

“El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y sus repercusiones en el ser y hacer de un grupo de mujeres mexicanas”

García-Valenzuela María Leticia Rubí. Alcántar- Zavala Ma. Lilia Alicia.
Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Morelia, Michoacán. México. E-mail: letyrubigv@yahoo.com.mx

Resumen: Objetivo. Identificar los aspectos personales que se ven modificados, en un grupo de mujeres mexicanas, a partir de la cirugía por cáncer de mama. Metodología, estudio cualitativo, con referenciales socio culturales y del Interaccionismo Simbólico, en una muestra de 20 mujeres que fueron sometidas a cirugía como tratamiento del cáncer de mama, se entrevistaron a profundidad, realizando análisis de contenido de los datos obtenidos. Resultados. Se identificaron unidades temáticas convergentes en la auto-imagen, auto-estima y relación de pareja. Así, antes de la cirugía, se sintieron satisfechas con sus cuerpos, felices por cumplir papeles sociales principalmente el de mujer y madre, observando una desvalorización de la identidad. Después de la cirugía presentaron actitud de superación, auto-cuidado, reconociendo el soporte social . En el otro extremo, se identifica la presencia de luto inconcluso, aislamiento y estigma manifestado como la percepción de ser estigmatizadas por los otros, pero también ellas mismas como generadoras del estigma, también se manifestó desesperanza e incerteza. La relación de pareja antes de la cirugía, se caracterizó como una aproximación social y sexual. Después de la cirugía, persistió la proximidad conyugal, el soporte social que fue ampliamente valorado por ellas, haciendo referencia al distanciamiento sexual en algunas ocasiones propiciado por la misma mujer. Conclusión. El tratamiento generó estrés personal y alteración en la lógica de un cuerpo perfecto, completo, en el cual se sustentaba la satisfacción personal y bienestar. El equipo de profesionales de la salud requiere brindar apoyo para generar cambios y fortalecer a la mujer, en su ser y hacer, después de la cirugía por cáncer de mama.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de cáncer en general, y el cáncer de mama en particular, generan situaciones de incertidumbre extrema y desequilibrio psico social en la mujer, representando para quienes lo padecen, un sufrimiento

materializado de diferentes formas, en diferentes momentos. La mastectomía, que se realiza como parte del tratamiento del cáncer de mama, altera el estilo de vida de las mujeres sometidas a ella, especialmente en la reducción de su auto-estima y alteración de la identidad femenina, con repercusiones en el relacionamiento conyugal por sentirse menos mujer y no más deseadas sexualmente ⁽¹⁾.

En el Estado de Michoacán, en México, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad entre las mujeres michoacanas mayores de 25 años, lo que ha llevado a una reorientación del programa de salud de la mujer.

Actuando como parte del equipo multiprofesional que atiende a las mujeres con cáncer de mama, se percibió la gran necesidad de conocer, más allá de lo que la enfermedad ocasiona en el cuerpo de la mujer a la cual se le ha realizado una mastectomía, pues este procedimiento, y el cáncer de mama, alteran de forma importante los estilos de vida en las dimensiones psicológica, emocional y social.

Cáncer de mama y calidad de vida

En el escenario mundial, el cáncer de mama es considerado como el segundo tipo de cáncer más común en la mujer. Contrariamente al cáncer de cuello del útero, el cáncer de mama se encuentra relacionado estrechamente con el proceso de industrialización de la sociedad, con un riesgo de prevalencia altamente asociado al elevado nivel socio – económico, además de otros factores de riesgo clásicamente descritos, respecto a la baja o nula paridad, edad precoz de la menarca y tardía de la menopausia, presencia de obesidad, consumo de tabaco y alcohol así como otros relacionados con los estilos de vida ⁽²⁾. Datos de la American Cancer Society ⁽³⁾ apuntan que la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama sobrevivirán, en virtud de la detección precoz por medio de la introducción de la mamografía para rastreamiento, de la intensificación de campañas de comunicación masiva en las cuales se invita a la mujeres a auto-examinarse las mamas, considerando la evolución y de la oferta de tratamientos adecuados como son la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y cirugías cada vez menos radicales, con oportunidad de mejora en la sobrevivencia, que alcanza una tasa de sobrevivencia de 5 años para 100 por ciento de los cánceres “in

situ” y de 93 por ciento para la enfermedad localizada. Estos datos evidencian la necesidad de relacionar el tratamiento del cáncer de mama con la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, haciendo eco a los nuevos paradigmas que influenciaron las políticas y las prácticas del sector salud en las últimas décadas, en las cuales, la salud y la enfermedad configuran procesos comprendidos como un continuum, relacionando los aspectos económicos, socio – culturales, la experiencia personal y los estilos de vida. Así, la mejoría de la calidad de vida pasó a ser uno de los resultados esperados, tanto de las prácticas asistenciales como de las políticas públicas para el sector en los campos de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades ⁽⁴⁾.

El cáncer de mama: la dimensión sociocultural

Para conocer la relación que se establece entre la forma en que las personas viven sus cotidianos y el estado de salud, se requiere comprender cómo la cultura ejerce influencia en la determinación del estado salud – enfermedad de las personas.

El concepto de cultura, en la perspectiva antropológica, ofrece un modelo de significados transmitidos históricamente, caracterizado por símbolos, por un sistema de concepciones heredadas, expresados en forma simbólica, por medio de los cuales los seres humanos se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y actividades en relación a la vida ⁽⁵⁾. De esta manera, la perspectiva antropológica, tiene como finalidad ampliar el universo del discurso humano, aspirando a la instrucción, al entretenimiento, al consejo práctico, al progreso moral y a descubrir la orden natural de la conducta humana. Tratándose el concepto semiótico de cultura; entendida como sistemas en interacción de signos o símbolos interpretables.

La cultura no es una entidad, algo a lo que pueda atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible ⁽⁶⁾. Así, el concepto que las personas forman de sí mismas, o

sea la auto-imagen, influye determinantemente en la interacción de ella con los otros.

Por otro lado, se considera que, la respuesta emocional para una herida que desfigura o evidencia la pérdida de un órgano, ejerce una influencia significativa sobre la capacidad de la persona afectada para reintegrar su imagen corporal. La forma en la cual la persona percibe su cuerpo también puede influir significativamente en el auto-concepto sexual, y consecuentemente, en el comportamiento sexual. Delante de estas consideraciones, en el presente trabajo se busco conocer cómo la mastectomía practicada como tratamiento del cáncer de mama, interfiere en la auto-imagen, auto-estima y la relación de pareja de las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a este procedimiento quirúrgico como parte del tratamiento.

Objetivo:

Identificar los aspectos personales que se ven modificados, en un grupo de mujeres mexicanas, a partir de la cirugía por cáncer de mama.

Material y métodos:

Población en estudio.- Formaron parte de este estudio mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, mastectomizadas con más de un año de cirugía, mayores de 18 años, con compañero sexual y que estuvieran asistiendo a control médico al Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO) en Morelia, Michoacán, México. Para la selección de la muestra, se realizó una caracterización de las mujeres registradas como usuarias de primera vez o ingreso a la clínica de mama, durante los años 2004, 2005 y 2006, revisando un total de 259 expedientes clínicos. De este universo, se identificó a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, después se verifico la fecha en que la mujer debía asistir a su consulta de control para invitarla al estudio y agendar la entrevista, explicándoles los objetivos de la investigación y obteniendo su consentimiento libre y esclarecido para participar. Como procedimientos metodológicos, se obtuvo la aprobación, para el desarrollo de la presente investigación, por el comité de Ética de la

Facultad de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, por la Dirección, el Departamento de Enseñanza e Investigación del Centro Estatal de Atención Oncológica y del Jefe de la Clínica de mama del CEAO, donde fue realizada. Después de la actualización de datos y antecedentes generales obtenidos del expediente clínico, se realizaron las entrevistas.

La colecta de los datos fue realizada por medio de entrevistas estructuradas, siguiendo el formato de Clapis ⁽⁷⁾, y observaciones realizadas por la investigadora; para recabar los datos de los expedientes clínicos de las pacientes, se elaboró un formato específico.

Resultados y discusión:

Caracterización de la muestra. La muestra fue constituida por 20 mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 38 y 67 años de edad, 9 (45%) de ellas tuvieron menos de 45 años. Con respecto al estado civil, 16 (80%) mujeres eran casadas y las 4 restantes no tenían compañero sexual en el momento del estudio, refiriendo 2 (10%) de ellas ser separadas, 1 soltera y 1 (5%) madre soltera. El grupo estudiado reveló una baja escolaridad, en virtud de que la mayoría de las participantes no terminó los estudios a nivel de educación primaria. Llama la atención que 2 (10%) mujeres se identificaron como analfabetas, y sólo 2 (10%) concluyeron estudios a nivel profesional pero no ejercen la misma. En lo que se refiere a la ocupación 15 (75%) mujeres se identificaron como amas de casa, de las restantes, 2 (10%) refirieron trabajar como empleadas de tiendas comerciales, 2 (10%) empleadas domésticas y 1 (5%) comerciante de alimentos. Respecto a la historia reproductiva de las estudiadas, la edad de la menarca varió de 10 a 16 años, así, la mayoría, 11 (55 %) refirió 13 años de edad o menos al presentarla. En cuanto al ciclo menstrual, 6 (30%) de las mujeres estudiadas estaban aún menstruando aunque en forma irregular, y las demás 14 (70%) refirieron haber tenido la menopausia entre 38 a 52 años de edad. De estas 11 (55%) terminaron su ciclo reproductivo en edad hasta 50 años. El inicio de la actividad sexual de las participantes de este estudio varió de 13 a 45 años, cabe resaltar que una de ellas se identificó como no haber tenido tal experiencia. Así

tenemos que, 9 (45%) de las mujeres relataron la iniciación sexual antes de los 20 años, 9 (45%) entre los 20 y 30 años y 1 (5%) inició a los 45 años. Con respecto a la paridad 4 (20%) de las estudiadas nunca se embarazaron y las restantes tuvieron de dos a siete gestaciones con una media de 3.45 y mediana de 3 gestaciones. Cabe resaltar que 2 (10%) mujeres refirieron haber tenido tres abortos cada una de ellas. En cuanto al número de hijos vivos, 11 (55%) de las mujeres estudiadas reportaron haber tenido de 2 a 4 hijos, 2 (10%) tuvieron 6 hijos. La edad de las mujeres estudiadas cuando tuvieron el primer hijo varió de 14 a 28 años, revelando que todas iniciaron su paridad en periodo de menos riesgo al cáncer de mama de acuerdo a la bibliografía. Por otro lado, todas las mujeres que tuvieron hijos, los amamantaron por un periodo de 6 a 36 meses a cada hijo. Los datos también revelan que, de una manera general, las estudiadas presentaron comportamientos preventivos en relación a su salud sexual. Esto porque 18 (90%) de ellas refirieron realizase prueba de Papanicolau de forma regular, mientras que sólo 2 (10%) manifestaron nunca haberse sometido a este examen. De las 20 mujeres estudiadas, sólo seis (30%) refirieron tener antecedentes heredo-familiares de cáncer. En cuanto a la localización del cáncer de mama en las estudiadas 10 (50%) lo presentaron en la mama derecha y 10 (10%) en la izquierda. En cuanto al tiempo de operada de mastectomía por el cáncer de mama, este varió de 1 año y dos meses de operada a cuatro años; la mayoría de ellas, 11 (55%) refirió hasta dos años de periodo pos- cirugía. Las 20 (100%) mujeres fueron sometidas a tratamiento con quimioterapia, 17 (85%) recibieron radioterapia, y a 16 (80%) les indicaron hormonoterapia.

En el rescate de la memoria de los testimonios y de la reflexión que las mujeres estudiadas hicieron, respecto a las características de su vida antes y después de la mastectomía, encontramos elementos positivos, que fortalecieron su auto-imagen, auto-estima y el relacionamiento de pareja, y otros negativos, que disminuyen la calidad de vida en estos aspectos. La auto-imagen es conceptualizada, como el reflejo que se tiene que sí mismo, no solamente el cuadro mental que alguien hace de sí, más también la actitud que se tiene frente a

su cuerpo, con las respectivas partes que lo integran así como con sus funciones. La auto-estima es referida como el valor atribuido a la propia persona, siendo definida como el grado de valor, respeto y amor que los individuos sostienen en relación a sí mismos como seres humanos únicos en el mundo ⁽⁸⁾. Así, la mayor parte de las mujeres estudiadas hizo una evaluación positiva en relación a su auto-imagen y auto-estima antes de la mastectomía, pues se sentían satisfechas con el propio cuerpo, portadoras de una identidad perteneciente a un género, el género femenino, representado por un cuerpo completo y estéticamente armonioso, considerándose con aptitud para aquellas actividades relacionadas al sexo. Se observó que eran felices por cumplir sus papeles sociales destinados a ellas, como mujeres que poseen un estatus social, y que al cumplen con las expectativas sociales, ellas se sintieron plenas y satisfechas elevando su calidad de vida.

Pero también se observaron antes de la mastectomía, aspectos que no favorecieron su calidad de vida en cuanto a la auto-imagen y auto-estima, tales como la devaluación de la propia identidad, la cual ⁽⁹⁾ es un elemento clave de la realidad subjetiva formada por procesos sociales, que se mantiene, modifica o remodela por las relaciones sociales y los procesos determinados por la estructura social. En esa perspectiva, las mujeres estudiadas anuncian que tuvieron que cambiar la lógica en la cual sostenían su identidad. Esa lógica dirigida al cuerpo completo y que, tras la mastectomía, tuvieron que modificar, pues no tendrían más, la sustentación de la concepción de una identidad llena de satisfacción personal y social. Por lo tanto, debieron adoptar cambios que las ayudaron a constituir sus nuevas identidades sociales relacionadas con la enfermedad del cáncer de mama. Así, después de la mastectomía, la búsqueda de mecanismos de superación, implementar o fortalecer estrategias de auto-cuidado, el contar con soporte social, principalmente el que percibieron de la familia, religión, vecindad etc. y especialmente el proceso de duelo por la pérdida de la mama, el aislamiento social, el estigma generado por la enfermedad y la situación de incertidumbre sobre la cura de la enfermedad, fueron todas ellas prácticas sociales e instituciones constituidas y constituyentes de su nueva identidad. La bibliografía

refiere ⁽¹⁰⁾ que, estas prácticas sociales e instituciones “fabrican” los sujetos, en una alegoría de que las identidades son siempre construidas y no son dadas o acabadas en un determinado momento. En este sentido, se puede decir que los hallazgos de este estudio reafirman que las identidades están siempre constituyéndose, y por lo tanto, son objeto de transformación como aconteció con las mujeres aquí estudiadas. Sobre la calidad de sus relacionamientos de pareja o conyugales antes y después de la mastectomía, las narraciones de las estudiadas permitió considerar que tanto en la dinámica del género como la dinámica sexual, se observan identidades constantemente construidas, en evolución constante⁽¹¹⁾ y así, en la dinámica de las relaciones conyugales, fue posible entender que la sexualidad se constituye a partir de múltiples discursos que regulan, norman e instauran saberes, produciendo verdades. Se encontró que para la mayoría de las mujeres estudiadas, la conyugalidad antes del cáncer de mama estuvo caracterizada por insatisfacciones y que después de la enfermedad, casi la totalidad de ellas anunció insatisfacciones de diferentes órdenes, observando que el relacionamiento conyugal estuvo permeado por relaciones que promovieron mucho estrés personal reflejado sobre todo en su calidad de vida. Los rasgos que caracterizaron este aspecto del relacionamiento conyugal son comúnmente encontrados en poblaciones como la estudiada, con características de ser una sociedad que conserva un sistema de reglas y concepciones culturales rigurosos respecto a la diferencia de estatus social y sexual del hombre y la mujer, pero muchas veces se instalan y convive la pareja con actitudes de compañerismo, de solidaridad, de prodigarse cuidados recíprocos, observándose en ocasiones que los cónyuges rivalizan en atención, generosidad y benevolencia del uno con el otro, marcando las formas de una existencia, que en general es considerada como humana y racional ⁽¹²⁾. Por otro lado, se comprende que existe cierto deseo fundamental y primitivo en el ser humano por el placer sexual, y que ese deseo concierne y se relaciona tanto con la aproximación física, como con el compartir la existencia o vida conyugal. Los aspectos encontrados en este estudio, respecto al distanciamiento conyugal, expuesto por las estudiadas, se manifestaron representados también por la carencia de placer en las relaciones sexuales, y la

concepción de la mujer de sostener los encuentros sexuales solo como una obligación y medio para mantener su estatus social de mujer casada, lo que evidencia la existencia o predisposición para una ruptura conyugal. Si la vida de pareja es considerada como el medio para establecer o constituir una comunidad perfecta, se refiere también que las relaciones sexuales y los placeres compartidos y asumidos en común constituyen un factor de aproximación entre los compañeros sexuales. La relación sexual, en la vida conyugal, debe servir como instrumento para la formación y desarrollo de relaciones afectivas simétricas y reversibles. La conyugalidad es entonces, para la actividad sexual, la condición de su ejercicio legítimo ⁽¹³⁾, pero también legitima aquello que tiende a compartirse en la vida de pareja. Así, la relación entre los sexos forma parte del mismo plano racional en que las relaciones conectan dos individuos entre sí por el interés, por el afecto, amor y por la comunidad de las almas, lo que se observó en las mujeres aquí estudiadas como características que favorecen la calidad de vida y fortalecieron el relacionamiento conyugal.

Conclusiones.

Los resultados del presente estudio posibilitaron verificar que para el grupo de mujeres estudiadas el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama interfirió sobremanera en la calidad de vida de las mujeres estudiadas, especialmente en la conformación de sus identidades de género y sexual. Que la lógica del cuerpo perfecto, armonioso y completo no sería más la sustentación para la concepción de satisfacción personal y social, por lo que tuvieron que observar cambios o implementar algunas estrategias para presentarse socialmente con sus nuevas identidades, incluyendo las prácticas sociales e instituciones involucradas en ese proceso de reconstitución social de identidad. Fue posible identificar que la conyugalidad vivida por ellas estuvo permeada de relaciones que promovían mucho estrés personal y sufrimiento, así como el establecimiento de relaciones sexuales desprovistas de deseo y placer, vivenciándolas solamente como una obligación o como medio para mantener su posición social en la relación conyugal. Que la omisión de búsqueda por diagnóstico y tratamiento de los problemas

relacionados a la esfera de la sexualidad femenina puede contribuir para una baja calidad de vida como identificamos en algunas de las mujeres estudiadas. Por lo tanto, la inserción de instrumentos o formas de identificación y evaluación de la auto-imagen, auto-estima y el relacionamiento conyugal debe formar parte de la planeación de atención integral a este grupo de mujeres. Y que, en esta búsqueda por la superación y supervivencia de la enfermedad y sus tratamientos, ofrece una buena oportunidad para que el equipo multiprofesional que atiende este grupo de mujeres instaure y fortalezca un programa de rehabilitación integral que incluya actividades individuales y grupales que ayuden a fortalecer la calidad de vida de las mujeres aquejadas, sobre todo en los aspectos referidos en este estudio.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, auto-imagen, auto-estima, relacionamiento conyugal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva, R.M. Mamede, M.V. O conviver com a mastectomia. Fortaleza, Ed. Gráfica, LCR, 1998.
2. Guerra, M.R.; Gallo, C.V.M.; Mendonça, G.A.Z. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev. Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(3):227 – 234.
3. American Cancer Society, In: <http://www.cancer.org/docrot/MED>. 2002
4. Fleury. E.M. Da. Costa Zannon C.M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. 20 (2) p. 580 – 588, março – abril, 2004.
- 5 – 6 Geertz, C. La interpretación de las culturas. Editorial Gedisa. Undécima reimpresión, Barcelona, España. 2001.
7. Clapis, M.J. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama – uma perspectiva de gênero. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Brasil, 1996.
8. Bertero, C.M.: Affected self – respect and self – value: The impact of breast cancer treatment on self – esteem and QoL: Rev. Psycho – Oncology II: 356 – 364 (2002) Published online.

9. Berger, P.L.: Luckmann, T. A construção social da realidade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 247 p.

10-11 Louro, G.L. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pos-estruturalista. 2ª ed., Editora Vozes. Rio de Janeiro, 1998. 179p

12 – 13 Foucault, M; Historia da sexualidade. 3: O cuidado de si. Tradução de Maria Thereza da costa Albuquerque e J.A.G.A. 4ª edição. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985