

ESTEREOTIPOS DE GENERO Y CUIDADO DE SI EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

GENDER STEREOTYPES AND SELF CARE IN MASTECTOMIZED WOMEN

OLIVIA SANHUEZA ALVARADO* y MARLI VILLELA MAMEDE**

RESUMEN

Estudio cualitativo, con abordaje interaccionista y perspectiva de género, cuyo propósito era identificar si la socialización influye en el cuidado de sí misma. La muestra, catorce mujeres mastectomizadas recientemente, se contactó en hospital y luego en hogar, donde se realizó entrevista en profundidad y observación de comportamientos expresivos. Los discursos fueron analizados con hermenéutica dialéctica. Los resultados demuestran que mujeres entrevistadas vivencian estereotipos sociales de la sociedad chilena, reflejándose en no-apropiación de sí con relación a su corporalidad, su autoestima y en la toma de decisiones, dificultándose el cuidado de sí mismas. Las conclusiones se orientan a innovar, desde nuestra disciplina, no sólo en acciones contribuyentes a detección precoz del cáncer de mama, sino en la implementación de estrategias de promoción de salud y prevención de riesgos para las mujeres, incorporando la temática de género y dando prioridad a la aceptación y cuidado del cuerpo desde edades muy precoces.

Palabras claves: Mujeres mastectomizadas, Cuidado de sí, Estereotipos de género.

ABSTRACT

Qualitative research, with interactionist approach and gender perspective, whose purpose was to identify the influence of socialization in the care of itself. The sample, fourteen women mastectomized recently, contacted in hospital and visited at homes, where a deep interview and observation of their expressive behaviors was made. The speeches were analyzed by means of the hermeneutical dialectic. The results demonstrated that the women interviewed experience the social stereotypes of the Chilean society, which is reflected in the nonappropriation of themselves in relation to their bodily, their self-esteem and in the decision making up, becoming difficult the care of themselves. The conclusions are oriented to innovate from our discipline, not only in actions that contribute to the early detection of the breast cancer, but in implementing strategies of health promotion and prevention of risks for the women thus incorporating the gender thematic and giving priority to acceptance and care of their bodies since very early ages.

Keywords: Mastectomized women, Self-care, Gender stereotypes.

* Enfermera, Dra. en Enfermería, Profesora Asociada, Departamento de Enfermería Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: osanhue@udec.cl

** Enfermera, Dra. en Enfermería, Profesora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de Sao Paulo, R. Preto, Brasil.

INTRODUCCION

El cáncer de mama afecta en forma prioritaria a las mujeres, teniendo muchas connotaciones negativas para éstas, tanto en los aspectos físicos como psicológicos, alterando la imagen corporal (Santos, 1996) y autoestima de la mujer (Silva, 1994). Además de causar estos padecimientos, provoca problemas en el ámbito familiar y en las relaciones de pareja. Repercute, por lo tanto, en forma grave en la sociedad y, principalmente, en el grupo familiar, llevando a la desarticulación de los papeles que cada uno cumple en su contexto existencial.

También se constituye en la principal causa de muerte en la mujer chilena, en el grupo de edad más productivo, entre los 35 y los 60 años de edad, y la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer (INE, 1993). Ello justificaría un esfuerzo especial por parte del Estado para el diagnóstico precoz a escala masiva para las mujeres en riesgo. Con respecto al sistema institucional chileno en relación con salud, las autoras Matamala y Maynou (1996) comentan: "Posee una estructura fragmentada y nexos frágiles con la comunidad, la que no participa activamente en la generación de los Programas de Salud. Mantiene una relación opresiva con las personas y su corporalidad, en especial con las mujeres, sobre cuyos cuerpos se toman decisiones sin informarlas ni consultarlas".

En el Programa de Salud de la Mujer (Minsal, 1997) se reconoce que la socialización de género en Chile "moldea a la mujer en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, baja autoestima, dependencia, atención y cuidado de otros y no de sí misma. Y que este esfuerzo de conciliar las necesidades familiares y laborales con las propias influirían sobre el estado de salud integral de la mujer".

El convencimiento de las ideas previamente señaladas y considerando que si las condiciones sociales fueran diferentes para las mujeres —como por ejemplo disponer libremente de su tiempo; si no estuvieran sesgadas por los estereotipos de género que

influyen en su toma de decisiones, en creencias respecto de su cuerpo como algo intocable o pecaminoso o que no les pertenece o que les sirve de atractivo para el sexo opuesto; y si las entidades de salud contaran con atención de salud preventiva basada en pautas socioculturales locales— la situación de salud para la mujer por esta causa, probablemente, cambiaría, disminuyendo drásticamente las tasas de mortalidad por este cáncer. Ello, dado que a la mayoría de las mujeres se les detecta en forma tardía el cáncer de mama, cuando ya han presentado metástasis y es muy poco lo que se puede hacer para detener su avance: "El diagnóstico del cáncer de mama es tardío, los estadios III y IV superan el 70 % de los casos" (Minsal, 1995).

Se considera para los objetivos de este estudio que el cuerpo de la mujer y la conducta que se tenga sobre éste, no sólo son posibles mirarlas bajo un prisma biológico anatómico, sino que se hace muy necesario develar las interrelaciones en la construcción histórico-social generada a partir de éste.

Según Lagos (1997), la socialización del individuo es un proceso permanente de introyección de la cultura, siendo inseparable de ésta y de su adquisición. Conuerdo con esta autora en que los principales agentes de socialización están en la familia, en la escuela, en el grupo de pares, en los medios de comunicación de masas y en la iglesia. Todos ellos utilizan mecanismos socializantes como el refuerzo, la imitación y el modelado de comportamientos. Ello contribuye a la construcción del concepto de sí mismo, los esquemas de autoimagen y autoestima y a la identidad de cada uno de los individuos.

En nuestra sociedad, la identidad corporal que van construyendo hombres y mujeres está permeada por la desvalorización de la mujer como objeto protagónico y por el privilegio del hombre, expresados en la socialización familiar y social, inculcada en la crianza de los bebés hasta la adolescencia y en ocasiones hasta la edad adulta.

La sociedad, a su vez, toma como algo natural o esencial este proceso de conformación de las identidades. En otras palabras,

por ejemplo, considera que la atribución del espacio doméstico de la mujer proviene de su capacidad de ser madre, siendo también natural su capacidad de concebir y dar a luz, estando centralizadas en el interior de la familia las interacciones que socializan a niños y niñas para el futuro desempeño de sus identidades en la vida diaria. Por ello, de acuerdo con este pensamiento, será natural que las mujeres se dediquen en forma casi exclusiva a su hogar y a la familia, lugar privilegiado donde justamente son las madres quienes repiten una y otra vez los patrones culturales que por décadas han sido transmitidos a niños y niñas. Allende (1994) considera esta situación imperdonable y expresa: "Son las madres quienes se encargan de perpetuar y reforzar el sistema, criando hijos arrogantes e hijas serviciales. En todas las clases sociales se consideran virtudes femeninas máximas, la abnegación y el trabajo, siendo el espíritu de sacrificio una cuestión de honra, cuanto más sufren por la familia, más orgullosas se sienten"

Según Lagos (1997), las instituciones de modo general y la familia, en particular, en su empeño de socializar a los individuos, establecerían estereotipos sociales que corresponden a una imagen mental, desvirtuada de un objeto, persona o institución. Así, se atribuirían a las mujeres características emotivas y de pasividad y a los hombres, racionalidad e independencia. De esta manera, hombres y mujeres aprenderían a asumir como algo natural las características estereotipadas y por lo tanto también a asumir como algo natural nuestra posición de desventaja en la sociedad.

De esta manera, muchos de los mecanismos utilizados para la socialización de los géneros femenino y masculino se constituyen en verdaderos obstáculos para el desarrollo de la identidad femenina, influyendo en la autoimagen y autoestima de la mujer, desde etapas muy tempranas, desde la niñez (Alcalay y Milicic, 1991).

Al respecto, Matamala y Maynou (1996) señalan: "A la mujer, en el proceso de construcción de su identidad genérica, le ha sido

negada la afirmación de su corporalidad, de su sexualidad, de su autoestima y sus decisiones".

Es tradicional que el papel femenino esté circunscrito al espacio y dominio de lo privado, definiéndose como sus responsabilidades centrales el ser esposa, madre y dueña de casa. Sin embargo, el trabajo doméstico, la crianza de los hijos y la administración del hogar son percibidos como no productivos, y este tipo de interpretación/ significado no contribuye para la construcción de una autoestima y autoimagen positiva en la mujer, actitudes que se considera favorecerían que la mujer tuviera una mayor predisposición, motivación e interés en cuidar de sí misma y de su cuerpo.

La presente investigación se enmarca en un conjunto de trabajos tendientes a profundizar en la temática del cáncer de mama en la mujer de la región (la Octava Región presenta el segundo lugar de mortalidad por esta causa en el país, con un índice de 14,6%. INE, 1993), y específicamente ésta está interesada en estudiar la experiencia previa de la mujer con cáncer de mama, incorporando la comprensión del ambiente sociocultural y de género.

Su propósito es identificar si la forma como es educada y socializada la mujer influye en el cuidado de sí misma, de su cuerpo, y en especial de sus mamas, a fin de idear y promover estrategias nuevas de promoción, cuidado y detección precoz del cáncer de mama.

INTERACCIONISMO SIMBOLICO COMO MARCO TEORICO

El Interaccionismo Simbólico constituye una perspectiva teórica muy amplia acerca de la vida social humana. Tiene su origen en la psicología de William James, ampliándose con los sociólogos de fines del siglo XIX, destacándose George Herbert Mead (1953). Sus puntos comunes son el concebir la sociedad como un proceso donde los individuos y sociedad están estrechamente relacionados,

destacando el aspecto subjetivo del comportamiento humano como una parte necesaria en el proceso de formación y mantención del "self" social y del grupo social.

Según Blumer (1969), el análisis del Interaccionismo Simbólico descansa en tres premisas:

-La primera es que los seres humanos actúan en relación con las cosas basándose en el significado que éstas tienen para ellos.

Tales cosas incluyen todo lo que el ser humano puede notar en su mundo: objetos físicos como árboles, sillas; otros seres humanos, como la madre o el empleado del almacén; amigos; instituciones, como la escuela o consultorio; valores, como honestidad o independencia; y todas ellas en un encuentro individual en su vida diaria.

-La segunda premisa es que el significado de tales cosas se deriva de, o surge de la interacción social que cada uno tiene con sus semejantes.

Esta premisa tiene importancia para la presente investigación dado que se ha señalado anteriormente que la interacción social está marcada en nuestra sociedad por características peculiares, como lo son los estereotipos de género.

-La tercera premisa es que esos significados son manipulados y modificados en un proceso interpretativo usado por la propia persona al tratar con las cosas que encuentra.

Al respecto Riehl-Sisca (1994) clarifica que la interacción humana está mediada por el empleo de símbolos, y que en la interpretación de las acciones de los demás, el individuo se basa en el significado que le atribuye a tal o cual acción. Es decir, los significados que cada individuo dará a las diferentes cosas o aspectos con los cuales interactuará en su vida dependerán de qué símbolos hallan sido internalizados por éste.

Las tres premisas en su conjunto ayudan a comprender la influencia que pudieran ejercer las diferentes interacciones y relaciones humanas en el cuidado de sí, mediadas

a través de las relaciones sociales de género. Según Scott (1990), género puede ser entendido como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos. En otras palabras, las interacciones que se producen entre los seres humanos durante la infancia, cuando las niñas y niños aprenden un cierto número de significados, se pueden emplear más adelante para definir a otros y a sí mismo.

ASPECTOS EMPIRICOS

Los estudios en relación con cuidado y detección tardía se han abocado a constatar los escasos porcentajes de mujeres que autoexaminan sus mamas, sin considerar otros factores más decisivos como los ya mencionados, ausencia de programas institucionales de promoción y detección precoz del cáncer de mama, la influencia de factores socio-culturales en la percepción de las mujeres de esta enfermedad, el significado que el seno tiene para la mujer, etc.

La experiencia a este respecto es que las mujeres refieren miedo de que les sea diagnosticado cáncer, en especial si éste afecta a órganos del aparato sexual.

Existen algunos en la realidad nacional con mujeres sanas, como el de Shencke (1988) en un grupo de mujeres profesionales del área de la salud, en el cual verificó que estas mujeres no deseaban saber nada con respecto al cáncer de mama, detectando un escaso porcentaje de estas mujeres que se realizaban el autoexamen de mama. Sanhueza (1995), por su parte, constató en un grupo de profesoras que pocas deseaban conocer/aprender el autoexamen.

Trabajos que profundicen en los aspectos socio-culturales previos de mujeres que padezcan cáncer de mama son escasos, por no decir inexistentes. Sin embargo, es posible mencionar otros autores como Valanis y Rumpler (1985), los cuales advierten que la forma en que las mamas son vistas por la sociedad es una de las maneras que contribuyen para la valorización de esta parte del

cuerpo por la mujer, teniendo una gran influencia en el proceso de estructuración de la imagen corporal. Por lo anterior, es posible pensar que puede estar relacionado esta excesiva valorización con el miedo que sienten las mujeres de saber que puede existir malignidad en sus mamas y por lo mismo no querer saber ni palparlas. Así, por lo menos, lo da a entender Landarriotajauregi Apud Coperias y Prieto (1995) cuando afirma: "el busto femenino, además de ser un órgano diseñado para la nutrición, es un importante foco de atracción y es cierto que las mujeres están conscientes de su potencial seducción por sus atributos pectorales".

Schilder (1958) opina que la vida emocional desempeña un papel decisivo en la configuración definitiva del modelo corporal. Este autor expresa que la influencia emocional altera el valor y la claridad relativa a las distintas partes de la imagen corporal. Y que la imagen corporal se va elaborando de acuerdo con las experiencias que obtenemos de los actos y actitudes de los demás.

En otras palabras, la actitud en relación con las diferentes partes del cuerpo puede obedecer al interés brindado a éste por las personas con las cuales nos relacionamos en nuestra vida.

La relación entre la sensualidad que otorga el aspecto físico de las mamas y el temor de la pérdida de la misma fue enfatizado por Lewison (1955): "El miedo a la mastectomía en la mente de muchas mujeres puede estar íntimamente relacionado al símbolo del orgullo femenino y vanidad por un cuerpo bonito: Perdido en el limbo de nuestras primeras culturas y civilizaciones está el origen de la relación de la mama y su significado sexual intrínseco. Así, la ansiedad por una amputación o la posibilidad de mutilación por mastectomía le puede dar a la mujer una imagen de desencanto irrecuperable. Además de ello, la mama lleva en sí el símbolo de la maternidad, como órgano necesario para amamantar a su hijo. Si una mujer es desprovista de este símbolo se podrá imaginar a sí misma privada de atractivo y de las

virtudes de la maternidad, papel tan apreciado".

En el párrafo anterior se expresan fielmente todos los estereotipos que con respecto a la mama existen, estereotipos que bien pudieran influir en el cuidado que la mujer dé a su cuerpo, y en especial a su mama.

METODOLOGIA

Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las mujeres que se hospitalizaron para cirugía de mama por cáncer, entre los meses de noviembre y diciembre de 1997 y enero de 1998, en el Servicio de Cirugía del Hospital Higueiras de Talcahuano, de la ciudad de Talcahuano de la Octava Región, Chile.

La muestra estuvo constituida por 14 mujeres, de aquel servicio en el periodo estudiado, considerándose para establecer este número el momento en que los contenidos de las entrevistas comenzaron a converger y a establecerse unidades de significados.

Se solicitó por escrito su voluntad de participar en el estudio (Consentimiento informado), documento en el cual se les garantizó anonimato, especialmente cuando se publicaran los resultados.

Entrevista: Se realizó entrevista en profundidad con las mujeres, las que se realizaron en la casa de la paciente, después de aproximadamente 15 días del alta hospitalaria, a fin de establecer una relación de mayor proximidad que facilitase la expresión de su discurso.

Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas, para asegurarse de que no existiera omisión de ningún detalle de ésta. La entrevista fue guiada por las siguientes preguntas:

¿Para usted, qué han significado sus mamas en su vida? ¿Daba usted algún cuidado especial a esta parte de su cuerpo? ¿Por qué?

Análisis de los datos

El análisis de los datos cualitativos, los discursos de las pacientes, fueron analizados a partir de la hermenéutica dialéctica descrita por Minayo (1993), donde se procuró identificar unidades temáticas, a través de la explicación e interpretación de pensamientos expresados por las pacientes.

Explica esta autora que esta forma de análisis de los datos consiste en la explicación e interpretación de un pensamiento que se da en la comunicación entre los seres humanos, y que esta interpretación puede ser literal o de averiguación del sentido de las expresiones usadas, a través del análisis lingüístico; o temática, en la cual interesa, más que la expresión verbal, la comprensión simbólica de una realidad a ser penetrada. En este estudio, se usó la segunda opción en el análisis de los discursos de las mujeres, dado que el interés estaba en la comprensión simbólica de la realidad de las mujeres investigadas.

Además, durante el proceso de análisis de los discursos se realizó una constante relación entre lo empírico (los discursos) y lo teórico, en la tentativa de explorar con profundidad el discurso de las entrevistadas.

RESULTADOS

Se comprobó que la elección de la muestra había sido acertada y que eran ellas quienes podían exponer con mayor propiedad la experiencia de vida del cuidado del cuerpo. Ello coincide con lo que señala Rosiers (1988), cuando afirma que el estudio de las repercusiones de ciertas cirugías mutiladoras, como por ejemplo la mastectomía, puede contribuir para la profundización de la noción del cuerpo vivenciado y de la imagen de este cuerpo.

Aspectos bio-socio demográficos

Todas ellas pertenecían a la clase media chilena, que dispone de ciertos beneficios esta-

tales, al mismo tiempo que carece de otros.

Procedencia: La mayoría pertenecía a la comuna de Talcahuano; **Edad:** La mayoría estaba entre los 30 y los 65 años, edades que coinciden con la literatura (Schencke, 1988; Santos, 1996; Minsal, 1998) en cuanto a la edad de mayor incidencia de este cáncer; **Nivel de escolaridad:** La mitad del grupo poseía una escolaridad de 13 y más años de estudio, lo que coincide con los datos de escolaridad de la mujer chilena. **Religión:** En concordancia con los datos nacionales al respecto, la mayoría se declaró adherente a la religión católica; **Estado civil:** Casi la mitad estaba casada, seguida de igual número de solteras y una viuda; **Composición familiar:** Conforme los datos de composición familiar chilena, en la mayoría de los hogares el padre era el jefe de hogar. **Número de hijos:** Este no excedía de 2 a 4; **Previsión de salud:** La mayoría estaba adscrita al sistema público de Salud, principalmente en escalas A, B y C del sistema. Sólo una pertenecía a Isapre; **Renta familiar percibida:** La mayoría la percibía de regular a mala; **Ocupación:** A pesar de que más de la mitad ostentaba una educación de 13 años, sólo 5 de ellas mantenían una ocupación u oficio, principalmente en el área de servicios, hospitales o comercio. Las otras se dedicaban a sus hijos y al hogar. **Uso de método anticonceptivo:** La mayoría de las mujeres usaba anticonceptivos orales. Sus parejas no usaban ningún método de anticoncepción.

Estas características permiten formarnos una idea respecto de cómo se presenta la condición de género de estas mujeres, lo que facilitará entender mejor los resultados de la investigación, como también son fundamentales al implementar estrategias de promoción de la salud.

Además, se identificó en la historia de estas mujeres algunos factores que pueden ser considerados de riesgo al cáncer de mama, basado en los principales factores de riesgo señalados en las Normas del Ministerio de Salud (Minsal, 1998): edad, herencia, factores hormonales y reproductivos (menarquia precoz, menopausia tardía,

nuliparidad, primiparidad, administración exógena de estrógenos); dieta, factor socio-económico y residencia urbana.

Se pudo concluir en relación con los factores de riesgo de la muestra, en que en muy pocas mujeres estaban éstos presentes, siendo sólo la edad y residencia urbana los coincidentes. Se concuerda con la literatura cuando enfatiza la necesidad de seguir investigando a fin de determinar el verdadero papel de cada factor.

Unidad temática resultante: El cuidado de sí

Cuando las mujeres hablaron sobre el significado de su mama procuraron precisar ideas donde se retrataran a sí mismas y el ocuparse de sí mismas. Así, por ejemplo, la situación del descubrimiento del tumor fue decisiva para identificar que las mujeres no cuidan de sí mismas, como tampoco no consultan a un profesional para el examen de sus mamas. Sin embargo, muchas relataron que fueron ellas mismas quienes accidentalmente descubrieron el tumor, pero ya en etapa avanzada.

El cuidado de sí implica trabajo y se requiere de tiempo para ello, de darse tiempo. Ello constituye para Foucault (1985) uno de los grandes problemas de esta "cultura de sí", en que durante el transcurso del día o de la vida es necesario consagrarse a sí, donde las personas recurren a diferentes fórmulas, no siempre productivas para sí mismo, como por ejemplo, en lo mencionado por Juana:

"Las mamas para mí tenían una importancia tremenda. La mama en la mujer, no se cómo decirle, es algo bonito, es algo con lo cual la mujer se siente más mujer, porque es algo natural... Yo incluso cuidaba de ellas. No supe de qué vino esto, no. Pensaba y pensaba de qué, no he tenido golpes, apretones, nada. Cuando me salió aquí, en esta mama, ese día palpé algo. Y después de algún tiempo, fui al médico con mi hija, porque ella me llevó. Y fue bueno acudir, porque ahí supe que era cáncer".

También en lo expresado por Rosa, se percibe una falta de preocupación por sí misma:

"No me preocupé con mi mama, sabiendo que las personas en mi familia estaban muriendo de cáncer de mama, mi hermana murió y mi hija tenía cáncer de mama. Para mí mis mamas no eran nada, y sentía un bulto en una, pero no me preocupé. Mi familia, después que les conté, me llevó al médico y a la semana siguiente estaba operada de cáncer".

Al permitirse pensar en sí misma, la mujer reconoció los principios esenciales de una conducta racional. Se percata que el tiempo dedicado a ellas es importante, y que no cae en el vacío. Según Foucault (1985), el cuidado de sí no representaría un ejercicio solitario, sino que una verdadera práctica social, y que en la práctica toma forma en estructuras más o menos institucionalizadas, como el caso de Inés:

"No soy olvidadiza, por eso no sé que pasó, no sé cómo transcurrió el tiempo, y hace un año descubrí un bulto en la mama derecha; hablé con la matrona que me pidió una mamografía. Y estaba en eso cuando pasó un año y yo todavía no me la había hecho".

En este hablar de sí mismas, las mujeres descubrieron que su único apoyo no estaba sólo en las instituciones, sino que tenían una red de apoyo social, en sus amistades y parientes:

"Fui al médico, acompañada de mi hija, ella me dijo: ya mamá, tenemos que ir al médico, porque si yo fuera sola... la familia influye mucho en esto". (Juana).

Se identificó en los discursos la relación que tenían con su cuerpo, en que lo central era la negación, el ocultar, la falta de aceptación de su cuerpo, o el desconocimiento de éste, como se puede apreciar en los siguientes discursos:

"Yo no estaba acostumbrada a que me vieran mi cuerpo, por lo tanto nunca me desvestía delante de nadie. Cuando tuve que hacerlo para que el médico me examinara, para mí fue chocante, sentí vergüenza. Cuando adolescente yo no mostraba nada, no lucía mis pechos". (Cecilia).

"Cuando joven tenía mucha vergüenza, no me gustaba que las personas me miraran, no me gustaba que me vieran porque tenía mucho busto, usaba ropas sueltas, estaba acomplejada". (Carla).

"Para mí mis mamas eran nada, era como si no existieran". (Rebeca).

De acuerdo a la interpretación del Grupo Ceres (1981), se debe entender este silencio que oculta y acompaña el ejercicio de la sexualidad femenina como un elemento contradictorio. La estrategia del silencio, utilizada como forma de poder es aparentemente rota por la sexualización del cuerpo de la mujer convertido en objeto, ello sería por el contrario un refuerzo para enfatizar esta condición de objeto del cuerpo femenino. Es asumido también por la mujer como parte de un comportamiento aprendido para maximizar sus recursos de sobrevivencia en una sociedad desigual. La aparente contradicción encajaría en el juego ambiguo de seducción-recato, propio de nuestra sociedad en relación con el cuerpo femenino.

Un aspecto muy marcante en sus discursos fue el dar significado erótico a las mamas, como lo expresan Desdi y Karen, respectivamente:

"Para mí formaban parte del ser mujer. Después, cuando comenzó mi desarrollo, me gustaba mostrar mi busto para sentirme mujer. Quería parecer bonita, no sé, me gustaba mostrarlas. Incluso ahora todavía me gusta mostrar, por eso uso sostenes que me las sujeten, para que estén firmes porque se me están cayendo, antes me gustaba mucho mostrar".

"Después de adulta aparece otro significado: el de la atracción. Cuando niña sabía que tenía que esconder mis mamas, pero después no, porque sabía que eran parte de la atracción de la mujer.... que era necesario cuidarlas, no escondiéndolas. Mi marido me decía: por qué esconder, ya que cuando el hombre se casa..."

En esta expresión de las mamas como símbolo erótico fue posible identificar el significado social y psicológico construido respecto de la sexualidad femenina con gran referencia al cuerpo.

Según Alves (1980), la participación de la mama como una forma de lenguaje corporal sexual lleva a la formación de una identidad específicamente femenina, porque la mujer aprende cómo ser fuente de atracción, siendo el cuerpo utilizado como atractivo para el inicio de una relación social. Y la mama forma parte de este cuerpo, pero como uno de los aspectos más íntimos de lo femenino. En este estudio se percibió que las mujeres se sienten estimuladas cuando son admiradas por su cuerpo con atributos de belleza sexual, como lo expresa Eleonor:

"Para mí mis mamas eran especiales, porque las relacionaba con el atraer al hombre".

Mamede (1991) alerta que la posibilidad de la pérdida de la mama, como por ejemplo del resultado de un cáncer, amenaza la imagen corporal femenina, coloca en peligro el orgullo femenino y altera la identificación femenina básica. Señala que varios estudios han demostrado que, de acuerdo con la percepción de las mujeres, mastectomizadas o no, la remoción de la mama lleva a la pérdida del sentido de sentirse mujer. Y esta forma de valor de la mama fue expresada por Ana:

"Para mí mis mamas fueron algo de preocupación especial, ya que las imaginaba como representantes de mi identidad femenina".

CONSIDERACIONES FINALES

El modo en que las mamas son vistas en la sociedad es uno de los elementos que contribuye a la valorización de esa parte del cuerpo por la mujer, siendo ésta la influencia más fuerte en este proceso de estructuración de la imagen corporal.

El aprendizaje con relación a las mamas deriva de los padres y de las experiencias durante la infancia y la adolescencia. La forma cómo la mujer valora su propio cuerpo deriva de las experiencias con amigos, sus parejas, personas amigas de la familia, todos los cuales son aspectos relevantes en el proceso de dar significado a la mama y éstas como parte del cuerpo femenino. También la exaltación de la mama por medio de estrategias publicitarias contribuye para una visión común de las mamas como órgano sexual y vehículo para la expresión erótica, siendo otro factor muy decidor para la formación de la identidad corporal, en base justamente al atractivo que éste pueda tener para los demás. Se puede pensar que este narcisismo y esta tendencia a la sobrevalorización de la estética corporal actual puedan explicar tal vez el drama que provoca la pérdida de la mama para algunas mujeres, como lo señala Tieffer (1993): "quizás la introyección de tales valores explique el horror de ciertas mujeres, cuyas edades las aleja de la preocupación del amamantamiento, y que siendo maduras y casadas sufren con el impacto estético de la pérdida de su mama".

En ese sentido se evidenció en este estudio que la interpretación echa por las mujeres estudiadas sobre el significado de sus mamas se relacionó con el concepto que ellas tienen sobre el género femenino, incorporado a éste la idea de un cuerpo con funciones específicas establecidas.

La interpretación que las mujeres estudiadas hicieron sobre la forma como se dio su proceso de socialización, en cuanto a los aspectos de sexualidad de su cuerpo, revela que es justamente en el discurso donde se articula poder y saber. Matamala y Maynou

(1996) aseguran que las características sexuales secundarias de la mujer, tales como las mamas, son vitales en la formación del concepto de imagen corporal, dado que las mamas están más expuestas que otro órgano sexual, como los órganos reproductivos internos, ovarios, útero, etc.

Esta imagen corporal que construimos de nosotros mismos, tan determinada por la autoestima, está cada vez más relacionada al desarrollo y realización de las personas, dado que tales constructos se relacionan con aspectos determinantes para la vida, como la seguridad personal, la calidad de las relaciones interpersonales, el sentido de responsabilidad de nuestras propias acciones —como por ejemplo el cuidado de sí—, la productividad y también a sentimientos de satisfacción personal.

De acuerdo con el Interaccionismo Simbólico, las experiencias que las mujeres mostraron son subjetivas, y esa subjetividad está determinada por la forma cómo ellas vivenciaron su cuerpo desde la infancia hasta adolescencia y edad adulta; lugar de todas las experiencias consigo misma, con los otros y con el mundo.

Esto ha permitido a las autoras del estudio comprender que la subvalorización del papel femenino contribuye indudablemente a obstaculizar el desarrollo de una imagen corporal y una autoestima positiva en la mujer, lo que a la larga puede constituirse en un obstáculo de un buen desarrollo del cuidado de sí.

En ese sentido es de suma importancia que las relaciones de ambos padres con sus hijos e hijas se desenvuelvan en un marco de comunicación con igualdad, equidad y libertad, no de dominación ni sumisión ni control excesivo. También se requiere de un ambiente donde la sexualidad pueda ser conversada en forma abierta, natural, donde no se oculte ni represente pecado o maldad, y que no se reprima la sexualidad normal de niños y niñas.

Es importante que durante su desarrollo, niñas y niños visualicen a su padre o madre en roles que no sean de oposición: como, por

ejemplo, de dominancia, proveedor y alejamiento del padre, y de sumisión, dependencia y de refuerzo de estereotipos sexuales por parte de la madre, todas funciones socializantes que representan y enseñan modelos diferenciadores de género.

Se considera que éstas y otras formas de enfrentar la construcción de género femenino posibilitarían desarrollar integralmente todas sus dimensiones como persona, para que así puedan tomar las decisiones más trascendentales de su vida, en especial aquellas que correspondan a su salud, a su corporalidad y a su sexualidad.

Sobre enfermería recae una tremenda responsabilidad, por un lado en la etapa de detección precoz del cáncer de mama, en que no sólo será necesario implementar estrategias diferentes en orden de incentivar a la mujer a quererse más a sí misma y en la desconstrucción de preconceptos respecto de las mamas, incentivando su palpación desde niñas para conocerlas mejor y detectar tempranamente anomalías en ellas. Un aspecto que es necesario considerar en los futuros programas preventivos de detección precoz del cáncer de mama y cuidado de la salud de la mujer, es que estén apegados a la realidad chilena, es decir, que se originen en aspectos o problemas basados directamente en la cultura y comportamiento humano de quienes sufren la enfermedad. Por otro lado, el papel de enfermería en el área asistencial es relevante, dado que tiene a su cuidado a individuos de todas las edades, a través de todo el ciclo vital, donde podrá orientar, aconsejar y educar respecto a mejores formas de comunicación de padres e hijos, enseñando a niños y niñas actitudes de no discriminación de género y cómo cuidar, en primer lugar, de sí mismas y, en segundo lugar, de los demás.

BIBLIOGRAFIA

- ALCALAY, L.; MILICIC N. "Autoestima y autoconcepto de mujer: Algunas reflexiones sobre la realización del rol sexual". In: EPAS. Educación para el Autocuidado en Salud. Vol VIII, nº 2, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 1991.
- ALVES, B. e cols. "Sexualidade e desconhecimento: a negação do saber". In: BRUSCHINI, M. e ROSEMBERG, F (orgs). Vivência, História, Sexualidade e imagens femininas. Sao Paulo-Brasiliense, 1980.
- ALLENDE, I. Paula. Santiago, Chile, Editorial Sudamericana, 1994.
- BLUMER, H. Symbolic Interactionism. Perspectives and Methods. New Jersey, Prentice Hall, p. 207, 1969.
- CHILE. Ministerio de Salud, MINSAL. División Programas de Salud. Dpto. Programas de las Personas. Unidad de Cáncer. Ordinario 4 C/Nº 2888. Santiago, Chile. 1995.
- _____. Ministerio de Salud, MINSAL. Programa de Salud de la Mujer. 1997
- _____. Ministerio de Salud, MINSAL. NORMAS. Prioridades Salud País. Programas de Salud de las Personas, Santiago, 1998.
- _____. Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Informe Demográfico de Chile, CENSO- 1992. 1993.
- COPERIAS & PRIETO, E.; PIETRO, C. "Los senos: de órgano nutricio a símbolo sexual". Rev. Muy Interesante. Santiago, Chile. n. 100, p. 6-12, 1995.
- FOUCAULT, M. História da Sexualidade 3: O cuidado de si. 4ª ed, Ed. Graal, Río de Janeiro, 1985.
- GRUPO CERES. "O Espelho de Vênus: Identidade Social e Sexual da Mulher". Rev. Brasileira, SP, p.313-83, 1981.
- LAGOS, I. "El tema de Género en la Reforma Educativa Chilena. Monografía inédita". Programa Multidisciplinario de Estudios de la Mujer, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 1997.
- LE BOULCH, J. "Para caminar sin tropiezos". El Mercurio, "Revista de Domingo", Santiago, Chile. 2 de Noviembre de 1997.
- LEWISON, E. "The total care of your mastectomy patient". In: LEWISON E. Breast Cancer and its diagnosis and treatment. USA, The Williams&Wilkins Co., 40 p. 1955.
- MAMEDE, M.V. "Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial". Ribeirão Preto. 1991. 140 p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
- MATAMALA, V., M.I.; MAYNOU, O., P.M. Salud de la mujer, calidad de la atención y género. Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social.(ONG) Manual. Ed. LOM Ltda. Santiago, Chile, 1996.
- MEAD, G.H. Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires. Paidós, 1953.
- MINAYO, M.C. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª ed. São Paulo. Ed. Hucitec-Abrasco, 269 p., 1993.
- RIEHL-SISCA, J. "Interaccionismo Simbólico". In: MARRINER-TOMEY, A. Modelos y teorías en enfermería. Harcourt Brace, S.A. España, 1994. 530 p.
- ROSIERS A.M.J. "Vivência Corporal, Imagem do Corpo e Mastectomia". In: 18ª Reuniao Anual de Psicologia, Ribeirao Preto, 1988. Anais, Ribeirao Preto, Sociedade de Psicologia de Ribeirao Preto, 1988, p. 181-89.

- SANHUEZA, O.I. "Efecto de Programa Educativo en Conducta Auto-Examinadora de Mama de Educadoras". Rev. Ciencia y Enfermería, v. 1, n. 1, 1995.
- SANTOS, A. "Imagen Corporal en Mujeres Operadas por Cáncer de Mama", 1996. Tesis Magister en Enfermería Médico-Quirúrgica. Escuela de Graduados, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- SCOTT, J. Gênero: "Uma Categoria Útil de Análise Histórica". Educação e Realidade, v. 16, n. 2, p. 5-22. 1990.
- SHENCKE, M. "Actitud hacia el autoexamen de mamas de profesionales de salud: Una Aplicación del Modelo de Creencias en Salud en Hospital Clínico de Comuna de Concepción", 1988. Tesis Magister en Enfermería Médico-Quirúrgica. Escuela de Graduados, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- SCHILDER, P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1958.
- SILVA, R.M. "O conviver com a Mastectomizada". Ribeirao Preto, 1994. 156 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto- USP.
- TIEFFER, L. "Uma perspectiva feminista sobre sexologia e sexualidade". In: GERGEN, M.M. O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993.
- VALANIS, B.G.; RUMPLER, C.H. "Helping women to choose breast cancer treatment alternatives". Cancer Nurs., v. 8, n.3, p. 167-75, 1985.