_\_ superior técnica  
                                      \_\_\_\_\_ superior universitaria  
                                      \_\_\_\_\_ otro

7.- Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

## Parte B: Datos de la Pareja

1.- En la actualidad usted tiene una relación estable de pareja

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

En caso de que su respuesta sea afirmativa, señale desde cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

2.- Con respecto a su pareja indique:

Edad: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo:            \_\_\_\_ básica  
                                  \_\_\_\_ media  
                                  \_\_\_\_ superior  
                                  \_\_\_\_ otro

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

3.- Su pareja actual tiene conocimiento de su enfermedad

\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

4.- Como evaluaría usted la reacción de su pareja frente a su enfermedad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- Realizando un balance global indique, cómo evalúa usted la relación con su pareja:

\_\_\_\_ muy satisfactoria  
\_\_\_\_ satisfactoria  
\_\_\_\_ relativamente satisfactoria  
\_\_\_\_ insatisfactoria  
\_\_\_\_ muy insatisfactoria

## Parte C: Datos sobre la enfermedad

1.- Describa en qué consiste la enfermedad que tuvo usted a la mama \_\_\_\_\_

---

---

---

2.- En qué fecha fue diagnosticada su enfermedad:

---

3.- En qué fecha fue sometida usted a la cirugía:

---

4.- Tipo de Cirugía:       \_\_\_ mastectomía parcial  
                                  \_\_\_ mastectomía total extendida  
                                  \_\_\_ mastectomía radical modificada

5.- Tipos de Tratamientos que usted recibió por su enfermedad:

\_\_\_ quimioterapia  
\_\_\_ radioterapia  
\_\_\_ hormonoterapia

6.- Ha recibido usted algún tipo de ayuda o apoyo durante el tratamiento de su enfermedad

\_\_\_ si \_\_\_ no

De quién \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De acuerdo a los criterios definidos para seleccionar los casos se entrevistó a 12 mujeres entre los 30 y 60 años de edad, que hubieran sido sometidas a mastectomía parcial o radical.

En su mayoría son mujeres relativamente jóvenes, siendo la media de edad los 48 años, dueñas de casa con un bajo nivel educacional y socio- económico, con hijos en período escolar, casadas y con una convivencia permanente. Es decir, se trata de un grupo de mujeres homogéneo en términos de sus condiciones de vida.

En términos generales, las mujeres entrevistadas poseen una unión de pareja prolongada y estable, y una vida sexual activa.

**TABLA 2.1**

**Datos de Identificación**

No.	Nombre Completo	Edad	Fecha Nac.	Estado Civil	Convivencia	Nivel Educativo	Ocupación Actual
1	Judith Minoz Lobos	35	20-dic-62	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa
2	Lucia Fresia Jara Abarzua	38	10-feb-59	casada	permanente	media completa	Dueña de casa
3	Margarita Edit Jara Contreras	43	10-mar-54	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa
4	Doris Isolina Diaz Castillo	44	28-mar-53	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa
5	Nelida Flores Nunez	47	13-dic-50	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa
6	Luz Didier González	48	4-ene-48	casada	permanente	media completa	Dueña de casa
7	Ana Lastra Espinoza	48	23-jul-49	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa
8	Sonia Flores Moya	48	4-feb-49	casada	permanente	media incompleta	Dueña de casa
9	Lucia Edit Candia Zamorano	53	25-sep-44	casada	permanente	superior universitaria	Vendedora
10	Elena Ema Flores Munoz	54	7-dic-43	casada	ocasional	básica incompleta	Dueña de casa
11	Luz Aurora Rojas Espinoza	58	14-ago-39	casada	permanente	media completa	Vendedora
12	Olga Rosa Farias Farias	59	22-sep-38	casada	permanente	básica incompleta	Dueña de casa

El instrumento consto de un total de 39 ítems (test total). Los sub-test quedaron constituidos por el siguiente conjunto de ítem.

\* Sub-test I dimensión: Relación de Pareja, estuvo formado por 16 ítems, de los cuales 5 pertenecen al componente afectivo o emocional, 6 al componente cognitivo y 5 al componente tendencial o conductual de la actitud en estudio.

\* Sub-test II, dimensión: Actividad Sexual, la cual contemplo 9 ítems, de los cuales 3 son del componente afectivo o emocional, 2 del componente cognitivo y 4 pertenecen al componente de tendencia a la acción de la actitud en estudio.

\* Sub-test III, dimensión: Autoimagen, contenía un total de 14 ítems, 5 de ellos pertenecían al componente afectivo de la actitud en estudio, 6 al componente cognitivo y 3 al componente tendencial.

Las tres dimensiones, constaron de indicadores e ítems respectivos los que se presentan en la tabla siguiente:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>		
		<b>Emocional</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Conductual</b>
<b>Relación de Pareja</b>	Cariño	2 - 33	27 - 37	4
	Aceptación	3 -38	1 - 39	5 - 6 - 9
	Deseo Sexual	7	8 - 30	32
<b>Actividad Sexual</b>	Interés	26 - 31	25	28 - 29
	Aceptación	20	11	35 - 36
<b>Autoimagen</b>	Imagen Corporal	13 - 17 - 34	14 - 15 - 18 - 19	16
	Relación sexual post-cirugía	10 - 22	23 - 24	12 - 21

El test general contempló 39 ítems, presentados en forma de escalas; sus respuestas iban desde lo más positivo a lo más negativo; es decir, desde un totalmente de acuerdo a un totalmente en desacuerdo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

/-----/-----/-----/-----/-----/

Los sub-test se conformaron de los ítems pertenecientes a cada uno de los indicadores de la dimensión de la actitud en estudio:

\* La dimensión I, que corresponde a la Relación de Pareja, constituye el sub-test I, e incluye un total de 16 ítems, que se distribuyen a través de los componentes emocional, cognitivo y conductual.

\* La dimensión II del test se refiere a la actitud de la mujer hacia la Actividad Sexual; consta de un total de 9 ítems incluyendo los tres componentes señalados anteriormente.

\* La dimensión III, constituye el sub-test III; estudia la actitud de la mujer hacia su Autoimagen, y se conforma por un total de 14 ítems, referidos al componente emocional, cognitivo y conductual de la actitud mencionada.

En la siguiente tabla se presenta el total de ítems obtenidos para cada sub-test del instrumento:

<i>Dimensión</i>	<i>Item</i>			<b>Total</b>
	<b>Emocional</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Conductual</b>	
<b>Relación de Pareja</b>	5	6	5	16
<b>Actividad Sexual</b>	3	2	4	9
<b>Autoimagen</b>	5	6	3	14
				<b>39</b>



**Instrucciones para responder:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que usted debe contestar de la forma más sincera posible, eligiendo y marcando con una cruz una sola de las cinco alternativas por cada ítem. No existen respuestas buenas ni malas, por favor conteste absolutamente todas las preguntas:

Escala tipo Likert para medir actitudes

N°	ITEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
----	------	-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

- 1.- La unión de una pareja depende de la aceptación que tiene el uno por el otro.
- 2.- Siento cariño por mi pareja.
- 3.- Siento que mi pareja me acepta como compañera.
- 4.- Siento necesidad que mi pareja me entregue atención y cariño.
- 5.- Puedo hablar libremente sobre mi enfermedad con mi pareja.

N°	ITEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
----	------	-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

6.- Estoy dispuesta a ir con mi pareja a los controles para hacerlo participe de mi enfermedad.

7.- Me siento deseada por mi pareja.

8.- Tanto yo como mi pareja contabamos con una adecuada información sobre los cambios que ocurrirían en mi cuerpo producto de la cirugía.

9.- Evito el contacto sexual con mi pareja.

10.- Me siento menos femenina y atractiva sexualmente después de la cirugía.

11.- Mantengo relaciones sexuales con mi pareja para sentirme aceptada por él.

12.- Han disminuido mis relaciones sexuales con mi pareja después de la cirugía.

13.- Siento haber perdido algo de mi misma con la cirugía que me realizaron.

Nº	ITEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
----	------	-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

14.- Me preocupan las posibles consecuencias en mi cuerpo después de la cirugía.

15.- Estoy dispuesta a preocuparme por mi apariencia física después de la cirugía.

16.- Estoy dispuesta a usar algún tipo de prótesis después de la cirugía.

17.- Que me hayan sacado la mama o parte de ella me hace sentir menos mujer.

18.- Prefiero pensar en otra cosa cuando me acuerdo de mi nueva imagen corporal.

19.- Que mi pareja me acepte significa que siente pena por mí.

20.- El que mi pareja me acepte ayuda a aceptarme mejor a mí misma.

21.- He dejado que mi pareja me vea desnuda después de la cirugía.

22.- Me siento incómoda cuando mi pareja me observa desnuda.

N°	ITEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23.-	Logro aceptar mi nuevo cuerpo cuando me veo en el espejo.					
24.-	Las relaciones sexuales me ayudan a aceptarme como una mujer, sin importar mi nueva imagen corporal.					
25.-	El deseo sexual es algo natural en la pareja humana.					
26.-	Mi cuerpo es un obstáculo para mi actividad sexual.					
27.-	El cariño es importante en la relación de pareja.					
28.-	Estoy dispuesta a mantener actividad sexual después de la cirugía.					
29.-	Me siento demasiado enferma para mantener actividad sexual.					
30.-	Pensar en mi enfermedad, bloquea mi deseo sexual.					

N°	ITEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
31.-	Después de la cirugía ha disminuído mi interes por mantener actividad sexual.					
32.-	Siento necesidad de mantener actividad sexual con mi pareja.					
33.-	Mi compañero me quiere.					
34.-	Disfruto las relaciones sexuales despúes de la cirugía.					
35.-	Me siento igualmente capaz de complacer sexualmente a un hombre, después de la cirugía.					
36.-	Puedo gozar de la relación sexual despúes de la cirugía.					
37.-	Pienso con cariño sobre mi pareja.					
38.-	Mi pareja se preocupa por cosas que me ocurren.					
39.-	Que mi pareja me acepte, significa que me quiere.					

ANEXO N° 5

“Puntajes Escala de Actitudes Likert”

Nbre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma Total	Promedio	
A	5	5	4	4	5	4	3	3	4	4	4	3	2	3	4	5	5	2	4	5	3	3	4	4	5	5	5	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	154	3,95
B	5	5	4	5	5	3	5	3	3	1	4	1	2	5	5	5	1	4	4	5	5	4	5	2	5	4	5	5	3	4	3	5	5	2	5	2	5	5	5	154	3,95	
C	5	4	4	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	157	4,03	
D	5	3	1	5	1	5	4	1	1	2	5	3	1	5	5	5	5	1	1	3	1	1	1	5	5	4	5	5	1	5	4	4	2	2	5	2	3	3	4	124	3,18	
E	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	2	1	5	5	5	3	2	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	1	4	4	5	5	3	5	3	5	5	5	164	4,21	
F	5	5	3	4	1	1	3	2	2	3	5	2	3	4	4	5	4	1	5	3	1	1	1	2	4	4	5	4	2	5	2	2	3	2	4	4	4	3	3	121	3,10	
G	5	5	3	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	2	1	1	1	5	5	1	1	5	5	2	5	1	5	1	2	4	5	2	1	1	5	4	5	115	2,95	
H	5	5	5	5	4	5	5	2	4	1	4	1	4	2	5	5	5	4	5	5	1	1	1	5	5	4	4	5	1	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	154	3,95	
I	5	5	5	5	5	4	5	2	3	4	3	1	5	4	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	163	4,18	
J	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	173	4,44	
K	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	5	4	2	3	4	1	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	1	5	3	4	5	3	4	4	5	5	5	162	4,15	
L	5	4	5	5	5	5	3	5	3	2	3	3	1	4	5	5	3	2	2	4	5	1	3	3	5	3	5	3	3	1	1	3	4	3	3	3	5	5	5	138	3,54	
																				148,3																						

	Relación de Pareja												Total.
	Componente Emocional				Componente Cognitivo				Componente Conductual				
	Carino	Aceptacion.	Deseo Sexual.	Total.	Carino	Aceptacion.	Deseo Sexual.	Total.	Carino	Aceptacion.	Deseo Sexual.	Total.	
	9	8	3	20	10	10	7	27	4	13	4	21	68
	10	9	5	24	10	10	7	27	5	11	5	21	72
	8	8	5	21	8	9	9	26	5	13	4	22	69
	5	4	4	13	8	9	6	23	5	7	4	16	52
	10	10	5	25	10	10	9	29	5	12	5	22	76
	8	6	3	17	9	8	7	24	4	4	2	10	51
	10	7	1	18	10	10	2	22	5	11	4	20	60
	9	10	5	24	8	10	7	25	5	13	3	21	70
	10	10	4	24	10	10	9	29	5	12	4	21	74
	10	10	5	25	10	10	10	30	5	12	5	22	77
	10	10	4	24	10	10	9	29	5	11	4	20	73
	8	10	3	21	10	10	6	26	5	13	3	21	68
	8,9	8,5	3,9	21,3	9,4	9,7	7,3	26,4	4,8	11,0	3,9	19,8	67,5
Desv. Estandar	1,5	2,0	1,2	3,8	0,9	0,7	2,1	2,6	0,4	2,8	0,9	3,5	8,7
Moda	10,0	10,0	5,0	24,0	10,0	10,0	7,0	29,0	5,0	13,0	4,0	21,0	68,0
Mediana	9,5	9,5	4,0	22,5	10,0	10,0	7,0	26,5	5,0	12,0	4,0	21,0	69,5
Rango	5	6,0	4,0	12,0	2,0	2,0	8,0	8,0	1,0	9,0	3,0	12,0	26,0
Varianza	2,3	3,9	1,5	14,2	0,8	0,4	4,6	6,6	0,2	7,6	0,8	12,0	75,7
Mínimo	5,0	4,0	1,0	13,0	8,0	8,0	2,0	22,0	4,0	4,0	2,0	10,0	51,0
Máximo	10,0	10,0	5,0	25,0	10,0	10,0	10,0	30,0	5,0	13,0	5,0	22,0	77,0

		<u>Actividad Sexual</u>									Total
		Componente Emocional			Componente Cognitivo			Componente Conductual			
		Interés.	Aceptación.	Total.	Interés.	Aceptación.	Total.	Interés.	Aceptación.	Total.	
		8	5	13	5	4	9	6	8	14	36
		7	5	12	5	4	9	8	7	15	36
		8	4	12	4	4	8	6	8	14	34
		8	3	11	5	5	10	6	7	13	34
		9	5	14	5	5	10	6	8	14	38
		6	3	9	4	5	9	6	8	14	32
		4	5	9	5	1	6	6	2	8	23
		9	5	14	5	4	9	6	10	16	39
		8	4	12	5	4	9	6	10	16	37
		10	5	15	5	5	10	6	10	16	41
		8	4	12	5	5	10	6	8	14	36
		4	4	8	5	3	8	6	6	12	28
		7,4	4,3	11,8	4,8	4,1	8,9	6,2	7,7	13,8	34,5
Desv. Estandar		1,9	0,8	2,2	0,4	1,2	1,2	0,6	2,2	2,2	4,9
Moda		8,0	5,0	12,0	5,0	4,0	9,0	6,0	8,0	14,0	36,0
Mediana.		8,0	4,5	12,0	5,0	4,0	9,0	6,0	8,0	14,0	36,0
Rango		6,0	2,0	7,0	1,0	4,0	4,0	2,0	8,0	8,0	18,0
Varianza.		3,5	0,6	4,8	0,2	1,4	1,4	0,3	4,8	4,9	24,5
Mínimo		4,0	3,0	8,0	4,0	1,0	6,0	6,0	2,0	8,0	23,0
Máximo		10,0	5,0	15,0	5,0	5,0	10,0	8,0	10,0	16,0	41,0

		<u>Autoimagen.</u>									Total.
		Componente Emocional			Componente Cognitivo			Componente Conductual			
		Imagen Corporal	Relación Sexual Post-cirugía.	Total	Imagen Corporal	Relación Sexual Post-cirugía.	Total	Imagen Corporal	Relación Sexual Post-cirugía.	Total	
		11	7	18	13	8	21	5	6	11	50
		5	5	10	18	7	25	5	6	11	46
		12	8	20	14	8	22	4	8	12	54
		8	3	11	12	6	18	5	4	9	38
		7	7	14	17	8	25	5	6	11	50
		9	4	13	14	3	17	5	3	8	38
		4	2	6	12	6	18	2	6	8	32
		14	2	16	16	6	22	5	2	7	45
		9	7	16	16	8	24	5	7	12	52
		11	6	17	20	3	23	5	10	15	55
		10	8	18	17	8	25	1	9	10	53
		7	3	10	13	6	19	5	8	13	42
		8,9	5,2	14,1	15,2	6,4	21,6	4,3	6,3	10,6	46,3
Desv. Estandar		2,9	2,3	4,2	2,6	1,8	3,0	1,4	2,4	2,3	7,4
Moda		11,0	7,0	18,0	13,0	8,0	25,0	5,0	6,0	11,0	50,0
Mediana.		9,0	5,5	15,0	15,0	6,5	22,0	5,0	6,0	11,0	48,0
Rango		10,0	6,0	14,0	8,0	5,0	8,0	4,0	8,0	8,0	23,0
Varianza.		8,4	5,2	17,4	6,5	3,4	8,8	1,9	5,7	5,4	54,8
Mínimo		4,0	2,0	6,0	12,0	3,0	17,0	1,0	2,0	7,0	32,0
Máximo		14,0	8,0	20,0	20,0	8,0	25,0	5,0	10,0	15,0	55,0

## *ANEXO N°6*

### *Nomina de Expertos que validaron los instrumentos de recolección de información*

*Sra. Margarita Valdés*, Asistente Social, Jefe Unidad de Servicio Social, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

*Sra. Ana María Larach*, Asistente Social, Servicio de Ginecología, Maternidad y Neonatología Hospital Clínico San Borja Arriarán.

*Srta. Alicia Niffuri*, Asistente Social, Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Sra. Ana María Pacheco*, Psicóloga Clínica, Terapeuta Familiar, Especialista en atención a pacientes Oncológicos. Universidad Central de Chile.

*Sr. Eduardo González*, Psicólogo Clínico, Terapeuta Familiar, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

*Sr. Roberto Polanco*, Psicólogo Clínico, Terapeuta Familiar. Universidad Central de Chile.