

**ARTICULO ORIGINAL****REPERCUSIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS***REPERCUSSION OF THE CORPORAL AUTOPERCEPCIÓN IN THE RELATIONS OF PAIR IN MASTECTOMIZADAS WOMEN***Autores**

Casillas J., M<sup>a</sup> A.\*

Cerveró F., S.\*\*

\* Enfermera Máster Supervisora de Consultas Externas. Coordinadora de trasplantes. Hospital General U. de Elche

\*\* Enfermero Máster UHD. Hospital General U. de Elche

**Palabras clave:** Mastectomizadas, relaciones, parejas

**Keywords:** Mastectomizadas, relations, pair

**RESUMEN****Introducción**

El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en los países desarrollados, representando un 13.04/100.000 mujeres, un riesgo de 1 a 8.

El objeto del presente estudio es relacionar la autopercepción corporal de las pacientes mastectomizadas según la técnica quirúrgica y conocer su repercusión en las relaciones sociales y de pareja.

**Pacientes y métodos**

Se trata de un estudio transversal, con metodología cualitativa realizado en una muestra de 22 mujeres (68.75%) del total de las 32 seleccionadas con edades comprendidas entre 35 y 76 años, mediante entrevista personal de 30´.

Las mujeres estaban mastectomizadas, con el tratamiento de radioterapia/ quimioterapia finalizado con más de 6 meses desde la intervención.

**Características de las pacientes.**

A 12 mujeres del total (54,54%) se les ofreció reconstrucción mamaria, las 10 restantes (45,45%) no tuvieron esa opción,

### **Resultados**

12 mujeres valoran la relación de ayuda de los profesionales muy buena (54,54%), pero en 10 casos expresan muy buena la atención de enfermería y regular la atención médica.

### **Conclusiones**

Parece que el cambio en la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en sus relaciones de pareja, dependiendo de la técnica quirúrgica a la que haya sido sometida.

## **ABSTRAC**

### **Introduction**

The breast cancer constitutes the first cause of death by cancer in women in the developed countries, representing 13.04/100.000 women, a risk from 1 to 8.

The object of the present study that to relate the corporal autopercepción of the patients mastectomizadas according to the surgical technique and to know its repercussion in the social relations and of pair

### **Patients and methods**

One is a cross-sectional study, with qualitative methodology made in a sample of 22 women (68,75%) of the total of 32 selected with ages included/understood between 35 and 76 years, by means of personal interview of 30´.

The women were mastectomizadas, with treatment of x-ray chemotherapy finalized with more of 6 months from the intervention.

### **Characteristics of the patients**

To 12 women of the total (54.54%) mammary reconstruction was offered to them, the 10 rest (45.45%) did not have that option,

### **Results**

12 women value the relation of aid of the professionals very good (54.54%), but in 10 cases express very good the infirmary attention and to regulate the medical attention.

### **Conclusions**

It seems that the change in the corporal image of the mastectomizada woman influences in its relations of pair, depending on the surgical technique which it has been put under.

## **INTRODUCCION**

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres entre 35 y 45 años. Según datos de la Asociación Española contra el Cáncer, cada año se diagnostican en nuestro país 16.000 casos nuevos de cáncer de mama, lo que representa un 24,6% del total de tumores detectados en mujeres españolas<sup>1</sup> En términos globales es un 13.04/100.000 mujeres, estimándose que el riesgo de padecer cáncer de mama en la mujer es de 1 a 8<sup>2</sup>

En la UE tiene una incidencia de 109,9 casos / 100.000 mujeres/año con una mortalidad de 38,4 /

100.000 mujeres/año <sup>2</sup>.

Además, constituye la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino en los países con mayor renta per capita. Tener en cuenta esta alta incidencia, conduce a asumir que el impacto psicosocial del cáncer, que ya de por sí supone un estigma, unido a la mastectomía, representa un importante problema social.

Los recientes avances en la detección precoz y la aplicación de nuevos y efectivos tratamientos, han dado lugar a una mayor supervivencia (83% a los 5 años) <sup>2</sup>

Estos datos orientan hacia una consideración de enfermedad crónica que, requiere una alta implicación de la paciente en la adaptación a su nueva situación y colaboración en los autocuidados.

La imagen corporal es importante y en consecuencia, no resulta extraño el estigma que supone para la mujer someterse a una mastectomía. Puesto que el cáncer de mama afecta a un número muy elevado de mujeres de edad fértil, la afectación psicológica debido a esta mutilación parece importante objeto de estudio, ya que los problemas en las relaciones sexuales provocados por el miedo a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte afectada y en definitiva un fracaso que incluso puede conducir a la paciente a un estado de ansiedad personal<sup>4</sup>

Una atención integral, con un equipo multidisciplinar desde el momento de la detección, contribuye a mejorar la respuesta positiva al tratamiento, mayor implicación en el proceso de la paciente y su familia y en consecuencia una mejor recuperación y reinserción a su vida social y laboral <sup>5,5</sup>

Los objetivos del estudio son Relacionar la autopercepción corporal actual de las pacientes que han sido sometidas a mastectomía con la técnica quirúrgica y describir si el cambio en la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en sus relaciones sociales y de pareja.

### **Pacientes y métodos.**

El estudio se realiza en la Unidad de mama del Hospital Gral U. de Elche

La población a estudio la integran el total de mujeres afectadas de cáncer de mama, del área de salud departamento 20 de la Comunidad Valenciana (Elche, Alicante).

Criterios de inclusión de la muestra

- ◆ Mujeres afectadas de cáncer de mama, sometidas a mastectomía en la Unidad de mama del Hospital General Universitario de Elche, del área de salud departamento 20 (Elche, Alicante).
- ◆ Que hubieran finalizado el tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.
- ◆ Que la fecha de la intervención fuera de 6 meses o más y retrospectivamente hasta obtener la muestra deseada.

La autorización para participar en el estudio, se solicitó telefónicamente, a través de las psicólogas de la asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama de Elche y comarca (AMACMEC). Se seleccionaron 32 pacientes, de las cuales 7 no aceptaron participar en el estudio (21,87%), una paciente no se presentó a la entrevista (3.12%) y 2 pacientes fueron desestimadas (6.25%), ya que no podían acudir a la entrevista

Criterios de exclusión. Pacientes que plantearon realizar la entrevista por otros métodos.

La muestra obtenida ha sido de 22 mujeres (68.75%).

Se ha realizado un estudio cualitativo, transversal, a partir de entrevistas individuales realizadas por la misma observadora a 22 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 76 años. El cálculo de la edad se realiza con la mediana a partir de datos reales, obteniendo un valor de 46 años (desviación

típica de 9,578 y varianza de 91,74). Las variables socio-demograficas se obtienen en un cuestionario de elaboración propia durante la entrevista.

Para la entrevista, se concertó una entrevista personal con cada paciente, de 30 minutos de duración aproximadamente, en la que al comienzo de la misma, tras la presentación personal, les comunico el objeto del estudio y la información que deseo obtener, con tres únicas preguntas, ¿cómo se detecto la enfermedad?, ¿Dónde se dirigió y en cuanto tiempo fue atendida? y ¿cómo se ha sentido desde ese momento?. Con solo esas preguntas, se inició una conversación, muy rica, intensa, emotiva y en la que las pacientes expresan con confianza y naturalidad todos sus sentimientos desde el momento de la detección de la enfermedad.

Aunque la elaboración inicial tenía 30 preguntas, además de los datos demográficos, no fue necesario enunciarlas como tal, sino que la conversación me ha llevado a ellas.

## Resultados y aportaciones de la investigación

### Variables socio-demograficas

De las 22 mujeres entrevistadas, 3 no tienen pareja (13,63%), de las cuales 2 están solteras y 1 viuda y 19 viven en pareja (86,36%) (Gráfico I). De las que viven en pareja, 18 tienen hijos y las cuatro restantes no tienen (Gráfico II).

El nivel de estudios se agrupa en (Gráfico III):

- ◆ Estudios primarios 13 (59,09%)
- ◆ Secundarios 7 (31,81%)
- ◆ Superiores 2 (9,09%)

En relación al ámbito laboral, 12 trabajan fuera de casa, 5 son amas de casa, 3 están en paro y 2 están jubiladas (Gráfico VI).

### Análisis de la Información

Ninguna de las 22 mujeres ha encontrado dificultades para volver a su trabajo tras la intervención y el tratamiento, cuando han considerado que se encontraban en condiciones de reanudar su vida laboral. Una de ellas solo se ha ausentado de su trabajo la semana posterior a la intervención y aunque a veces se encontraba cansada durante el tratamiento, cree que le ha ayudado a afrontar la enfermedad, pues todo su entorno laboral y social lo ha aceptado con naturalidad.

La tabla del Anexo 1 refleja la definición operacional de las variables y su escala de clasificación.

### Aportaciones de la investigación

El intercambio verbal y no verbal se produjo en todos los casos, desde el inicio de la entrevista y aunque hubo una paciente sobre la que la psicóloga apuntaba dificultades en la expresión de sentimientos, conseguí una comunicación fluida y una buena interacción.

De las 22 pacientes estudiadas, a 12 de ellas (54,54%) se les ofreció la posibilidad de reconstrucción, una de ellas cambiándose de equipo médico y de las otras 10 (45,45%) no tuvieron la opción de someterse a reconstrucción mamaria.(Gráfico V)

A todas las pacientes que se les ofreció la reconstrucción (12) se sintieron aliviadas, al saber que su imagen corporal no cambiaría tanto y de esa forma no se verían afectadas sus relaciones de pareja.

De hecho así lo manifiestan todas ellas, que sus relaciones de pareja solo se han visto mermadas en el periodo inmediato a la intervención y en los momentos en que se sentían cansadas o débiles por el tratamiento, pero tras este periodo paulatinamente han ido recuperando la normalidad.

La idea de mutilación fue lo primero que pensaron todas las mujeres al comunicarles que debían realizarles una mastectomía, sentimientos de frustración como mujer y pérdida de una parte de la feminidad y el atractivo físico que afectaría a su sexualidad.

El apoyo familiar es una constante tanto por parte del esposo como de los hijos desde el primer momento, así lo manifiestan las 22 mujeres entrevistadas, aunque las primeras reacciones son de asombro, rechazo, rabia y desmayo de la pareja en 2 casos.

Las 10 mujeres que han sufrido una mastectomía sin reconstrucción, manifiestan que se sienten diferentes, que no se reconocen y les cuesta mucho mirarse desnudas, evitando verse frente al espejo. Por eso intentan vestirse lo más rápido posible con el sujetador, que es el elemento que les aporta la imagen externa igual a las demás mujeres y a como se veían antes de la intervención.. igualmente manifiestan que reanudar las relaciones de pareja tras la intervención les ha costado mucho y en los 10 casos muestran apatía, cierta vergüenza o reparo a mostrar su cuerpo, evitando mostrarse desnudas, de manera que permanecen con el sujetador o una camiseta durante las relaciones íntimas. La actitud de la pareja es positiva y demuestra naturalidad en 7 de los 10 casos (70%), siendo ellas las más reticentes, que buscan excusas para evitar las relaciones.

En un caso, según expresa la paciente, cuya relación de pareja se había iniciado poco antes de la detección del cáncer de mama y tras conocer el diagnóstico y el tratamiento, ella le planteó la posibilidad de romper. La actitud de su pareja fue positiva, de apoyo en todo momento, sin embargo la intervención, es él quien evita las relaciones, el contacto y se ha producido un cambio en el comportamiento hacia ella, por lo que la paciente se siente muy triste y despreciada como mujer.

En otros dos casos, las parejas manifiestan que se encuentran cansados, pero lo que según ellas expresa su actitud es que se alejan de ellas y por tanto perciben que no aceptan su nueva imagen, sintiéndose dolidas y despreciadas como mujeres, además uno de ellos le pide a su esposa insistentemente que solicite la reconstrucción, que ella ya ha solicitado.

De las 22 mujeres estudiadas, 21 (94,45%) manifiestan que les ha sido de gran ayuda las sesiones individuales con la psicóloga de la asociación, la otra paciente expresa que ella colabora en los grupos de autoayuda ya que no ha tenido la necesidad de ser ayudada por las psicólogas (no tiene pareja). Según afirman las 21 pacientes, en todos los casos se han producido cambios en su vida que han tenido que afrontar, no solo por el hecho de vivir con una enfermedad que ya de por sí supone un estigma, sino también por los cambios que suponen los efectos secundarios del tratamiento. Gracias a ellas están superando los nuevos retos, aceptando la nueva situación y aprendiendo a afrontar la nueva imagen, para encajar estos cambios en su vida. De igual modo valoran como positivos los grupos de autoayuda en sesiones grupales, a los que dan la importancia de las vivencias en primera persona como testimonio que les transmite fuerza y ánimo para seguir.

En los aspectos de sus relaciones de pareja opinan que sin la psicóloga no hubiera sido posible afrontarlas y van avanzando positivamente.

En cuanto a las dificultades con las que se han encontrado, las 22 mujeres coinciden en el tiempo de espera desde que se detectan la enfermedad hasta que son vistas por el especialista. Sintieron mucho miedo y la falta de información sobre la posible enfermedad y el desconocimiento de donde dirigirse para combatir su incertidumbre es algo general, excepto en un caso que la paciente por su profesión, tuvo acceso a través del médico de guardia al inicio del proceso de forma inmediata.

Dependiendo de donde se produzca la detección, los tiempos de espera cambian, siendo la media de días para Médico de Atención Primaria, 101,11 días, para UPCM, 27,75 días y en el caso de Médico privado he calculado la mediana, 22,5días, por tener un dato muy disperso ya que la paciente no se decidía, consultó varias opiniones, incluso se fue a un Hospital de Barcelona donde le aseguraba una amiga que no le harían mastectomía. (Gráfico VI).

La relación de ayuda de los profesionales de la unidad de mama la expresan como muy buena en 12

casos tanto por parte de enfermería como del profesional médico (54,54%), pero en 10 casos expresan como muy buena la atención de enfermería y regular la atención médica, puntualizando que se refieren a la forma de comunicar el diagnóstico (45,45%). Por tanto la atención de enfermería la manifiestan como muy buena en el 100% de los casos. (Gráfico VII)

En cuanto a las carencias detectadas por las pacientes, en todos los casos manifiestan que la asociación les ofrece lo que necesitan, aunque se sentirían más satisfechas si en la unidad de mama se les pudiera dedicar más citas, para poder hablar con detenimiento de la enfermedad, el tratamiento, efectos secundarios, en definitiva de todo lo que les va a ir sucediendo y ayudarles a asimilarlo. En 10 casos (45,45%) las pacientes manifiestan que solo han sido atendidas en una cita por dicha unidad, cuando se les comunica el diagnóstico por lo que detectan una deficiencia en la atención médica y de enfermería que con un solo contacto y dado el momento tan duro y dramático, no es suficiente. Esto implica una falta de información que las pacientes suplen con búsquedas sin control, testimonios de conocidas o familiares que se prestan a informar y que en todos los casos interpretan como perjudicial.

En los 12 casos restantes (54,54%), las pacientes son citadas en la unidad de mama tras la intervención, para realizarle las curas y el rellenado del expansor, momentos que la enfermera aprovecha para aplicar la relación de ayuda, interaccionar con la pareja y normalizar la relación y la actividad diaria de la paciente.

En cuanto a la necesidad de rehabilitación pre y postintervención para evitar el linfedema, como el hospital no lo facilita, a un nivel sencillo y rápido, la enfermera les explica los ejercicios que deben hacer en casa y después inician las sesiones con los fisioterapeutas de la asociación.

El estudio parece confirmar la hipótesis de que el cambio en la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en sus relaciones de pareja, dependiendo de la técnica quirúrgica a la que haya sido sometida.

Aunque en el 70% de los casos la pareja se muestra natural y con actitud positiva, el 100% de las pacientes que han sufrido mastectomía sin reconstrucción, muestran apatía, reparo y cierta vergüenza a mostrar su cuerpo desnudo, evitan mantener relaciones íntimas y si las mantienen se protegen el torso.

Estos datos demuestran el nivel de afrontamiento de la enfermedad, condicionado en 10 casos por la no aceptación y el rechazo a su nueva imagen. La emoción es el sentimiento que más se repite al recordar los momentos vividos durante el proceso.

La búsqueda de información la dirigen las pacientes a múltiples fuentes, desde internet como principal fuente, por ellas mismas o a través de amigos o compañeros de trabajo (22,72%), médicos privados o amigos sanitarios (13,65%) y el 63,63% no buscó ningún tipo de información, pues el miedo era tan grande que preferían no saber nada.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. AECC. Asociación española contra el cáncer.
2. INE. Instituto Nacional de Estadística.
3. Programa de prevención del cáncer de mama en la comunidad valenciana. Monografías sanitarias (Programes sanitaris). Serie E. Nº 43. Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat. 2.001. Versión resumida.
4. Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos N. (2002). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
5. Polivy, J. (1977) Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine selfconcept. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 77-87.
6. Anderson, M.S. y Johnson, J. (1994). Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Cancer Practice*, 2, 345-349.
7. Avis, N., Crawford, S., Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
8. Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F. The Rosenberg Self Esteem Scale: Traslato and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10(2):458-467.
9. Martín, M.D. , Jiménez, M.P. , Fernández- Abascal, E. Estudio sobre la escala de estilos estrategia de afrontamiento (E<sup>3</sup>A). *Revista electrónica de motivación y emoción*. ISSN- 38-493X. Depósito legal: M-44928-1997. Volumen 3: número: 4.
10. 10.-Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento, Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide
11. Áfio C. , Joselany, E. Mujeres con mastectomía ante al proceso de adaptación del self-físico y del self personal. *R Enferm UERJ*. 2005 may-ago. 13(2):210-216.
12. 12.- Arjona, M. , Berruezo , M. , Felices, E. , Salguero, M. L. , Ortega, C. Carcinoma de mama: aproximación de los trastornos afectivos de la mastectomización. *Garnata*. 2000 ene. 15:21-48..
13. *Cáncer de Mama. Una guía práctica*. Ed. Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid. 2001
14. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Proyecto financiado parcialmente por: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) , Red de Centros de investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP).
15. National Cáncer Institut (Instituto Nacional del Cáncer en español) [www.cancer.gov/español](http://www.cancer.gov/español).
16. [www.cancermama.roche.es](http://www.cancermama.roche.es) .- GUIA PARA PACIENTES.
17. [www.cancermama.org](http://www.cancermama.org).
18. [www.forumclinic.org](http://www.forumclinic.org)

19. [www.todocancer.com](http://www.todocancer.com) (AECC)
20. AMACMEC. Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama de elche y comarca.
21. AMMCOVA (Asociación de mujeres mastectomizadas y afectadas de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana)
22. Brest cáncer – network of strength.. [www.networkofstrength.org/PDF](http://www.networkofstrength.org/PDF)] (guía dirigida a mujeres de EEUU) y Una Guía Sobre el Cáncer de Mama Para Toda Mujer. Versión en html.

#### **REVISIONES EN COCHRANE:**

- 23.- Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama. Revisión cochrane traducida). en: la biblioteca cochrane plus, 2008 número 4. (traducida de the cochrane library, 2008 issue 3. chichester, uk: john wiley & sons, ltd.).
- 24.- Edwards, A., Hailey, S. , Maxwell, M. Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico. (Revisión Cochrane traducida)
- 25.- Lockhart, K. Dosser, I. Cruickshank, S. Kennedy, C. Métodos de comunicación del diagnóstico primario de cáncer de mama a las pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- 26.- Mistiaen, P., Poot, E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- 27.- Scott ,JT., Harmsen, M., Pricor, MJ., Entwistle, VA., Sonden, AJ., Watt, I. Grabaciones o resúmenes de las consultas para personas con cáncer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

#### **REVISIONES EN SCIELO: “MASTECTOMIA E IMAGEN CORPORAL”**

- 28.-Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J. et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y Salud, Set 2007, vol.18, no.2, p.137-161. ISSN 1130-5274

#### **AGRADECIMIENTOS:**

*Magdalena Heredia., Psicóloga de AMACMEC (Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama de Elche y comarca). Por su inestimable colaboración en la selección de la muestra..*



## ANEXO 1 Tabla

Variables	Definición operacional	Escala de clasificación
<b>Edad</b>	35-76 años Md: 46 años S= 9,578 años S <sup>2</sup> =91,74 años	Se consideró en cada caso la edad en años cumplidos
<b>Ocupación</b>	Trabajadora Ama de casa Jubilada Parada	Se consideró aquella ocupación a la que se dedica la mujer como actividad principal
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios Primarios Estudios Secundarios Estudios Superiores	Se consideró el nivel de estudios máximo
<b>Relaciones de pareja</b>	Presentes Ausentes	Relaciones de pareja estables, legalizadas o no. No mantiene relaciones.
<b>Presencia de hijos</b>	Con hijos Sin hijos	Si tiene algún hijo. No ha tenido hijos.
<b>Tiempo desde la detección hasta que fue vista por un especialista según procedencia:</b>  * Médico A. P * UPCM * M. Privado	1-365 días.(se calcula la Mediana por tener datos muy dispersos)  Md = 60 días  Según procedencia:  * $\mu$ -M.A.P= 101,11 * $\mu$ -UPCM= 27,75 * Md- Privado=22,5	Se considera el tiempo desde que la paciente acude al médico de A.P o a una revisión rutinaria y es vista por el especialista de la unidad de mama.
<b>Atención médica y de enfermería</b>	Mala Regular Buena Muy buena	Atención médica y de enfermería percibida

ANEXO II. GRAFICOS

