

Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizadas de la ciudad de Palmira, Colombia

Psychosocial consequences in a group of mastectomy patients from Palmira, Colombia

Consequências psicossociais em um grupo de pacientes mastectomizadas em Palmira, Colômbia

COLCIENCIAS TIPO 5. REPORTE DE CASO

RECIBIDO: OCTUBRE 25 DE 2012; ACEPTADO: DICIEMBRE 5, 2012

Pedro Nel Beitia Cardona, M.Sc

beitia99@hotmail.com

Juan Takeji Salazar Aparicio, MD

jtsalazar@hotmail.com

Mercedes Benavides Portilla, M.Sc

mercebenavides@hotmail.com

Andrés Mauricio Tafurt Tabares, MD

andres_tafurt@hotmail.com

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

Según la OMS y varios centros de investigación sobre cáncer^{1,2,3,4}, el cáncer de mama es uno de los de mayor incidencia en la población femenina. En Colombia, su frecuencia pasó del quinto al segundo lugar entre 1972 y 2005⁵. El aumento progresivo de su incidencia y el elevado nivel de mortalidad han aumentado el número de mujeres que se someten a la mastectomía como tratamiento¹². Si bien la extirpación del seno logra algunas veces terminar el cáncer en esta área del cuerpo, en muchas mujeres deja secuelas psicológicas de consideración. El estudio se realizó con doce mujeres –entre 41 y 63 años– mastectomizadas; en él se midieron variables que permitieron determinar las consecuencias psicosociales. Entre los principales resultados se destacan: 50% manifestó sentirse moderadamente afectas tras el procedimiento; 75% no percibió rechazo alguno; 33.3% experimentó cambios reflejados en su vida sexual (75%) y en las demostraciones de afecto en general (25%). En contraste con lo reportado por la literatura, se encontró que un alto porcentaje (66.7%) siente que es físicamente tan atractiva como antes y 83.3% considera que su vida volverá a ser la de antes.

Palabras Clave

Cáncer de mama; mastectomía; consecuencias psicosociales.

Abstract

According to WHO and several research on cancer centers^{1,2,3,4}, breast cancer is one of the highest incidences in the female population. In Colombia, the frequency dropped from fifth to second place between 1972 and 2005⁵. The progressive increase in incidence and the high level of mortality have increased the number of women undergoing mastectomy as a treatment¹². While removal of the breast, sometimes, means the end of cancer in this body area, many women got psychological sequelae. The study was conducted with twelve women, between 41 and 63 years-mastectomy; it includes variables to measure psychosocial consequences. The main results are: 50% said she was moderately affected after the procedure, 75% did not receive any rejection, 33.3% experienced changes reflected in your sex life (75%) and in the displays of affection in general (25%). In contrast to those reported in the literature, it founds as a high percentage (66.7%) feels physically as attractive as before and 83.3% believe their life will come as before.

Keywords

Breast cancer; mastectomy; psychosocial consequences.

Resumo

De acordo com a OMS e várias pesquisas em centros de câncer^{1,2,3,4}, o câncer de mama é um dos de maior incidência na população feminina. Na Colômbia, a frequência caiu de quinto para o segundo lugar entre 1972 e 2005⁵. O aumento progressivo na incidência e ao elevado nível de mortalidade tem aumentado o número de mulheres submetidas a mastectomia como treatment¹². Embora a remoção da mama, por vezes, significa que o fim de cancro nesta área do corpo, muitas mulheres tem sequelas psicológicas. O estudo foi realizado com 12 mulheres, entre 41 e 63 anos-mastectomia, que inclui variáveis para medir consequências psicossociais. Os principais resultados são: 50% disseram que ela estava moderadamente afetados após o procedimento, 75% não receberam qualquer rejeição, 33,3% mudanças experientes refletidas em sua vida sexual (75%) e nas demonstrações de afeto em geral (25%). Em contraste com os relatados na literatura, funda como uma percentagem elevada (66,7%) sente fisicamente tão atraente como antes e 83,3% acredita que a sua vida virá como antes.

Palavras chave

Cáncer de mama; mastectomia; sequelas psicológicas.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es uno de los principales tipos de cáncer que afectan a nivel mundial a la población femenina, según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y diferentes centros de investigación sobre cáncer^{1,2,3,4} a nivel mundial. Es el tumor cuya tasa de incidencia ha crecido más en los últimos 30 años. Esto se refleja en Colombia, donde pasó del quinto al segundo lugar en frecuencia entre 1972 y 2005⁵. En los Estados Unidos de América, actualmente se constituye como el cáncer con mayor número de nuevos casos (26% de los nuevos casos de neoplasias por año)^{6,7,8}.

La mortalidad por cáncer de mama en Colombia ha mostrado un incremento constante en las dos últimas décadas, con una tasa aproximada de 30 por 100.000 mujeres⁹. De acuerdo con las bases de datos de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] pasó de 3,5 por 100.000 habitantes en 1981 a 6,8 por 100.000 habitantes en 2000^{10,11}. Según datos del registro poblacional de cáncer de Cali, se ha determinado que la tasa de incidencia de cáncer de seno prácticamente se ha duplicado y que la mortalidad se ha incrementado considerablemente⁵.

Como consecuencia del aumento progresivo de la incidencia y mortalidad causadas por el cáncer de mama, en la actualidad ha aumentado el número de mujeres sometidas a mastectomía como tratamiento para combatir la enfermedad¹². Si bien la extirpación del seno se convierte algunas veces en el fin del cáncer en esta área del cuerpo, en muchas mujeres deja secuelas psicológicas de consideración.

Además, sin importar el tipo de cáncer, la noticia implica sentimientos de ansiedad, miedo, frustración, impotencia; pero, en las mujeres, el cáncer de mama implica también el miedo a perder parte de su identidad, lo que genera que sus efectos psicológicos en ellas sean mucho más elevados que los de otros diagnósticos de cáncer, debido a la posibilidad de tener que llegar a una mastectomía.

Atendiendo a la comprensión de los efectos psicosociales de la mastectomía, en Cuba se realizó el estudio *Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes con cáncer de mama*, el cual evidenció que el tipo de cirugía más utilizada fue la no conservadora, de por sí altamente generadora de ansiedad y depresión en las pacientes. El estudio concluyó que cerca de la mitad de las mujeres

mastectomizadas presentaron algún grado de afectación psicológica, siendo las más frecuentes: la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad. Esta cicatriz visible unida a la ausencia de la mama, mueve su mundo emocional generalmente hacia el sentido de la depresión y la autoestima devaluada, deteriorando su calidad de vida, máxime conociendo el gran valor que le da la mujer a su imagen corporal. Otro estudio realizado en Cuba demuestra que la cirugía conservadora ocasiona menor número de afectaciones psicológicas y por tanto eleva la calidad de vida¹³.

En Puerto Rico el estudio *Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones Psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas* también revela inconvenientes psicosociales tras una mastectomía; comprobó que estas mujeres indican insatisfacción con respecto a su imagen corporal, miedo al rechazo y al abandono, necesidad de aprobación social, baja autoestima y dificultades sexuales que se relacionan con la manera en que perciben su cuerpo¹⁴.

En cuanto a la actitud frente a la mastectomía, el estudio *Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical y de conservación* realizado en Lima (Perú) en 2010, concluyó que el grupo de cirugía radical presentó una media significativamente más elevada en la cólera manifiesta, en comparación con la conservadora¹⁵.

Las mujeres muchas veces deben afrontar todo esto solas, pues reciben poco apoyo psicológico de las instituciones de salud, de sus familiares y amigos, dado que las mamas están culturalmente cargadas de simbolismo. Lo anterior, presupone que la mujer tras enfrentarse a la noticia de padecer un cáncer de mama, debe someterse a la mutilación de una mastectomía y a sus consecuencias psicosociales, sin ningún tipo de acompañamiento profesional.

Un estudio en Costa Rica, *Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y la mastectomía*, comprobó la poca o nula ayuda social y psicológica que ellas reciben. Las pacientes manifestaron que no les gusta ir a los grupos de apoyo porque en ellos no se exteriorizan las actitudes positivas, sino las negativas, complicando aún más la situación. Según lo manifestado por la población en estudio, la compañía de otras mujeres mastectomizadas, que debería ser un punto de apoyo al problema, es para ellas deprimente ya que confirman, por lo planteado por las demás, sus propios desajustes emocionales, familiares y sociales, y el sentimiento de pertenecer a una casta

marginada, que paga un alto precio por mantenerse aún con vida. Un 85% interpretaron la ablación del seno como una agresión y la mutilación de su feminidad, considerando incluso algunas (10%) que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento fatídico¹⁶. Esto demuestra la correlación que existe para las mujeres entre la mama y su estado psicológico.

Al respecto, La Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] desarrolla desde 1987 un programa de atención integral, *Mucho por Vivir*, dirigido a atender las necesidades psicológicas, sociales y de rehabilitación física (linfedema) de las pacientes operadas de cáncer de mama. Dicho programa reconoce que, a las consecuencias psicosociales propias de la noticia de padecer esta enfermedad, cuando el tratamiento es la mastectomía suelen aparecer problemas adicionales referidos al daño en la autoestima femenina e imagen corporal, como miedo y preocupación ante la posible recidiva de la enfermedad. En segundo lugar, es frecuente la aparición de dificultades de ajuste social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja y sexuales, que dificultan la adaptación de la mujer a su nueva situación. Mediante estudios realizados por la Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], sobre los beneficios obtenidos, se ha podido constatar que la intervención psicológica individual ha contribuido eficazmente a la mejora del bienestar emocional de las mujeres operadas de cáncer de mama. Se han encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión, así como una notable mejora en la calidad de vida de las mujeres¹⁷.

II. MÉTODO

A. Objetivos

La metodología de la investigación corresponde a un estudio descriptivo de tipo transversal con un enfoque cualitativo (Estudio de Caso). Se realizó con el objetivo de determinar las principales consecuencias psicosociales de un grupo de mujeres mastectomizadas del Municipio de Palmira.

B. Población y Muestra

La muestra se compuso de doce mujeres sometidas a mastectomía en el municipio de Palmira que asistían a consulta especializada particular y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El tamaño de la muestra fue por conveniencia.

C. Criterios de Inclusión - Exclusión

- Pacientes mastectomizadas que deseen participar voluntariamente y que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes mastectomizadas domiciliadas en el municipio de Palmira.
- Pacientes mastectomizadas que estén incapacitadas para resolver el instrumento con el que se recolecta la información.
- Pacientes mastectomizadas que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes mastectomizadas sin consentimiento informado firmado

D. Instrumentos

La fuente de información la constituyó una encuesta semi-estructurada, con preguntas prefijadas, referentes a la enfermedad y a las actividades de la paciente. Para su elaboración se tomó en cuenta variables expuestas por diversos autores en sus estudios, las cuales se integraron para conseguir los objetivos propuestos^{18,19,20}.

E. Implementación

La recolección de la información, se hizo de manera personalizada, previa concertación mediante cita telefónica y firma del consentimiento informado de cada una de las participantes que accedieron a formar parte del estudio.

En un segundo momento del estudio se aplicó la técnica de grupo focal, donde compartieron sus experiencias con respecto a los aspectos sociales y psicológicos que vivenciaron luego de la mastectomía.

III. RESULTADOS

A. Análisis Cuantitativo

La edad oscilo entre 41 y 63 años con un promedio de 54.3 años. 50% de las mujeres eran casadas o vivían en unión libre; en su mayoría pertenecían al estrato 3 (58.3%). 50% cursaron secundaria completa; 41,7% refirieron como ocupación *ama de casa*; 25% eran empleadas.

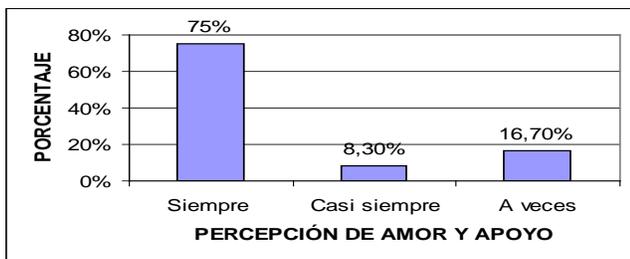
En relación a los sentimientos expresados, la mitad de las mujeres manifestó sentirse moderadamente afectada tras la mastectomía, mientras que una tercera parte (33.3%) dijo no sentirse afectada por el procedimiento; dos de ellas (16.7%) se sintieron ligeramente afectadas.

En cuanto a la percepción de rechazo, tres cuartas partes (75%) no experimentaron rechazo. De las que experimentaron rechazo un 16.7% lo percibe por parte de la pareja y 8.3% por parte de la sociedad. En la relación de pareja, solo 33.3% manifestó percibir cambios. Estos cambios se vieron reflejados en un 75% en la vida sexual de la pareja y un 25% en las demostraciones afectivas.

Para la gran mayoría (83,3%), las relaciones familiares y la comunicación no se alteraron. La misma proporción manifestó no ver afectadas sus relaciones en el ambiente laboral.

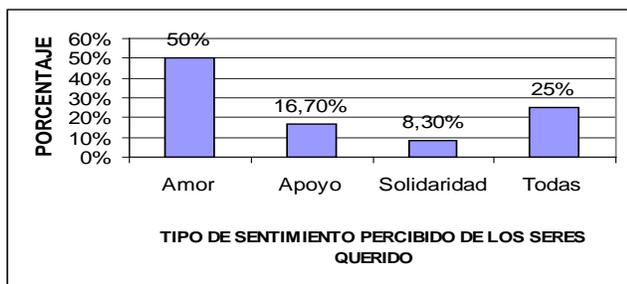
1) Efectos Psicológicos tras la mastectomía

Figura 1. Percepción de amor y apoyo



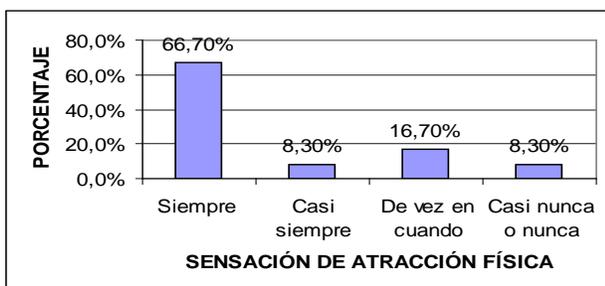
Tres cuartas partes de las mujeres (75%) afirman sentirse siempre amadas y apoyadas.

Figura 2. Tipo de sentimiento percibido por los seres queridos



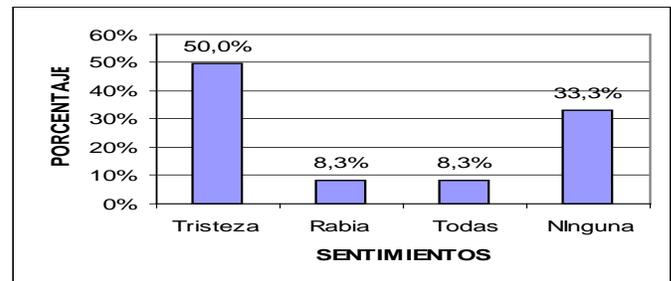
50% de las mujeres percibe de sus seres queridos amor, 16,7% apoyo y 8,3% solidaridad. La cuarta parte de las mujeres encuestadas (25%) refiere percibir los tres sentimientos simultáneamente.

Figura 3. Sensación de atracción física



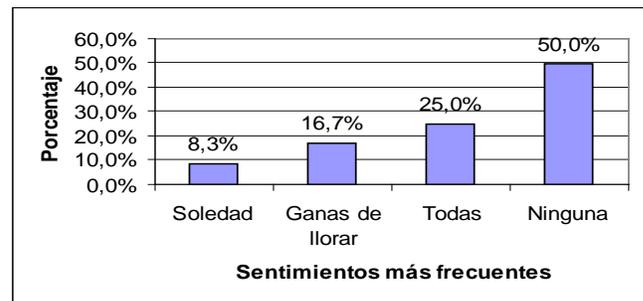
Un alto porcentaje (66.7%) de las mujeres afirmó sentirse *siempre* tan atractivas físicamente como antes. Un 16.7% manifiesta sentirlo de vez en cuando y, una menor proporción (8.3%) no sentirse atractivas nunca o casi nunca.

Figura 4. Mayor sentimiento referido después de la mastectomía



La mitad de las mujeres (50%) refirió sentir tristeza, y en menor frecuencia, afirmaron sentir rabia o los dos sentimientos simultáneamente con un 8.3% respectivamente. Un tercio de las mujeres manifestó no tener ninguno de estos sentimientos.

Figura 5. Estado de ánimo después de la mastectomía

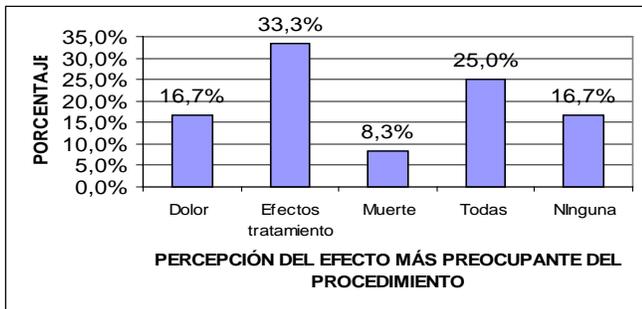


Con respecto a los estados de ánimo más frecuentes, 16,7% refirió sentir ganas de llorar, 8,3% soledad y 25% ambos sentimientos simultáneamente. 50% manifestó sentirse bien.

En cuanto a la valoración de la vida, 8,3% expresó sentir estrés, e igual proporción frustración. 25% indicó tener ambos sentimientos, mientras 58,3% refirió una valoración positiva.

Con respecto a sus propios sentimientos, se logró determinar que 41,7% de las mujeres no tenía ninguna preocupación. 16,7% refiere preocupación por sus propios sentimientos; igual proporción expresó preocupación por la manera en que son tratadas por los demás. 25% afirma tener preocupación por ambos aspectos.

Figura 6. Preocupaciones propias de la enfermedad



Se logró determinar que al 33.3% de las mujeres les preocupa más los efectos del tratamiento, al 16.7% el dolor y al 8.3% la muerte; al 25% le preocupan simultáneamente los tres aspectos.

Con respecto a la percepción de normalidad de la vida posterior a la mastectomía, 83.3% de las mujeres considera que su vida volverá a ser como antes, mientras 16.6% no está segura de que su vida volverá a ser la misma.

En relación a los cambios percibidos en su cotidianidad, 50% de las mujeres afirmó que tras la mastectomía ha cambiado su forma de vestir, 16.7% la actividad física, 8.3% el apetito y, en igual proporción, todos los gustos anteriormente valorados; solo el 16.7% expresó no experimentar ningún cambio en su cotidianidad.

B. Análisis cualitativo

Una vez realizada la actividad del grupo focal con las mujeres, de acuerdo con sus respuestas y sentimientos expresados se conformaron siete categorías de análisis en las que se tuvo en cuenta todo lo referido por las doce participantes.

1) Manejo de los Afectos

Afecto se define como un patrón de comportamientos observables, expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría entre otros son ejemplos usuales de afecto, en el dialogo realizado, se identificaron expresiones verbales, por medio de frases, y no verbales, como gestos y emociones, tal como se evidencia en los siguientes relatos:

La señora B, refiere que

Había muchos momentos que me daba como angustia y lloraba, me negaba a creer que tenía eso....Después del

diagnostico yo nunca había sentido una cosa tan horrible, tan horrible que yo lloraba sin parar y era una cosa que recordaba (paciente llora profusamente), es como que siente uno es una impotencia digamos como saber que uno tiene esto (expresa rabia y llanto) y que uno no puede hacer nada, impotencia, eso fue lo que yo sentí en ese momento, me sentía como desbastada.

La Señora E, por su parte plantea sentimientos de incertidumbre frente a su futuro

Me acuerdo que me iba caminando como para hacer un poquito de ejercicio y como desestresarme.....de mi casa al hospital Departamental y cuando yo iba como por ese tumulto de gente por ahí por la quinta, al frente del parque de las banderas y yo decía yo no soy parte de este mundo y como camino entre esa gente... (Llora).

Como se puede apreciar en los relatos anteriores, las reacciones frente a la situación (cáncer de mama y mastectomía) sobrevienen conjuntamente con una respuesta emocional claramente descrita y evidenciable, se puede apreciar angustia e inestabilidad emocional, exteriorizadas por el miedo, el llanto y la impotencia; del mismo modo la señora E define el concepto sensación de extrañeza con el mundo exterior. En términos generales se puede agrupar como síntomas de ansiedad o depresión que son coherentes con los demás sentimientos manifestados por el conjunto de pacientes.

2) Estrategias de Afrontamiento

Son estrategias psicológicas puestas en juego por las personas para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen, es entendido a menudo refiriéndose a un término característico de rasgos de personalidad que surgen debido a la pérdida o experiencias traumáticas, lo anterior se puede evidenciar en los siguientes relatos:

Las señoras A, B, C, D y E refieren como estrategia de afrontamiento la espiritualidad, la oración y el acercamiento a Dios:

La señora A, manifestó

Entonces yo digo todo esto me lo dio Dios, porque es el único, con disculpas de las otras religiones y yo soy católica, pero yo respeto las otras opiniones, pero es un solo Dios y nos acobija y nos cubre a todos y nos da fortaleza para seguir adelante, esa fue la fortaleza que me dio.

La señora B, refiere

Yo dije señor para algo grande me tienes y este va ser el reto mío contigo y tu conmigo. Tengo a Dios que es el que me va a sacar de esta, si yo estoy señor para vivir esta enfermedad de la mano tuya salgo adelante.

Señora D, planteó

Pero eso (el cáncer) le da a uno como más espiritualidad, como más unión hacia la familia, como más querer vivir y como gozarse todo minuto como si fuera el último.

Señora E, refirió

Nos cambia el pensamiento como seres humanos, pensamos más en nosotros, ya no pesamos tanto ni en los hijos, ni en esto porque ahora somos nosotros si queremos vivir al máximo.... era lo que yo quería vivir para mi vida hacer lo que yo quisiera dedicarme más a mí...

Como se puede observar las estrategias de afrontamiento varían de una persona a otra, no obstante algunas de ellas a través de su enfermedad reafirmar su estabilidad emocional.

3) Imaginarios

En términos analíticos esta palabra nos muestra un conjunto de ideas, sin diferencia de tipo o de veracidad, que surge a partir de la relación con conceptos colectivos, como lo demuestra la palabra cáncer y su supuesto sinónimo de muerte, lo que es evidente en los relatos a continuación, en los que refieren como imaginaron la cercanía de su muerte:

Señora A, refirió

Cuando ya llego el momento de la verdad, le pregunté a mi mamá ¿cuándo me muero? Y me contestó no mamá, usted no se va morir, lo primero que yo hice fue pedirle a Dios, si de esto me voy a morir que sea rapidito, yo no me quiero ver en una cama en un estado terminal.

Señora B, manifestó

Yo decía que habré hecho yo Dios mío que no te entendí, tanta gente por aquí y yo camino entre ellos, pero yo sé que me voy a morir.

Señora F, planteó

Dr., yo se que de esto me puedo sanar, como también me puedo morir, pero usted también se va a morir, entonces a él le dio risa.

Se observa en lo citado que todas las mujeres ante el

diagnostico de cáncer tienden a relacionarlo con muerte, debido a las grandes implicaciones en la salud que ellas suponen que tendría la enfermedad.

4) Temporalidades Propias

El término indica la posibilidad que tienen las personas de realizar algún tipo de actividad con el fin de enfocar o alejar el pensamiento de un tema específico que causa algún grado de malestar emocional o psicológico, logrando distracción en algún grado; lo anterior se hace evidente en los siguientes relatos:

La señora A refiere que ha encontrado muchas satisfacciones ayudando a otras personas...

Tengo que ir al médico cada mes, son exámenes por lado y lado, pero la satisfacción que me da es que le ayudo a la gente y que yo veo una persona con un cáncer donde sea o una enfermedad de la que sea, yo los pongo en sobre aviso, me he convertido como en la enfermera de Promoción y Prevención.

En tanto la señora E, se ha dedicado a la jardinería

Bueno cuando yo ya me estaba recuperando, me dio una obsesión por la jardinería, como mi casa es así como larguita y tiene mucho donde poner matas.

Se evidencio en ambos relatos, la necesidad de las pacientes de buscar actividades que les generen satisfacción, que les permitan ocupar la mente y brindar distracción a la experiencia traumática vivida; de manera similar, que les genere sentirse útiles.

5) Imagen Corporal

El término se refiere a como una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la imagen que tiene de sí en su mente y en su corazón ⁸, lo cual se hace evidente en los próximos relatos. Las mamás son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, nuestra cultura establece que la mujer debe ser voluptuosa y es inevitable que estas señoras se enfrenten con una imagen corporal por fuera de estos estándares idealizados por la cultura. Así lo evidenciaron las señoras B, D y E:

Señora B, planteó

A mí me hicieron mastectomía radical; eso, para mí, fue espantoso, porque eso es la femineidad de uno, ya no podía utilizar mi mejor brassier, ni mi mejor blusa, para mí se me agotó la forma de vestir.

Señora D, refirió

Tuve que dejar de usar blusitas escotaditas, ahora solo usar camiseritos bien cerrados y vestidos de baño como me ha gustado tanto ir 'a baño', mandarlos a hacer bien cerraditos, porque si alguna cosa como que me aterra a mí, es como que me vaya a quedar en ridículo en una piscina, entonces yo mando a hacer mis vestidos de baño bien cerraditos y uso camiseritos algo que ni se note.

Señora E, manifestó

Cuando yo me vi que no tenía seno, fue muy difícil, aunque nunca he sido vanidosa, pero para vestirme me afectó bastante, porque tenía como mucha preocupación, sobre todo, por el vestido de baño.

Por otro lado la percepción corporal también se ve afectada por los efectos secundarios que conllevan las terapias (quimioterapia y radioterapia); a ello hacen referencia las Señoras C y E:

Señora C, manifestó

El cabello se me cayó horrible, es una cosa tan traumática, que yo le digo realmente para mí eso fue lo más terrible, no tanto ni esa quimio que me aplicaban, mi aspecto físico para mí fue terrible, verme sin cabello, sin las cejas, sin las pestañas, todo esto se me colocó muy negro (cara), las manos, se me cayeron las uñas de los pies, las de las manos no pero si se me colocaron moradas entonces así era tremendo.

Señora E, refirió

Como mujeres somos muy vanidosas yo tenía mi cabello muy bonito, esta enfermedad era una cuestión que iba contra todo lo que estaba proyectando en mi vida, faltándome tres días para empezar la otra quimio fue terrible porque mi cabello se quedaba pegado a la almohada, así tal como quedaba fue espantoso y sentir que el chorro de agua le tumbaba a uno el cabello y verse los montones, eso es muy deprimente, ya saben que también se caen las cejas y las pestañas, toda la situación después de 9 quimios fue terrible.

En las citas se puede observar cómo estas mujeres sobrellevan su condición aceptando lo que les paso, sin embargo la caída del cabello, de las cejas y las pestañas como efecto secundario de la quimioterapia es una situación bien difícil, traumática y aún muy dolorosa para ellas.

6) Vida Laboral

La vida laboral se define en el contexto de lo cotidiano para las pacientes incluidas en el grupo de investigación con la finalidad de definir, desde el punto de vista productivo y de relaciones interpersonales laborales, algún grado de afectación o cambio; lo anterior se puede observar en los siguientes relatos:

La Señora D, refiere

Mis compañeras de antes, son las mismas que tengo ahora, pero en el sentido laboral son diferentes, entonces son como mi segunda familia en este proceso que viví, me fastidiaba que me consintieran mucho, que me mimaran, que me protegieran, porque para mí era una cosa terminal y todo, orgullosamente ahora soy testimonio de vida para ellas.

En tanto la Señora F, plantea

Yo hago una vida muy normal y trato de no molestar y no hacer sentir que yo soy enferma, nada de eso, yo trabajo, yo tengo una cafetería, yo voy y hago mis cosas, cuando me siento muy mal es que no voy, pero yo digo no estoy descansando, hoy no voy a ir porque hoy voy a descansar, pero nunca les digo estoy mal, tengo esto y yo nunca comento nada, cierto.

En ambos relatos citados las señoras manifestaron que su condición laboral no fue afectada; respecto de las relaciones con sus compañeros de trabajo, una de ellas evidencio sentir un mayor apoyo y solidaridad, aunque esto causara en ella sentimientos de sobreprotección; ambas señoras querían mantener su cotidianidad lo más cerca de lo normal, con el fin de no reflejar algún grado de incapacidad.

7) Apoyo Familiar

La familia como grupo de convivencia basado en el parentesco, la filiación y la alianza, en la que sus miembros están ligados por sangre o por afinidad, lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones que en momentos determinados requieren cierto grado de compromiso y dedicación para mantener el equilibrio, entendiendo equilibrio como el bienestar de cada uno de sus componentes. Lo anterior se puede evidenciar en los relatos a continuación:

Curiosamente las señoras A y D, refieren haber tenido apoyo de sus ex parejas:

Señora A, manifestó:

En el caso mío cuando me apareció el cáncer mi segunda hija tenía dos añitos, cuando me divorcié tuve un apoyo inigualable de mi primer esposo, porque el papá del niño falleció, entonces el mantenía pendiente, fue más constante con lo de las niñas, hasta se preocupó por el niño que no es de él.

La señora D, refirió

En mi familia el único que asumió este proceso fue el papa de mi hijo; tenía dos años de separada de él y fue al único que le dije, el único que asumió todo conmigo fue él, por qué yo no quería llevarle problemas a mi mamá que es una persona muy enferma.

La señora C plantea

Nunca pensé que yo me iba a morir; mi familia me apoyó, todas mis hijas, mis hermanas, mis padres, mis amigos, todo los familiares; me sentía tan bien de sentir ese apoyo, que realmente pues no sé, como uno nunca piensa que va a estar en esta situación, el apoyo familiar de todo fue excelente y eso a uno lo reconforta lo ayuda tanto.

Se logró evidenciar en los relatos anteriores que las señoras son coherentes refiriendo el apoyo constante brindado por parte de sus familiares; es importante resaltar el apoyo manifestado por parte de sus ex parejas en algunas de estas pacientes, lo cual tuvo, para todas ellas, una importancia significativa en su proceso de superación.

IV. DISCUSIÓN

El diagnóstico de cáncer presupone una serie de sentimientos y efectos propios de la enfermedad que se acrecienta cuando el tratamiento debe ser una mastectomía, así lo asegura la Asociación Española Contra el Cáncer [AECC]¹⁷. Es así como los resultados del presente estudio comprueban que 50% de la población se siente de una u otra forma moderadamente afectada tras la mastectomía. Esto concuerda con resultados de la investigación de López Cuevas¹³, donde cerca del 50% de las mujeres mastectomizadas presentó algún grado de afectación psicológica, siendo las más frecuentes la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad; así mismo, en la presente investigación, de forma aislada, la sexualidad se reconoce como el principal factor de cambio percibido en sus parejas (75%), porcentaje muy por encima del encontrado por López Cuevas¹³, donde la afectación de la sexualidad reportó un 48% de la población. Esto puede explicarse porque la mayor población de la presente investigación se encuentra en el rango 50-54 años (41,7%),

mientras que la mayor población del mencionado estudio se encuentra entre el rango 60-69 (30,4%). Además es importante resaltar que esta investigación presentó población de mayores de 70 años quienes representaron un 26,1%, edad en la cual la actividad sexual tiende a pasar a un segundo plano.

Además se encontró que 33,3% de las señoras manifestó cambios en las relaciones de tipo sexual y afectivo con su pareja, lo que difiere de los resultados del estudio de Claudet Pierre¹⁶ donde sólo 24% de las entrevistadas informó que sus relaciones maritales sufrieron deterioro luego de la intervención quirúrgica, en gran medida por la vergüenza experimentada por ellas con respecto a su imagen física con su cónyuge o compañero. Estos resultados pueden diferir porque en el estudio mencionado, un 65% de las pacientes no sostenía relaciones sexuales con sus compañeros, antes de la mastectomía, por diversas causas.

Aunque la familia constituye el principal apoyo cuando existe un diagnóstico de cáncer de mama, muchas veces por falta de información, miedo u otro sentimiento las reacciones de está terminan afectando aún más a la paciente mastectomizada. Muchas optan por una negación del problema, eludiendo el tema y evitando la comunicación al respecto. En el presente estudio, la mayor parte de las pacientes reconocen que las relaciones familiares no se vieron afectadas tras el diagnóstico de cáncer de mama y la posterior mastectomía. En cuanto a la comunicación con sus familiares un gran porcentaje (83,3%) identifica que no existieron inconvenientes tras el diagnóstico de cáncer de mama y posterior mastectomía mostrando una buena comunicación familiar y un gran apoyo a las pacientes. Se encontró que solamente el 16,7% de las familias presentó problemas en la comunicación. Este resultado difiere de la investigación de López Cuevas^{13,25}, quien muestra en su estudio que 43,5% de las familias presentó problemas de comunicación propias de las familias disfuncionales.

Una mala condición económica es un agravante de la situación de la mujer mastectomizada y ahonda aún más sus problemas psicosociales. Además si se tiene en cuenta la definición de Salud de la OMS, donde la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino una serie de manifestaciones integrales que van desde la parte psicológica hasta la calidad de vida^{19, 20}, entendida esta como el grado en que las mujeres mastectomizadas y la personas en general, presentan altos índices en los valores

de bienestar social, una buena economía permite conseguir estos objetivos. En la presente investigación, un 58,3% manifestó haber sufrido afectación económica tras el procedimiento, lo que demuestra que sus problemas de índole social se vieron altamente afectados, lo que repercutió en los efectos colaterales propios de una intervención de esta parte del cuerpo, tan cargada de simbolismo cultural y sexual a nivel cultural. Este porcentaje es menor al encontrado por López Cueva ¹³, en el cual pudo observarse que un 74% de las pacientes le atribuyen a la enfermedad algún rol causal de dificultades económicas. Un 65,3% de las pacientes de este estudio eran amas de casas, mientras que en la presente investigación el porcentaje de amas de casa fue de 41,7%, lo que puede explicar la diferencia de resultados en la situación económica de ambos grupos después de la mastectomía. Las amas de casa pueden no representar relevancia en los ingresos del hogar, pero tras una mastectomía puede interferir en los gastos necesarios para su tratamiento.

Teniendo en cuenta que la mastectomía afecta no sólo la parte social (familia, sociedad, economía), sino también la percepción del entorno, su apariencia física, los sentimientos y estados de ánimo, aumenta las preocupaciones, expectativas y genera cambios en los gustos, es comprensible que la mastectomía pueda ser un gran trauma emocional impregnado de desesperanza. El 50% de las mujeres presentaron sentimiento de tristeza, variable relacionada con la depresión, resultado similar al de López Cueva ¹³, que reporta depresión de la población en un 47,9%. Si se tiene en cuenta que cualquier intervención quirúrgica (y más si es mutilante) favorece la aparición de un síndrome depresivo, resulta más que comprensible que tras la mastectomía muchas mujeres tengan depresión y en ocasiones a depresión profunda.

Por tanto, es importante recalcar los beneficios que se han podido constatar tras una intervención psicológica individual, que contribuye eficazmente a la mejora del bienestar emocional de las mujeres operadas de cáncer de mama¹⁷, en contraposición con trabajos que han comprobado el poco o nulo apoyo social y psicológica de pacientes que asisten a grupos de apoyo, manifestaron no gustarles ir porque en ellos no se exteriorizan actitudes positivas sino las negativas, complicando aún más la situación ¹⁶.

Los relatos verbales, demuestran que los efectos de la mastectomía acarrearán sentimientos generales que llevan a

las mujeres a tener síntomas de ansiedad y depresión, que a pesar del tiempo transcurrido desde el procedimiento todavía existe modulación activa de estos, evidenciando falta de apoyo y seguimiento psicológico. El principal mecanismo de afrontamiento evidenciado fue la espiritualidad y la búsqueda de su propio bienestar con el fin de lograr estabilidad emocional. Es evidente que este acercamiento a la espiritualidad es una consecuencia del estigma que existe a nivel colectivo de asociar el cáncer con la muerte, lo que hace aumentar su deseo de aprovechar cada momento de su vida, buscando realizar actividades que logren desviar pensamientos que les generan malestar emocional y enfocarse en actividades que les generen agrado y motivación propia. Actividades como la jardinería, ayuda al prójimo, entre otros, que se pudieron evidenciar, se convirtieron en pasatiempos establecidos posteriores a la mastectomía ^{21, 22, 23, 24}.

Con respecto a la imagen corporal, se evidenció que las mujeres deben afrontar dos fases de su intimidad corporal. La primera de ellas, propia del procedimiento quirúrgico donde la mutilación representa una marcada alteración de su identidad como mujer, alterando su forma de vestir e intimidad. La siguiente fase se relaciona con los efectos de los tratamientos coadyuvantes, los cuales también presentan gran afectación a su imagen corporal por los efectos secundarios; la caída del cabello y del vello corporal afectan su aspecto exterior haciéndolas sentir aún menos atractivas, lo que debería hacerlas sentir cohibidas para salir al mundo exterior y llevar una vida cotidiana normal; se comprobó que, contrario a lo que se podría inferir, las mujeres no tuvieron inconvenientes para seguir con su vida normal. Aunque les afectó su aspecto no querían generar ningún tipo de sentimiento de minusvalía; por tanto, las mujeres que trabajan mejoraron sus condiciones laborales a raíz del procedimiento; el apoyo de sus compañeros de trabajo fue positivo aunque en ocasiones generaba sentimientos de sobreprotección ^{14, 15, 16, 19}.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las consecuencias sociales, estas están relacionadas con la parte económica y de exclusión. Más de la mitad manifestó tener dificultades económicas tras la mastectomía. La mitad de la población se consideró moderadamente afectada. Además, una cuarta parte sintió rechazo de la sociedad y de su pareja. En mayor proporción percibieron cambios en las relaciones con su pareja con respecto a su sexualidad.

- Las principales alteraciones psicológicas que presentan estas mujeres son la variación en la percepción física al no sentirse atractivas físicamente, los sentimientos negativos, la preocupación por los problemas que pueden causar a sus familiares y la disminución en la autoestima. También existen sentimientos psicológicos positivos como la percepción de normalidad tras la mastectomía en su vida, que se contrarrestan con una proporción muy alta de mujeres que experimentó cambios en su cotidianidad.
- Aunque se reconoce la carga psicológica que acarrea una mastectomía, se hace necesario que el personal de salud haga énfasis no solo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes desde el punto de vista psicológico, antes, durante y después del procedimiento, que favorezcan un buen resultado en el procedimiento, la rehabilitación y el proceso de duelo.
- Promover la creación de grupos de apoyo con acompañamiento psicológico y familiar con el fin de que las mujeres puedan expresar de manera adecuada sus sentimientos y compartan experiencias posteriores al proceso.

VI. REFERENCIAS

1. Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics 2002. CA Cancer J Clin. 2005; 55:74-108.
2. International Agency for Research on Cancer [IARC]. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 7. Breast Cancer Screening 2002. Lyon: IARC Press; 2002.
3. Bray F, McCarron P, Maxwell D. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. Breast Cancer Res. 2004;6:229-239.
4. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002 Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base No. 5, version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
5. Trujillo D, Rubiano J, Gutiérrez D, Bueno M. Tamizaje en cáncer ginecológico. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: Ascofame; 1997.
6. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer Statistics, 2003. CA Cancer J Clin. 2003;53:5-26.
7. American Cancer Society [ACS]. Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008. Atlanta: ACS; 2007.
8. American Cancer Society [ACS]. Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta: ACS; 2007. Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/caff2007pwsecuredpdf.pdf>
9. Piñeros M, Murillo R. Incidencia del cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. Revista Colombiana de Cancerología. 2004; 8:5-14.
10. Hernández G, Herrán S, Cantor LF. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. Revista Colombiana de Cancerología. 2007; 11(1):32-39. Disponible en [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007%20Vol%2011\(1\)/rcv11n1a05.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007%20Vol%2011(1)/rcv11n1a05.pdf)
11. Angarita FA, Acuña SA, Torregrosa L, Tawil M, Ruiz AJ. Presentación inicial de las pacientes con Diagnóstico de Cáncer de seno en el Centro Javeriano de Ontología, Hospital Universitario San Ignacio. Revista Colombiana de Cirugía. 2010; 25(1): 19-26.

12. Plumed MIL, Millán LM, Sánchez-Casas B., Silvestre-Soriano T, Soguero Pérez MM. Mastectomía: cuidados tras el alta hospitalaria. *Boletín Oncológico*. 2000; 1(13). Disponible en <http://www.boloncol.com/boletin-13/mastectomia-cuidados-tras-el-alta-hospitalaria.html>
13. López ZC, González JM., Gómez MM., Morales MM. Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operados de cáncer de mama. *Revista Médica Electrónica* 2008; 30(2). Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>
14. Rodríguez-Loyola Y. Rosello-González J. Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mama. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2007; 18:118.
15. Missiaggia E. Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical y de conservación. Perú: Universia; 2010.
16. Claudet P.T., Hernández F.S. Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mamá y de la mastectomía. *Revista Costa Rica. Ciencias Médicas*. 1985; 6(2):29-38.
17. Yélamos C., Montesinos F., Eguino A., Fernández B., González A., García de Paredes M. Mucho por vivir. Atención Psicosocial para mujeres con cáncer de mama. Asociación Española Contra el Cáncer de Mama. *Revista Psicooncología*. 2007; 4(2-3):417-422.
18. Arraras-Urdaniz J.I., Illarramendi-Mañás J.J., Manterola-Burgaleta A., Tejedor-Gutiérrez M., Vera-García R., Valerdi-Álvarez J.J., Domínguez-Domínguez M.A. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios de la EORTC. *Rev Clin Esp*. 2003;203(12):577-581.
19. Araya-Aburto PA., Yáñez-Yáñez AL. Evaluación de la calidad de vida de pacientes Mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2003 y 2005 [Tesis]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2006.
20. Fuentes de la Peña H. Propuesta de un cuestionario de Calidad de Vida (QoL) en pacientes mexicanos. *Oncología Médica*. Gamo. 2005; 4(2): 34-41
21. Olivares-Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22:29-48.
22. El impacto psicológico de la mastectomía profiláctica. *British Medical Journal* BMJ. 2001; 322:376.
23. Kioskea.net. Mastectomía: repercusiones psicológicas en la mujer. Noviembre de 2009. En línea. Recuperado de <http://salud.kioskea.net/faq/2512-consecuencias-psicologicas-de-la-mastectomia>
24. Borbón-Mendoza JE, Beato-Canfux AI. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2002. 31(1):47-53. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01/mil08102.htm
25. Herrera Santi P.M. La familia funcional y disfuncional un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1997;13(6):591-5.

VII. CURRÍCULOS

Pedro Nel Beitia Cardona. Enfermero, Magíster en Epidemiología, docente de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali (USC). Profesional con experiencia docente en universidades públicas y privadas en epidemiología, bioestadística, investigación y salud pública; ha sido tutor de trabajos de grado, Coordinador de Investigación de la Facultad de Salud de la USC y par académico como evaluador de proyectos de investigación y producción intelectual para escalafón docente. Lidera el grupo de Salud Pública y Epidemiología, que ha desarrollado estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de comportamientos saludables y convivencia social.

Mercedes Benavides Portilla. Psicóloga, Magíster en Salud

Pública, docente de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali. Profesional con experiencia en salud pública, investigación, desarrollo e intervención comunitaria. Coordinadora del área de salud comunitaria del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Salud de la USC, miembro de su Concejo de Facultad y del Grupo de Investigación de Salud Pública y Epidemiología. Par académico de varias universidades como evaluador de proyectos de investigación y producción intelectual para escalafón docente.

Juan Takeji Salazar. Médico general con énfasis en medicina familiar y comunitaria con capacidad de realizar trabajo individual y en equipo, emprendedor y responsable, con pertinencia social y humanista. Profesional integral y multidisciplinario con formación académica y ética con iniciativa para la solución de problemas de la región y el país.

Andrés Mauricio Tafurt. Médico general con sólida formación profesional integral, ética y humanizada de excelencia, con espíritu de servicio, emprendedor y responsable. Con las competencias necesarias para la solución de problemas de salud de la región y el país.