Rev. Latino-Am. Enfermagem
2016;24:e2780
DOI: 10.1590/1518-8345.1081.2780
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

La mujer que experimenta las cirugías ginecológicas: enfrentando los cambios impuestos por la cirugía[1]

Carolina de Mendonça Coutinho e Silva[2]
Octavio Muniz da Costa Vargens[3]

Objetivos: describir las sensaciones y percepciones que surgen de la cirugía ginecológica para las mujeres y analizar cómo experimentan los cambios generados por la cirugía. Método: estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, que tenía el Interaccionismo Simbólico y la Grounded Theory como marco teórico y metodológico. Los sujetos fueron 13 mujeres sometidas a cirugía: Histerectomía abdominal total, Histerectomía Abdominal Total con Anexectomía bilateral, cirugía Wertheim-Meigs, Ooforectomía, Salpingectomía, Mastectomía, Cuadrantectomía y Traqueloplastia. Se realizaron entrevistas individuales en profundidad, registradas y analizadas de acuerdo con la técnica de análisis comparativo de la Grounded Theory. Resultados: a partir de los datos surgieron dos categorías – Darse cuenta de un cuerpo diferente y sentirse una persona diferente y Construyendo el significado de la mutilación. Los cambios experimentados hacen que las mujeres construyan nuevos significados y cambien la percepción de si misma y el entorno social. A partir de la interacción con ella misma y por este medio se produjo la reflexión sobre las relaciones, la diferencia en el cuerpo y en sí, las funciones que realiza y la mutilación causada por la cirugía. Conclusiones: las participantes se consideraron diferentes mujeres; la mutilación sentida se desarrolló en concreto, por la pérdida del órgano, y abstracta, ligada al impacto en la identidad social y funcional femenina. Percibimos la importancia de la enfermera de establecer una atención multidimensional, para identificar las necesidades que van más allá del cuerpo biológico.

Descriptores: Enfermería; Salud de la Mujer; Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos; Femininidad.

[1] Artículo parte de la disertación de maestría "Enfrentando mudanças e valorizando a vida - uma referência para a enfermeira no cuidado à mulher submetida à cirurgia ginecológica", presentada a la Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[2] Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Enfermeiro, Hospital do Câncer III, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[3] PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Cómo citar este artículo

Silva CMC, Vargens OMC. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2780. [Access ___/___/___]; Available in: _____.
DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780.

mes día año URL

Introducción

Las enfermedades del aparato genitourinario y de mama son responsables por un gran número de procedimientos quirúrgicos en todo el mundo. La histerectomía, por ejemplo, y la cirugía ginecológica se realiza en los países más desarrollados[1], así como la mastectomía se realiza extensamente como tratamiento para las mujeres, debido a que la neoplasia de mama es la principal de las mujeres en Brasil y en el mundo[2]. Las enfermedades del aparato genitourinario y mamario no sólo son un problema grave de salud pública, sino que afectan a los órganos que tienen valores simbólicos y relacionados con la feminidad[3-4].

Para cada mujer, la cirugía ginecológica es una experiencia vivida de una manera particular. Las sensaciones y percepciones que se producen con la mujer después de la retirada de un órgano del sistema reproductivo del cuerpo son identificados en este estudio, lo que demuestra que la mujer se enfrenta a una serie de cambios en el cuerpo y el self (autoconciencia).

Se sabe que hay sentimientos y características relacionadas con la percepción del cuerpo que son comunes a las mujeres después de la cirugía: extrañeza y la modificación de la imagen corporal[3-4], la percepción de un cuerpo cambiado y diferente[5-6], sensación de mutilación de su cuerpo[5], sensación de vacío, de ser diferente a otras mujeres y la percepción de un cuerpo marcado[3,7]. Esto significa que físicamente, esta mujer puede tener dificultades de percibirse a si misma.

Cada persona se encuentra en el mundo a través del cuerpo y por lo tanto sería imposible separar los sentimientos del cuerpo y viceversa. En el cuerpo se registran las marcas de la existencia, lo que resulta en la forma y manera que la gente se inserta en el mundo[8]. Lo que sucede con el cuerpo se refleja dentro del individuo, así como las características, rostros y actitudes corporales cambian a partir de los sentimientos y emociones.

El cuerpo es para el mundo lo que las mujeres son, por lo que la pérdida de una parte tiene un gran impacto en su manera de comunicarse con el mundo exterior y con ellas mismas. Algunas tienen una actitud positiva para hacer frente a la situación, aceptando la nueva imagen corporal estableciendo una nueva forma de comunicación con el mundo. Otros, sin embargo, ven la experiencia de la pérdida como un factor desencadenante de la inseguridad en sus relaciones, ya que se forma una nueva imagen de sí misma y esto está ligado a una mala experiencia[6-7,9-11].

Dado el gran número de mujeres que se someten a cirugías ginecológicas anualmente debido a enfermedad en el sistema genitourinario y de mama, es necesario tener en cuenta las diversas cuestiones que están involucradas en el cuidado de estas mujeres.

Para la planificación de los cuidados de enfermería, a menudo existe una preocupación por el tratamiento inmediato de la cirugía y la prevención de complicaciones. Esta lógica de la atención denota un modelo medicalizado, que se centra en la curación de un cuerpo que enferma, por lo que las directrices se basan en el cuidado del cuerpo[12-14]. La preocupación de la medicina en la mejora de las técnicas para corregir las disfunciones relacionadas con los órganos reproductores refleja la racionalidad científica, que considera el cuerpo femenino como una máquina, que al presentar "piezas" defectuosas, deben ser corregidas[13,15], y la extracción de órganos en nombre de la preservación de salud se convierte en un proceso común o natural.

En esta lógica, la cirugía por lo general es la solución de los problemas que el órgano enfermo traía a la vida de la mujer, con el objetivo de su bienestar físico a partir de la desaparición de los síntomas[3]. Por lo tanto, la mayoría de las veces no se considera pertinente el valor asignado a este órgano, o creencias y significados construidos por él, que deberian ser considerados, con el fin de mantener el bienestar mental y social, más allá del físico.

La asociación psicológica entre la capacidad reproductiva, la sexualidad y la feminidad comenzó a ser estudiada en las últimas décadas, con el fin de verificar la influencia de las mujeres sometidas a estas cirugías en los siguientes aspectos: autoconcepto, autoestima, relaciones sexuales y maritales, trastornos psicosomáticos, entre otros. Varios autores[3-10] han discutido estos temas, lo que resultó en hallazgos relevantes para la implementación de una atención integral de enfermería para las mujeres.

La pérdida de un órgano relacionado con la feminidad, que es visible o no para otros, se refiere a cambios profundos en la percepción de sí misma, ya que partes del cuerpo biológico tienen influencia directa en la estructura social del individuo, además de su propia funcionalidad[7,16]. Hay una necesidad de estudiar el fenómeno de la mutilación como una perdida de parte importante de la persona y no la pérdida pura y simple de un órgano, no sólo en su sentido físico. Es una pérdida que se refleja en la autoestima, la imagen de sí misma, auto-concepto y los elementos que provocan la sensación de ser una mujer.

Este estudio se basa en el principio fundamental de la Interacción Simbólica, según la cual el ser humano actúa hacia las cosas de acuerdo el significado o sentido de que estas cosas tienen para él[17-18]. Por lo tanto, se supone que las mujeres actúan en relación con ellas mismas y con la experiencia vivida de la cirugía

ginecológica siguiendo el significado asignado por ellas a los cambios percibidos en su cuerpo, resultante de estas cirugías. Es con este sentido que van a interactuar con ellas mismas y su entorno.

Por lo tanto, este estudio tenía como objeto la experiencia de la cirugía ginecológica para la mujer a partir de la pérdida de órganos relacionadas con la reproducción. Los objetivos fueron: describir las sensaciones y percepciones que surgen de la cirugía ginecológica para las mujeres y analizar cómo experimentan los cambios generados por la cirugía.

Cabe señalar que las búsquedas de bases de datos con las palabras "Mutilación" y "Cirugías Ginecológicas" apuntan principalmente al resultado Mutilación Genital Femenina, lo que indica que el estudio de la mutilación asociada con la subjetividad ligada a los órganos femeninos del cuerpo necesita ser explorado más.

Método

Este es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se propuso desentrañar los procesos de interpretación, definición y acción sobre la base de los significados atribuidos a una situación específica (cirugía ginecológica), por individuos (mujeres) en un contexto de interacción con ellos y la sociedad.

Se aplicó la Grounded Theory, que es un enfoque coherente con el marco teórico[17-18] seleccionado para apoyar el análisis de los datos a ser recolectados[19]. La investigación se realizó en un hospital universitario de la ciudad de Río de Janeiro, después de la presentación al Comité de Ética del hospital de estudio (número de protocolo 2509/2009).

Los criterios de inclusión fueron mujeres sometidas a algún tipo de cirugía ginecológica, y que ya habían pasado más de un año desde la cirugía, ya que es un tiempo que refleja no sólo una adaptación a una nueva situación de vida, pero un período donde las repercusiones y las reflexiones más profundas podrían ser percibidas. Se incluyeron mujeres que se sometieron a procedimientos quirúrgicos ginecológicos como resultado de cualquier patología, teniendo en cuenta que, independientemente del tipo de cirugía, uno o más órganos relacionados con la naturaleza femenina o reproducción fue retirada, en su totalidad o en parte, y este fue el hecho que influyó en la experiencia estudiadas aquí. Se establecieron inicialmente llamadas de teléfono y citas programadas con las mujeres para las entrevistas, a partir de búsquedas en los registros (búsqueda de patologías benignas) y en las agendas de fisioterapia de la clínica de control del cáncer.

Estos criterios se relacionan con la composición de los "grupos de la muestra", una expresión utilizada por la Grounded Theory, que establece que deben ser reclutados nuevos participantes para proporcionar la nueva información que se quiere obtener, debido a la inclusión de términos que surgen en el análisis[19]. La cantidad de mujeres incluidas en el primer grupo se determinó por la demanda espontánea de los primeros contactos. Para otros grupos de la muestra los criterios fueron determinados por el análisis comparativo constante de los datos recogidos[19]. Este procedimiento se llevó a cabo de forma continua, hasta que diese lugar a la repetición de la información, constituyendo la saturación teórica. No se impusieron límites sobre el número de participantes, y la recogida de datos continuó hasta que no apareció nueva información.

Los entrevistados recibieron explicaciones sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad del estudio y la necesidad de grabar entrevistas, y les proporcionaron un Término de Consentimiento Libre e Informado antes del inicio de las entrevistas, que se llevaron a cabo entre marzo y septiembre de 2010.

Los sujetos fueron 13 mujeres sometidas a cirugías: Histerectomía Abdominal Total, Histerectomía Abdominal Total con Anexectomía bilateral, la cirugía Wertheim-Meigs, Ooforectomía, Salpingectomía, Mastectomía, Cuadrantectomía y Traqueloplastia.

Las edades de los participantes en la encuesta se extienden de 33-76 años, con una media de 47 años. 8 estaban casadas, 4 divorciadas y una era soltera. De las 13 mujeres, 3 no tenían hijos en la fecha de la entrevista. Tres tenían una educación de escuela primaria, 5 de secundaria y 5 universidad.

Inicialmente se aplicó una entrevista no estructurada y desde el segundo grupo de la muestra la entrevista se adaptó para dirigir la recogida de nuevos datos[19], continuando con una entrevista semiestructurada. Esta se volvió más relevante para la continuación de las etapas debido a que el investigador la utiliza como una guia de tópicos preparada para asegurar que todos los temas de interés de la investigación se aborden. Una pregunta guía fue propuesta por primera vez a los participantes, y se introdujeron otras cuestiones, cuando fue necesario, durante las entrevistas. Algunas cuestiones se introdujeron después de la finalización del primer grupo de la muestra y se incorporaron en el guión básico de la entrevista, siguiendo lo recomendado por el método[19].

La pregunta inicial de las entrevistas fue: "Digame cómo fue para Ud. someterse a esta cirugía ginecológica». Inicialmente se formaron dos grupos de muestras, tomando en consideración el tipo de patología indicada la cirugía. En estos grupos las mujeres se agruparon en *mujeres que hicieron el tratamiento oncológico* y

mujeres que trataron enfermedades benignas. Después de este proceso comparativo se formaron otros dos grupos de la muestra en la que las mujeres se agruparon como *mujeres a las cuales se les retiraron los órganos visibles* (mamas) y *mujeres a las que no se les retiraron los órganos* visibles (útero, trompas de Falopio y los ovarios). En este etapa tratamos de determinar si la pérdida de órgano o una parte del mismo, visible o no a los ojos de otros, influyeron en la sensación de la mutilación, independientemente del tipo de patología.

Resultados y Discusión

Se definieron dos categorías: *Percibiendo un cuerpo diferente y sintiéndose una persona diferente,* y *Construyendo el significado de la mutilación.*

La primera categoría, *Percibiendo un cuerpo diferente y sintiéndose una persona diferente,* muestra que la retirada de una parte del cuerpo significaba la amputación, perder algo muy importante para la caracterización del mismo. Algunos matices se destacan. Ella *siente que le falta un pedazo*, sea porque ella ve esta falta en su cuerpo o porque tiene conocimiento de que un órgano interno ya no está más. Para explicar la cirugía realizada, ella dice objetivamente que removió total o parcialmente un órgano, y esto es una parte, un pedazo de su cuerpo. Sin embargo, esta explicación también surgió con otra intensidad, cuando una mujer expresa la extrañeza de tener un cuerpo cambiado, por la forma que habla se ve que está cargando la *sensación de frustración con un cuerpo extraño,* que pasa a ser un cuerpo incompleto para ella. También existe la percepción de que tiene un cuerpo diferente cuando ella informa de que *tiene un cuerpo marcado*, de modo que la marca es un fuerte símbolo de este cambio del cuerpo debido a que la cicatriz es interpretada como evidencia de que hay una diferencia en su cuerpo.

[...]oye, ni hijo tuve y ya tengo la marca de una cesárea ... Queda raro eso. [...] También que yo no estoy mostrando la cicatriz para todo el mundo, ¿no? O que uno puede maquillar, transformarlas otras pesonas no saben. Una explicación menos que uno tiene para dar, uno se molesta menos con eso. (E2 - Ooforectomia)

[...]pero es frustrante, ¿no? De ver así no es nada lindo! Es una cirugía muy fea. A mi me parece ... Es horrible! (E8 - Mastectomia)

Esta percepción de un cuerpo diferente es la dimensión concreta del cambio que se produjo, que ocurrió físicamente. La marca visible en el cuerpo en combinación con aspectos de naturaleza psicológica y cultural del cuerpo de la mujer producen experiencias traumáticas para las mujeres[6-8]. Por eso ella expresa que le falta un pedazo, que tiene un cuerpo extraño o tiene un cuerpo marcado. Ella ve el cambio del cuerpo. Su cuerpo, con las características que tiene, hacen que sea una persona determinada, interactuando de alguna manera con el medio ambiente.

Ah, es un pedazo de nosotros, ¿no? Nacemos con todos los órganos, ¿no? Es un pedazo... (E1 - Histerectomia)

Cuando una se mira en el espejo, una tiene un lado y no tiene el otro. [...] Algo tan extraño ... Me dió un shock. (E3 - Mastectomia)

Fui a casa y cuando me miré, me dió mucha tristeza, pero... (E8 - Mastectomia)

Al pasar por la experiencia del cambio del cuerpo, diferentes sentimientos son experimentados, otras situaciones empiezan a tener sentido y nuevos significados se construyen. Un cambio importante se lleva a cabo, por lo que la mujer expresa que esta con una *persona diferente*.

Trato de sentirme normal. Que a veces no lo es, pero ... Qué puedo hacer? (E9 – Wertheim Meigs)

Sentirse una persona diferente, señala que el cambio en el cuerpo va más lejos, algo más profundo, lo que también es señalado en estudios previos[7,10]. Esta dualidad está bien marcada en los discursos, que a veces se mezclan, a veces se individualizan, debido a la dificultad, en ocasiones, de la mujer dimensionar la influencia que un cambio de cuerpo tiene sobre su *self*.

Para la Interaccionismo Simbólico un concepto central es el *self*, la auto-conciencia. El *self* es un objeto social, porque cuando el individuo interactúa con su conciencia lleva a cabo una autointeracción y una interacción social para definir su comportamiento. A medida que interactúa con los otros, el individuo define su *self* y lo modifica de forma continua, con el contexto de la sociedad en la que se desarrolla. El *self* es un proceso social en el individuo[17].

Así que cuando la mujer expresa que se siente como una *persona diferente* este es el resultado del proceso de interacción que experimentó, de la autointeracción y la interacción con los demás, lo que permite que el *self* se modifique continuamente. Esta auto-conciencia cambia a lo largo de la vida, y en el caso de estas mujeres cambió cuando entraron en contacto con una nueva realidad corporal.

Es decir, yo no soy la misma que era. [...] No es mejor tener una persona sana que tener una persona deconstruida? Quién me ha visto y quien me ve ... Hay una diferencia muy grande. La gente en la calle no me reconoce a veces. (E3 - Mastectomia)

El estudio señala diferentes tipos de pérdidas: una concreta, una física y otra abstracta asociados con la personalidad y la identidad. Por lo tanto, se observa que la mujer relaciona la pérdida con las esferas subjetivas, relacionadas a la construcción de la propia imagen.

Lo hice, tengo un ovario menos. (E2 - Ooforectomia)

Entonces, es decir ... uno se lo tiene que tragar, ¿sabes? Aquella cosa dificil de aceptar? [...] No son cosas fáciles para mí [lágrimas en los ojos]. Intento procesar eso en mi cabeza. [...] No es una cosa que la tengo resuelta. (E4 - Salpingectomia)

La identidad de la propia imagen o el ego es una necesidad psicológica que se refiere a la forma en que una persona se percibe conscientemente en sí, es decir, lo que ve y piensa de sí misma. También es una construcción dinámica y multifactorial, que requiere la reestructuración frecuente y afecta el modo de relacionarse socialmente [4,6,8].

[...]porque yo no demostraba, que tenía un montón ... No era la vergüenza, ni siquiera sabía lo que era, pero no lo demostré. Ya era más de un año sin mostrar. [...] Porque tenía un cuerpo, ahora tengo otro ... y para menos, ¿verdad? En mi cabeza, al menos. (E5 – Mastectomia + Histerectomia con Anexectomia)

Las entrevistadas se ven como *personas diferentes* sólo porque cambiaron la imagen que tienen de sí mismas después de la cirugía. Esto fue poco a poco tomando su lugar, a partir de la observación de las actitudes de los demás, comparando su nuevo cuerpo con otras mujeres y para valorar si se pueden seguir realizando las mismas funciones que antes. Todo esto no es más que parte del proceso de interacción que determina el curso de acción de cada persona[18]. Entonces se dieron cuenta de que el cambio en el cuerpo interfiere con los aspectos psicológicos y socioculturales, que requerían nuevas posiciones - de una nueva mujer.

Una connotación negativa de sentirse diferente fue visto en los discursos, cuando las mujeres atribuían el significado de la devaluación de ellas mismas asociado con el cambio en el cuerpo. Estas circunstancias conducen al rechazo de sí mismo, pudiendo conducir a las mujeres a sentirse inferiores, excluidas o desfiguradas[6,8,20]. Se refieren a sentirse deconstruidas, anormales, incompletas, lo que conduce al peso de ciertas "partes del cuerpo" - útero, los ovarios, las trompas de Falopio, los senos - tienen para la subjetividad del ser mujer y sentirse mujer completa.

El valor que el órgano retirado tiene para la mujer está históricamente arraigado en las construcciones sociales y culturales, que describen ciertas características como algo natural e inherente a lo femenino sobre la base de las características biológicas. Siendo que la sociedad es compuesta por grupos en interacción, se entiende que este proceso es el que determinó, con el tiempo, papeles y obligaciones asociados a cada sexo. Por lo tanto, la naturaleza femenina se basa en los principales eventos biológicos que se producen en el cuerpo de la mujer: capacidad de generar, dar a luz y la lactancia materna, así como la menstruación[13-14], hechos entendidos social y culturalmente como características fundamentales de las mujeres. Fundamental para la construcción de lo que es ser una mujer, la pérdida de los órganos reproductivos e involucrados con la maternidad es capaz de deconstruir esta imagen femenina histórica.

Esta idea se complementa haciendo una plena asociación de la maternidad con la constitución de la feminidad y la identidad de la mujer, sobre la base de parámetros socio-culturales descritos anteriormente. Por la naturaleza femenina que es esencialmente materna y reproductiva, la sexualidad femenina se relaciona mucho con estos requisitos[9,14].

Todo esto permite la comprensión de lo que significa ser una mujer, un símbolo derivado del proceso de interacción social[17], y explica por qué esta fuerte sensación de haber quedado como *personas diferentes* de las entrevistadas. Ellas no definieron que dejaron de ser mujeres, pero se comparan con otras mujeres y se sienten infravaloradas, lo que significa que se sienten como *mujeres diferentes*.

Incluso creo que hay un valor en relación con la sociedad debido a la estética. Por ejemplo, las mujeres que veo allí en INCA no utilizan prótesis. Salen en la calle sin la prótesis. Y está claro que la gente se impresiona. [...] Usted se convierte en "diferente" si usted no usa prótesis externa. (E5 - Mastectomia + Histerectomia con Anexectomia)

La devaluación sentida por las mujeres fue guiada por la función que el órgano perdido tenía y que ya no tienen más. Si el órgano tenía un propósito y una función marcando esta identidad femenina, después de la cirugía la propia función que la mujer le atribuía a el órgano cambió o quedó disminuida, despreciada. A cada órgano se le atribuyó explícitamente una referencia funcional por las entrevistadas: (1) el ovario produce hormonas y permite a la fertilidad femenina; (2) la trompa lleva los ovulos, permitiendo también la fertilidad; (3) el útero proporciona la capacidad de generar y desarrollar el bebé, y se asocia con la capacidad de menstruar y, finalmente, (4) la mama está relacionada con la lactancia materna, la feminidad, la sensualidad y la propia maternidad.

Así, mientras que estaba en aquel momento en el proceso de hacer examenes, haz esto, haz lo otro, no lo sentí tanto. Pero después que lo hice, entonces qué? [...] Ya comienza a pensar ... Va a aumentar la dificultad para quedar embarazada, es un ovario menos. [...] Hoy me preocupo todavía porque no he tenido un hijo hasta ahora [risas]. (E2 - ooforectomía). Creo que un dedo, un dedito que se pierde es importante. Porque hay personas que no aceptan, que te miran. (E3 - Mastectomia)

Por supuesto que no es bueno para nosotros quedarnos sin una parte de nuestro cuerpo. Es malo. Pero ¿qué hacer? Es bueno tener todo lo que es mío. (E9 – Wertheim-Meigs)

Las asociaciones hechas por la mujer que pasó por una cirugía ginecológica - percibir el cuerpo cambiado, se siente una persona diferente, de tener la interferencia funcional, social y sexual - contribuyeron a la construcción de un significado especial a la mutilación que sienten los participantes, siendo la segunda categoria *Construyendo el significado de mutilación*.

La mutilación se dividió en dos dimensiones: una concreta, dada por la pérdida del órgano, y otra abstracta, formulada por el impacto que este evento tuvo en varios aspectos de su vida. Este fenómeno, asumiendo la caracteristica de la amputación, priva a las mujeres de un órgano de ellas, que queda marcado en su cuerpo; la marca es la prueba física de que se produjo la pérdida[1,15,21]. Otro sentido de la mutilación se define como una mutilación de la identidad personal de la mujer, ya que la identidad que ella comienza a ver se modifica debido a la pérdida de un órgano que es característico de todas las mujeres[3-7,9].

La reflexión sobre la mutilación hecha por los participantes apunta a la percepción de la mutilación física, social y funcional sentida por ellas. La identidad de la mujer tiene su origen en las características femeninas (biológicas), que a su vez construyen una identidad social de las mujeres, sobre la base de las funciones realizadas por ella[14]. O sea, cuando la mujer siente que su identidad social y funcional ha cambiado es porque se construyó un nuevo esquema para su propia forma de percibir y construir su identidad personal femenina.

Al ser un órgano que tiene una función, su retirada es una mutilación. [...] Hay una limitación. Por mucho que la gente trata de convencerme de lo contrario, y que intenten buscar una solución para convencerme también, yo lo veo así, ¿sabes? [quiebra la voz] Porque si no tuviera función, no se precisa, como el apéndice. (E4 - Salpingectomia)

Por lo tanto, se puede decir que la mujer mutilada socialmente es una que ha mutilado su cuerpo social, por percibir a este cuerpo como un instrumento para relacionarse con el mundo[8], un cuerpo que es también cultural y construído historicamente. La mutilación funcional se aplica a la pérdida de la función designada por el órgano extraído, lo que a su vez interactúa con su forma de relacionarse socialmente, lo que demuestra que ambos sentimientos se mezclan.

Dada la subjetividad de la percepción de los individuos[9,16], las entrevistadas de este estudio demostraron que la mutilación era relativa y mutable. Estaba relacionado con la *sensación de darse cuenta de que falta una pieza, un pedazo de ti*, y esto también depende de la ubicación del órgano. Interno o externo, varias mujeres se ven como que les falta una pieza, ya que parte de la propia imagen se construye físicamente y otra es abstracta. Pensando en la composición de su cuerpo es suficiente para entender si es o no es una parte de el [8,16], y la mutilación se orienta en esta comprensión y el impacto que este fenómeno presenta para ellas.

Es [histerectomía es una mutilación]. En menor medida, pero lo es. Creo que por el tema de valorización. No tiene comparación. La mama es una mutilación mega, el útero es una mutilación mínima. Entendió? (E5 - Mastectomia + Histerectomia con Anexectomia)

Es es un miembro que salió, que retiraron, ¿no? Así que creo que es. Una mutilacion a causa de eso. Retirar cualquier parte del cuerpo es una mutilación. (E8 – Histerectomia + Anexectomia)

Se nota una tendencia en las propias investigaciones académicas en denominar como la mutilación una marca que se puede ver con los ojos, un acto realizado en el cuerpo que tiene como objetivo eliminar la enfermedad y que es necesaria para la curación de la persona. Como un ejemplo, la mastectomía es ampliamente caracterizada como mutilación a diferencia de otras cirugías ginecológicas. Esta ampliación de la comprensión todavía se alcanza con timidez en otros estudios sobre la histerectomía, en la que algunos autores han utilizado la expresión de la mutilación para explicar aspectos de la cirugía[3,21-22].

Para relacionarse con otras personas que perciben su nuevo cuerpo como defectuoso, la mujer a menudo llega a creer que tiene un cuerpo imperfecto, experimentando sentimientos de inferioridad[6,8,16]. Dada la integración de la mujer a su entorno social, el apoyo de estímulos, aliento y ayuda, por parte de la familia, amigos o incluso el grupo de apoyo, es una estrategia para que los obstáculos y limitaciones que enfrentan los enfermos y la convivencia con la mutilación se reduzcan al mínimo[23-24].

Al representar el cuerpo de la mujer después de la cirugía como defectuoso, su entorno social le asignó un símbolo, lo que explica cómo se interpretó lo que se ve. Esta interpretación del grupo fue mediada por influencias de tipo interactivo con los demás y experiencias pasadas. Y la mujer, al percibir su cuerpo como parte de este simbolismo (defectuoso, mutilado, incompleto), absorbe estas opiniones y autointeractúa con esta información. El *self* y la mente conciben para la mujer su propio significado, que es el resultado de la interacción que se produjo con ella misma y con su entorno social, y a partir de eso ella define otras situaciones para sí misma y prepara sus acciones[18].

Es muy diferente, a causa de la valorización misma. Mi valorización! Así pues, la mama es una cosa que falta. [...] es para mí misma. (E5 - Mastectomia + Histerectomia con Anexectomia)

El modelo de atención fragmentado que actualmente se ofrece a la población[3,22] no mostró satisfacer las necesidades de una mujer que se somete a una cirugía ginecológica, ya que no la trata como a una mujer entera, una mujer que asocia el procedimiento quirúrgico con la valorización social del cuerpo, la feminidad, la sexualidad, la mutilación y otros aspectos.

Esta manera de fragmentar el cuerpo, hipervalorizando el componente biológico también conduce a la fragmentación de la atención[13,15], por lo que la propia enfermería a menudo resulta estar limitada a la prestación de asistencia técnica - el cuerpo biológico - por lo tanto no puede proporcionar el cuidado real, para llegar a otras dimensiones humanas[12].

Por esta dificultad en el entendimiento de que los órganos reproductores femeninos son parte de una percepción individual de las mujeres en general, explorar el problema de los cambios de vida después de la cirugía ginecológica es un reto. Las publicaciones más recientes sobre el tema son escasos, lo que indica que a menudo la realidad aquí mencionada por las mujeres ni siquiera es recibida o reflejada por los profesionales como una oportunidad para la acción o la atención a las mujeres. Y las entrevistadas, a pesar de haber pasado más de un año después de la finalización de la cirugía todavía querían hablar de sus experiencias presentaban demandas de atención.

En este sentido, los resultados de este estudio llaman la atención de los profesionales para los aspectos biológicos, físicos y sociales de la enfermedad, lo que se convierte en la atención integral a ser proporcionada. Trajeron también datos importantes para el campo de la investigación relacionadas con el cuidado de la salud de la mujer, y apuntan a la necesidad de desarrollar más investigación en esta área. También es necesario reformular la forma de enseñar a los profesionales a cuidar del otro, a partir de la no fragmentación del ser humano.

Conclusión

En cuanto a las sensaciones y percepciones derivadas de la cirugía ginecológica, el estudio mostró que después de algún tiempo de la cirugía las mujeres habían reflexionado sobre lo que significaba la cirugía y cómo sería su vida a partir de entonces. Hemos observado una asociación de pérdida física con la construcción de la propia imagen. En cuanto a la forma de experimentar los cambios causados por la cirugía, al darse cuenta del cuerpo diferente: falta una pieza, un cuerpo extraño y un cuerpo marcado, las mujeres interactuaron con ellas mismas y su entorno social y resintieron la pérdida mediante la modificación de la imagen que tenían de si mismas y viendo una persona diferente. Ellas llegaron a re-evaluar su valor como mujer y reflexionar sobre la mutilación: física, social y funcional. Los cambios experimentados son el resultado de un proceso de interacción con diferentes objetos sociales, que permitieron que se formularan nuevos sentidos.

Este entendimiento apunta a la importancia de la atención que integra las diversas dimensiones del ser humano, teniendo en cuenta la totalidad de la mujer. Una atención que respete que existe un contexto psicológico y social cuando la enfermedad es tratada. Al abordar la mujer que recibe atención en el contexto de la cirugía ginecológica, la enfermera debe ser capaz de entender que los factores individuales y socioculturales interactúan para formar la comprensión de las mujeres en el proceso vivido con la cirugía. Conocer estos significados para ella, y la forma en que interpreta lo que le pasó, es una herramienta importante para el cuidado. Desde esta perspectiva, la enfermera puede ser un agente clave para ayudar a la mujer a encontrar su propio camino para superar las dificultades con que se enfrenta.

Agradecimientos

Las mujeres que comparten su mutua experiencia y el conocimiento, que hacen posible el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Nogueira-Silva C, Santos-Ribeiro S, Barata S, Alho C, Osório F, Calhaz-Jorge C. Histerectomia totalmente laparoscópica. Acta Med Port. [Internet]. 2014;27(1):73-81. [acesso 28 dez 2015]; Disponível em: http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/4080/3880

2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso 28 dez 2015]. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/inca-estimativas-de-cancer-2016-2017-sao-publicadas/8623/990/

3. Silva CMC, Santos IMM, Vargens OMC. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. Esc Anna Nery RevEnferm. 2010;14(1):76-82.

4. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura. Cienc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2511-22.

5. Ferreira MLSM, Mamede MV. Body representation in the relation with the self after mastectomy.Rev.

Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2003;11(3):299-304. [Acesso 13 fev 2015]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300006&script=sci_arttext. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300006.

6. Heidari M, Ghodusi M. The relationship between body esteem and hope and mental health in breast câncer patients after mastectomy. Indian J Palliat Care. 2015;21:198-202.

7. Solbrække KN, Bondevik H. Absent organs - Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. Int J Qual Stud Health Well-being. [Internet]. 2015 [Acesso 7 nov 2015];10:26720:1-10. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26720

8. Ferreira DM, Castro-Arantes JM. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. Analytica. [Internet]. 2014 [Acesso 7 nov 2015];03(5):37-71. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585

9. Santos LRMS, Saldanha AAW. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. Psico-USF. 2011;16(3):349-56.

10. Laranjeira C, Ponce Leão P, Leal I. We look beyond the cancer to see the person: the healing path of female cancer survivor. Procedia Soc Behav Sci. [Internet]. 2014 [Acesso 21 mai 2015];114:538-42.Disponível em:www.sciencedirect.com

11. MajumdarA, Saleh S.Hysterectomy.[Internet]. Dr. Ayman Al-Hendy: In Tech (UK); 2012. Chapter 24, Psychological Aspects of Hysterectomy & Postoperative Care; [Acess 9 April 2015]; p.365-93.Available from: http://www.intechopen.com/books/hysterectomy/psychological-aspects-of-hysterectomy-postoperative-care

12. Morais FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NR, Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. Rev Enferm UERJ. 2011;19(2):305-10.

13. Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. Interface. (Botucatu). 2006;10(20):363-80.

14. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2015. 84 p.

15. Almeida N Filho. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. Saude Soc. 2005;14(3):30-50.

16. Saço LF, Ferreira EL. Sentidos do/no corpo interpelado pelo câncer de mama. RUA. [Internet]. 2013 [Acesso 7 nov 2015];19(1):94-107. Disponível em: http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/capaArtigo.rua?id=151

17. Charon JM. Symbolic Interacionism: an introduction, an interpretation, an integration. California: Prentice-Hall; 1989. 232 p.

18. Blumer H. Symbolic Interacionism: perspective and method. London: University of California Press; 1969. 208p.

19. Glaser BG. Basics of grounded theory analysis. Mill Valley: Sociology Press; 1992.

20. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. Soc Sci Med. [Internet].2014 [Acesso 14 jan 2015];107:189-95. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24631996.

21. Sbroggio AMR, Giraldo PCS, Gonçalves AK. A ausência do útero associada ao conceito de feminilidade. Siicalud. [Internet]. 2007 [Acesso 16 maio 2010];10(5) Disponível em: http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/86408

22. Vargens OMC, Berterö CM. Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynecological surgery care. Int J Nurs Pract. 2010;16:159-65.

23. Ribeiro IFA, Sousa RDF, Andrade SP, Brito MCC, Albuquerque IMN. Grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas: trabalhando estratégias de educação em saúde. SANARE. 2014;13(1):34-40

24. Li CC, Chen ML, Chang TC, Chou HH, Chen MY. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors. Eur J Oncol Nurs. [Internet].2015 [Acesso 4 nov 2015];19(5):486-94. Disponível em http:// http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25782718

Recibido: 25.6.2015
Aceptado: 10.2.2016

Correspondencia:
Carolina de Mendonça Coutinho e Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rua Boulevard 28 de setembro, 157
Vila Isabel
CEP: 20551-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: carolcmcs@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.