



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Blanco Sánchez, Rafaela

CÁNCER DE MAMA Y MATERNIDAD

Enfermería Global, vol. 10, núm. 2, abril, 2011, pp. 1-11

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834766002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## CÁNCER DE MAMA Y MATERNIDAD

BREAST CANCER AND MATERNITY

\*Blanco Sánchez, Rafaela

\*Enfermera. Dra. en Sociología. Profesora EUU Vall d' Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Palabras clave: Cáncer de mama; Maternidad; Mastectomía; Menopausia inducida.

Keywords: Breast cancer; Maternity; Mastectomy; Induced menopause.

### RESUMEN

**Objetivos.** Analizar cómo afecta a las mujeres con cáncer de mama (CM) la ausencia de maternidad después del tratamiento. Analizar los significados de una menopausia precoz tras el tratamiento del (CM).

**Antecedentes.** La asociación (CM) y gestación tiene importancia por el aumento de la incidencia de éste en mujeres entre 30 y 40 años. La infertilidad afecta al 18,5% de las parejas, siendo el 40% de las situaciones debidas a la mujer, el 40 % al hombre y el 20 % debido a ambos o a causas desconocidas.

**Metodología.** Cualitativa Fenomenológica. Se llevaron a cabo 30 entrevistas en profundidad (a 29 mujeres, 1 hombre) en los servicios específicos del Hospital Vall d'Hebron; y ginecología del Centro de Atención Primaria de Salud La Mina de Barcelona. El rango de edad era entre 20 y 69 años.

**Resultados/ Discusión.** Los temas de mayor relevancia: Mujeres que no han tenido hijos antes del cáncer de mama, es un problema renunciar a la maternidad. Gestación y cáncer de mama. Mujeres sin hijos y sin problemas de maternidad. Menopausia: Ausencia de maternidad y tratamiento de quimioterapia. Lactancia materna, prevención del cáncer de mama: mito o realidad.

**Conclusiones.** Las mujeres en edad fértil con cáncer de mama que no han tenido hijos manifiestan ansiedad ante la incógnita en la que están, si podrán o no tenerlos, aspecto importante para las jóvenes que han sufrido una mastectomía, quimioterapia y radioterapia que en muchas ocasiones les ha provocado una menopausia precoz.

### ABSTRACT

**Objectives.** To analyse how the absence of maternity after treatment affects women with (BC). To analyse the significance of early menopause after treatment of (BC).

**Background.** The association between (BC) and gestation is important due to the increase in the incidence of this in women aged between 30 and 40 years. Infertility affects 18.5% of couples, with 40% of these cases being due to the woman, 40 % to the man, 20 % to both or unknown causes.

**Methodologie.** Phenomenological Qualitative. 30 in-depth interviews were conducted (29 women and 1 man) at the specific services of the Hospital Vall d'Hebron; and the gynaecology unit at the Centro de Atención Primaria de Salud La Mina in Barcelona. Age range was between 20 and 69 years.

**Results/ Discussion.** The most relevant issues were: For women who have not had children before breast cancer, renouncing maternity is a problem. Gestation and breast cancer. Women without children and without maternity problems. Menopause: Absence of maternity and chemotherapy treatment. Maternal lactation, prevention of breast cancer: myth or reality.

**Conclusions.** Women of fertile age with breast cancer that have not had children show anxiety due to their uncertain situation, whether they can have children or not, which is an important aspect for young ladies that have undergone a mastectomy, chemotherapy and radiotherapy that on many occasions has provoked early menopause.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales, estimándose que en los países de la Unión Europea, la probabilidad de desarrollar un (CM) antes de los 75 años es del 8%. Anualmente en nuestro país se diagnostican unos 16.000 casos al año y produce la muerte de alrededor de 6.000 mujeres. Se estima que actualmente en España existirían 67.600 mujeres diagnosticadas de (CM) en los últimos 5 años<sup>1</sup>. En la década de los 70 a los 90, el (CM) en España ha presentado un aumento siguiendo el mismo comportamiento que en los países occidentales<sup>2,3,4,5</sup>.

Según la International Agency for Research on Cancer (IARC), la tasa bruta de incidencia en España en 1997 se situó en 79,18 por 100.000 mujeres. La tasa ajustada por población mundial fue de 51,72 por 100.000 mujeres, cifra inferior a la del promedio de los países de la Unión Europea (71,25 por 100.000). En el período 1991-1996, tanto en España como en los países desarrollados, se observa un incremento de la incidencia de (CM) que es consecuencia sobre todo del cribado de este cáncer<sup>6,7,8,9</sup>.

En el hombre, la mama desempeña un papel esencial en la creación de los vínculos estrechos y prolongados con los padres que caracterizan a la infancia. Ese vínculo que en los animales puede ser más o menos duradero, es en la especie humana, el principio del proceso de socialización. La mama tiene en la sociedad de nuestro tiempo un valor de primera magnitud como órgano sexual. De ahí que en el cáncer de mama se produzca una dura amenaza sobre esta actividad y su componente afectivo, en el que tiene un papel primordial la representación de la propia imagen ante uno mismo y ante los demás.

Los dos viejos misterios del sexo y la muerte “Eros y Thanatos” aparecen estrechamente unidos en el cáncer de mama<sup>10</sup>. El problema surge en el momento de valorar adecuadamente aquella, porque en muchos aspectos el cáncer de mama sigue siendo un enigma. Dependiendo de la etapa de la vida en que le ocurra a la mujer, a esta le puede quedar afectada su capacidad reproductiva y con dicha afectación pierde la posibilidad de experimentar la maternidad biológica.

Dentro de los muchos interrogantes que plantea el cáncer de mama y la mastectomía encontramos que dependiendo de la etapa de la vida en que este ocurra, puede afectar de diferentes formas a las mujeres que no han tenido hijos y desean tenerlos. Se pretende responder a la siguiente hipótesis: Algunas mujeres en edad fértil que presentan un cáncer de mama pueden manifestar su ansiedad por no poder tener hijos y alimentarlos con leche materna a causa de la pérdida total o parcial de la mama y/o del tratamiento.

## OBJETIVOS

Analizar cómo afecta a las mujeres con (CM) la ausencia de maternidad después del tratamiento. Analizar los significados de una menopausia precoz tras el tratamiento del (CM).

## METODOLOGÍA

Cualitativa fenomenológica, aquella que pretende desvelar el fenómeno. Se realizaron 30 entrevistas en profundidad a 29 mujeres y 1 hombre con cáncer de mama. El rango de edad de las informantes estaba comprendido entre 20 y 69 años. Se han seleccionado a través del sistema de *snow ball* (bola de nieve) a partir de informantes estratégicas con la colaboración de servicios específicos del Hospital Vall d'Hebron; y ginecología del Centro de Atención Primaria de Salud La Mina de Barcelona.

Las entrevistas han sido realizadas en el lugar de preferencia de las pacientes. En todas ellas se siguió el mismo guión. La duración de las mismas estuvo entre 90 y 180 minutos, se registraron en cintas de audio, fueron transcritas e interpretadas, siguiendo las técnicas de análisis propias del método cualitativo<sup>11,12</sup>.

Los participantes han sido informados previamente de los objetivos del mismo y se ha solicitado el consentimiento informado por escrito, asegurando la confidencialidad de la información y el anonimato.

## RESULTADOS /DISCUSIÓN

Los temas que emergen son:

Mujeres que no han tenido hijos antes de presentar cáncer de mama, siendo para ellas un problema renunciar a la maternidad.

Los datos son discordantes sobre estas cuestiones y la mujer enferma percibe esto y sabe que una vez desencadenada la enfermedad, será sometida a un estrecho y largo seguimiento. En esta investigación aparece un grupo de mujeres que no han tenido hijos por diferentes situaciones, algunas de ellas no saben si podrán o no tenerlos, a otras, su oncólogo les ha recomendado que esperen 2 años después del tratamiento, o que no los tengan. Otras, con el tratamiento de quimioterapia y Tamoxifeno, combinado con su edad biológica cercana a la menopausia no podrán tenerlos. Para estas mujeres, después del diagnóstico del cáncer de mama, de practicarles una mastectomía, han de enfrentarse y renunciar a la maternidad y a sufrir una menopausia más sintomática. Perciben su calidad de vida de manera pesimista, temen que ésta haya empeorado y suelen sentirse más vulnerables a los problemas de salud. Este grupo manifiesta que para ellas es un problema importante renunciar a la maternidad<sup>13,14,15</sup>.

Presentamos algunos ejemplos. “**E-14**” mujer de 31 años de edad, plantea que no ha sido capaz de preguntar a la oncóloga si podrá tener hijos, aunque mientras tomaba Tamoxifeno el oncólogo le recomendó que sobre todo no se quedara embarazada, de lo que ella dedujo que podía tener hijos y ha aplazado la pregunta sobre la maternidad:

*“Tuve la regla a los 13 años, viene cada mes de forma religiosa y matemática, no varía”.*

*“No he tenido hijos, de hecho cuando me dieron el diagnóstico se me plantearon tres preguntas ¿cómo es que se ha hecho un diagnóstico equivocado la primera vez? ¿Qué vida se le da a esto teniendo en cuenta que yo soy joven? ¿Podré tener hijos? Pasado todo no le hice la pregunta, porque después la Dra. me preguntó si pensaba tener hijos, y deduje que podría tenerlos”.*

Para algunas mujeres jóvenes que no han tenido hijos y no tienen pareja en la actualidad, el cáncer de mama puede presentarse con toda la crudeza del mundo, esta mujer suele estar preocupada por su relación de pareja, dado que en muchas situaciones pueden quedar estériles y menopáusicas. Para ambos miembros de la pareja la infertilidad puede dar lugar a problemas emocionales serios, se plantea que después de hacer frente al cáncer, se ha de afrontar la infertilidad. Esta afecta al 18,5% de las parejas, siendo el 40% de las situaciones debidas a la mujer, el 40 % al hombre y el 20 % debido a los dos o a causas desconocidas. Los intentos de muchas parejas de tratar la infertilidad chocan con un fracaso que depende del diagnóstico previo, del tratamiento a realizar y de las limitaciones propias de la técnica, sabiendo que el porcentaje de éxitos disminuye con la edad de la mujer y con las veces a las que se ha sometido a las técnicas de fertilización (hasta 1/3 de éxitos en el 4º intento).<sup>16,17,18</sup>

**“E-30” mujer de 22 años de edad**, se centra en la maternidad explicando que de momento está soltera, que no tiene información de si podrá o no tener hijos, está tomando Tamoxifeno y este puede ocasionarle dificultades para ser madre biológica. El médico le ha dicho, que con este tratamiento puede retirársele la regla:

*“Tengo 22 años. A los 12 años tuve la primera regla, ahora viene cuando quiere, me mandaron las pastillas anticonceptivas para regulármela y a partir de ahí fue cuando me noté el bulto y todo eso”.*

*“Estoy soltera, no me han dicho si podré tener familia, pero me preocupa, con el Tamoxifeno me dijeron que se me podía retirar la regla... mientras me vaya viendo estoy más tranquila, aunque la tenga cada mes y medio. Me gustaría formar una familia y tener hijos, pero de momento no tengo ni pareja”.*

**“E-28” de 26 años de edad**, explica lo joven que era cuando le detectaron su cáncer de mama. Hizo tratamiento con quimioterapia pero no ha necesitado Tamoxifeno, preguntó al oncólogo si en algún momento podría ser madre, éste le respondió que sí, pero que esperase como mínimo dos años a que su cuerpo se recuperara del tratamiento. Tanto ella como su pareja pensaron que les dirían que no podría tener hijos y habían comentado la posibilidad de la adopción, de momento están pendientes de los controles, de que pase el tiempo recomendado, pues para ambos es importante tener familia:

*“Cuando me detectaron la enfermedad tenía 26 años. La regla pues bien, me dijo el Dr. “T”, bueno ya me dirás cuando menstrúas, y menstrué, pues al mes, y me dijo, tú eres siempre un poco rara, le pregunté si en algún momento podría ser madre, me dijo que sí, pero que me esperase a que mi cuerpo se asentara, y le digo y esto cuánto será, 2 años como mínimo, bueno los dos pensamos que nos iban a decir que no y ya teníamos pensado que adoptaríamos. Obviamente me gustaría ser mamá biológica”.*

## Gestación y cáncer de mama

Según Calderay, el cáncer de mama asociado con la gestación se define como aquel que aparece durante la misma o en el primer año postparto. La asociación de cáncer de mama y gestación tiene cada vez más importancia por diferentes motivos: por el aumento de la

incidencia de cáncer de mama en mujeres entre 30 y 40 años, y por el retraso en la maternidad por motivos sociales o profesionales. Las gestantes presentan un estadio más avanzado en el momento del diagnóstico que las no gestantes debido fundamentalmente a un retardo en el diagnóstico, pero a igualdad de edad y estadio, la supervivencia es la misma<sup>19, 20, 21, 22, 23</sup>.

**“E-8” mujer de 45 años**, tiene dos hijos, quería tener un tercero, pero tanto los oncólogos como su marido lo desaconsejaron dado su proceso y las dificultades que había tenido con los embarazos anteriores:

*“Después de casarme empecé a tener abortos. Me quedé embarazada de gemelos y perdí uno, hice reposo y pude tener un hijo, después de este volví a quedarme embarazada y tuve el segundo hijo, y para rematar la mastectomía.”*

*“Y a mí eso de no poder tener el tercer hijo me ha traumatizado muchísimo, y yo iba diciendo y si lo probamos, porque a mí a lo mejor no me pasa nada, y lo podemos tener, me costó más el superar eso que el hecho de tener la enfermedad”.*

### Mujeres sin hijos y sin problemas de maternidad

Según Tejerina, la incidencia del cáncer de mama es algo menor en las mujeres que han tenido hijos antes de los 30 años; parece ser que el profundo cambio endocrino constituye una auténtica protección para sus tejidos<sup>24</sup>. No obstante, el tema de la maternidad es un aspecto controvertido en nuestra sociedad, en ella alrededor del 30 % de las mujeres están solteras y emancipadas de su familia de origen, dichas mujeres no tienen hijos, ni parece que para ellas esto sea motivo de preocupación; estas mujeres no suelen dar tanta importancia a tener hijos, suelen ser instruidas, pasan un número importante de años dedicadas a su formación o a su desarrollo profesional o laboral, con lo cual en nuestra sociedad aparece un divorcio entre poder conjugar la actividad profesional, la maternidad y el cuidado de la familia.

Desde algunas instituciones se plantea la alarma de la baja natalidad de las mujeres de nuestro entorno, presentándose un índice sintético de fecundidad de los más bajos del mundo 1'16 hijos por mujer, cuando lo mínimo necesario para reemplazar la población es 2,1 hijos por mujer. Cuando se presenta una menopausia precoz provocada por el tratamiento del cáncer de mama, quedarse embarazada puede ser un grave inconveniente para la salud de la mujer.

En nuestra sociedad, aparecen diferentes mitos, el 50 % de las mujeres creen que a cualquier edad de su vida reproductiva pueden concebir un bebé sano y normal. Otro mito, es que alrededor del 20 % de las mujeres tienen la idea de que hay pocos o ningún riesgo asociado con el uso de drogas para la fertilidad; cuando la realidad nos dice que el índice de embarazos entre las mujeres de más de 40 años es bajo, existe el riesgo de aborto y nacimientos múltiples, lo cual agrega un esfuerzo extra al cuerpo de la madre.

**“E-1” mujer de 53 años de edad**, casada, sin hijos, para ella y su marido no es ningún problema el no haber tenido hijos, ambos se hicieron las diferentes pruebas médicas para solucionar la infertilidad porque ambos pensaban que para su pareja era muy importante, hasta que lo hablaron y decidieron dejar de hacerse pruebas pues para ambos no era un problema la ausencia de maternidad /paternidad:

*“La regla aún la tengo... Las hormonas están perfectas, incluso demasiadas... hay una actividad hormonal aquí dentro más de lo habitual”.*

*“No hemos tenido hijos, yo tenía un problema, que el moco cervical hacía daño al esperma. Pero nosotros si hubiesen venido muy bien, muy felices, pero no hemos estado traumatizados”.*

**“E-7” de 35 años de edad**, no tener hijos no ha sido un problema dado que ha dedicado todo su tiempo y su energía a formarse trabajando y a la gestión de la empresa donde trabaja, no le ha quedado tiempo para tener hijos. Después de tener un cáncer de mama no se plantea esta posibilidad:

*“Hice la carrera trabajando, soy una mujer ambiciosa y he ido escalando puestos de trabajo y tengo una buena posición laboral, no tengo hijos, porque en el momento que tocaba decidí que tenía que dedicarme a mi empresa y de momento no siento esta perdida. A los 13 años tuve la primera regla, y todavía la tengo”.*

### **Menopausia: problemas de ausencia de maternidad y tratamiento de quimioterapia.**

Algunas mujeres manifiestan que a consecuencia del tratamiento de la quimioterapia y el Tamoxifeno han entrado en una fase de menopausia precoz, apareciendo síntomas de la menopausia muy exagerados. Santiago Dexeus afirman que la menopausia es una alteración hormonal y se caracteriza por una pérdida de la receptividad ovárica con respecto a las gonadotrofinas, la FSH, hormona segregada por la hipófisis que estimula los ovarios; el ovario menopáusico no es capaz de responder a la estimulación de la hipófisis.

Los sofocos son el síntoma más representativo de la crisis menopásica, aunque las variaciones personales suelen ser la regla; los “sofocos” producen una sensación de calor que se percibe primero en el pecho y asciende rápidamente al cuello y a la cara, siendo la intensidad de sensaciones muy variada. Para unas mujeres suelen ser soportables y para otras intolerables, también varía el desencadenante, la frecuencia y la presentación. Las sudoraciones suelen seguir a las sofocaciones, pero no se conoce la causa de este trastorno; se identifican los acontecimientos que se desarrollan durante las sofocaciones menopáusicas como una alteración persistente de la circulación periférica, pero no se sabe por qué afecta más a unas mujeres que a otras.<sup>14,15,17</sup>.

Con respecto a los cambios emocionales, la menopausia puede ser esperada como una catástrofe o como una liberación, según la personalidad y las condicione sociales de la mujer que entra en el climaterio. Para muchas mujeres con la menopausia, adaptarse a la nueva situación puede significar un proceso turbulento, antes de que se establezca un nuevo equilibrio; esto suele ir acompañado con la pérdida de protagonismo familiar y social sobre todo en las “amas de casa”, la desmoralización y la creencia de inutilidad tras producirse la marcha de los hijos “síndrome de nido vacío” puede agravarse en las mujeres dedicadas a las tareas domésticas<sup>25,26, 27, 28, 29, 30</sup>.

En este sentido, las mujeres que provienen de niveles socioeconómicos bajos y con educación primaria presentan mayor número de estos síntomas y más severos que las pertenecientes a niveles superiores y estudios más elevados, o aquellas que tienen un trabajo cualificado fuera de casa. Por lo tanto, tener un empleo parece ser un factor protector selectivo contra los trastornos psicológicos. Por otra parte, el índice más bajo de estos efectos se encuentra en las mujeres solteras o sin hijos<sup>17, 31</sup>.

Un caso especial es la menopausia quirúrgica, producida por una histerectomía o por una ovariectomía, o por el tratamiento del cáncer. Dexeus afirma que las mujeres perimenopáusicas se mostraron básicamente ansiosas y más preocupadas por el peso; las mujeres menopáusicas recientes (menos de tres años) presentaban primero alteraciones físicas, después manifestaciones de ansiedad y preocupación por la vejez y el deterioro físico, mostrándose más desesperanzadas; las mujeres menopáusicas con más de tres años de evolución presentaban una sintomatología más ligera, se quejaban más de problemas circulatorios y de dolor de cabeza y espalda. Por último las mujeres menopáusicas quirúrgicas se mostraban más ansiosas y deprimidas expresando más preocupaciones por su salud. Pero no en todas ocurren las mismas reacciones<sup>17</sup>.

Aparece un grupo de mujeres que sus problemas están relacionados con la menopausia precoz que les ha provocado el tratamiento, suelen presentar gran sintomatología sobre todo “sofocaciones” con una gran diaforesis “sudoración generalizada” que hace que su calidad de vida disminuya dado que cuando tienen esa fuerte subida de calor sus ropas quedan empapadas de sudor; este aspecto suele presentar dificultades si la gran sudoración ocurre fuera de casa. También, suelen presentar mayor cansancio.

Cuando la menopausia es inducida por el tratamiento, se presenta de repente, suele ser mucho más fulminante, la mujer no suele tener tiempo para adaptarse a los cambios corporales y emocionales. La menopausia agrava la tendencia a la obesidad, la explicación se halla en los cambios hormonales que la mujer sufre al retirársele la menstruación.

**“E-2” mujer de 51 años,** explica como apareció la menopausia después del tratamiento de la quimioterapia e ilustra su maternidad con la llegada de sus tres hijos y la pérdida del cuarto por aborto antes de nacer:

*“A los 12 años tuve la primera regla. Ahora estoy bien, yo creo que me cансo más de la cuenta, que me he quedado menopáusica. No tenía la regla porque me habían hecho una histerectomía pero me habían dejado los ovarios y funcionaban perfectamente, pero me quedé menopáusica por la quimio. Supongo que ha sido más fulminante”.*

**“E-10” mujer de 48 años,** no tiene problemas de maternidad, al operarla del cáncer de mama desapareció la regla:

*“Sí, tengo dos niñas, la grande tiene 25 años y la pequeña ha hecho ahora 17. Ahora muy bien, son grandes ya. A los 10 años tuve la regla, bueno, fue operarme y me dejó de venir, hace dos años”.*

**“E-16” de 46 años de edad,** plantea el mismo problema de la menopausia, aunque no el de la maternidad, dado que ella tiene una hija:

*“Tengo una hija de 21 años. A los 13 años tuve la regla, con el tratamiento se me cortó, desde la primera sesión de quimio”.*

### Mujeres con hijos y sin problemas de maternidad.

**“E-25” mujer de 62 años de edad,** de etnia gitana, plantea que no tiene problemas de maternidad que tiene 5 hijos aunque uno de ellos ha fallecido por problemas de drogas:

*“Mis hijos están bien todos, tengo 5 hijos, el tercero a los 22 años murió de la droga maldita, de la droga maldita que hay aquí en el barrio”.*

### **Lactancia materna, prevención de cáncer de mama: mito o realidad**

La lactancia disminuye el riesgo de cáncer de mama de origen genético, esta es la conclusión a la que llega un estudio canadiense al señalar que la reducción del cáncer de mama de origen genético llega al 60% en mujeres portadoras de mutaciones del gen BRCA1 que han amamantado más de 12 meses, está bien establecido que disminuye el riesgo, en comparación con las mujeres que nunca dieron de mamar, según un estudio publicado en el “Journal of the National Cancer Institute”. El equipo de investigadores del Center for Research in Women’s Health de Toronto (Canadá) comparó los datos de 965 mujeres con cáncer de mama y un número similar de controles.

Entre las 685 mujeres con mutaciones del gen BRCA1, el promedio de duración de la lactancia fue significativamente inferior en aquellas que desarrollaron cáncer que en las que no lo hicieron. Los investigadores descubrieron que las portadoras de estas mutaciones que habían amamantado durante más de un año presentaron un 60% de menor riesgo que las que nunca lo habían hecho. Por el contrario, no encontraron esta asociación en portadoras de mutaciones BRCA2. Los autores sostienen que estos resultados muestran que es posible modificar el riesgo de cáncer de mama entre las mujeres portadoras de mutaciones BRCA1 sin necesidad de recurrir a la cirugía<sup>32</sup>.

En nuestro entorno, las mujeres no suelen amamantar más de 12 meses a sus hijos, para poder hacerlo tendría que modificarse la legislación laboral que permitiera a la mujer amamantar a su hijo y ser más prudentes con la propaganda de la lactancia artificial. En los años noventa, los beneficios de la lactancia artificial fueron cuestionados y desde los organismos sanitarios públicos se ha reiniciado el asesoramiento de las mujeres embarazadas para que practiquen la lactancia materna<sup>33</sup>.

Retomamos algunas de las respuestas que manifiestan las mujeres entrevistadas que han dado de mamar entre 6 meses y 1 años a sus hijos y han desarrollado un tumor hormonodependiente.

#### **“E-12” mujer de 49 años:**

*“A los dos les di lactancia materna, que era otra cosa de las que yo decía, pero sí les he dado de mamar a los dos, con “A” la di de mamar hasta los 6 meses y con “L”, que no hubo forma de dejarlo y darle un biberón hasta el año, solo tomó leche materna el primer año de vida”.*

Desde una posición diferente **“E-19” hombre de 43 años de edad**, comenta que no tiene problemas de paternidad, que no ha tenido que hacer tratamiento de quimioterapia, lo que a él le afectó más fue tener que pasar por todas las pruebas diagnósticas por las que han de pasar las mujeres a las que se les detecta un tumor en el pecho, como la mamografía, el tipo de interrogatorio que le hacían sus colegas médicos sobre la virilidad y sobre todas sus hormonas como si se hubiese feminizado.

*“No he tenido nunca problemas, como es que ahora me preguntas si estoy feminizado. Bien que hay toda una sensación como de duda de tu virilidad, me estás diciendo que soy una mujer, no lo sabía y eso quieras o no te desconcierta”.*

De las mujeres participantes en este estudio, 18 tienen hijos, sin problemas de maternidad; 8 sin hijos y sin problemas de maternidad; 4 sin hijos, manifiestan tener problemas por la ausencia de maternidad. Explican su menopausia en unas ocasiones relacionada con el tratamiento de la quimioterapia o del Tamoxifeno y en otras acelerada por el mismo. Con menopausia 17. Sin ella, 12 mujeres y 1 hombre.

## CONCLUSIONES

La hipótesis queda confirmada, las mujeres en edad fértil que presentan un cáncer de mama y que no han tenido hijos manifiestan su ansiedad por la incógnita en la que están, si podrán o no tener hijos en el futuro. La maternidad es muy importante para las mujeres jóvenes que han sufrido una mastectomía, quimioterapia y radioterapia que en muchas ocasiones les ha provocado una menopausia precoz. En esta situación, a las mujeres se les ha arrebatado la capacidad de ser madres biológicas en la mayoría de las situaciones, aspecto que hace aumentar su ansiedad, estas han de recomponer su vida cara al futuro y a la formación de una nueva familia.

Aparece la menopausia como pérdida de la capacidad de tener hijos, signos de envejecimiento y trastornos de la salud, o bien alteraciones de la calidad de vida.

No poder tener hijos biológicos por su cáncer de mama y por el tratamiento es vivido como pérdida, otras están pendientes del paso del tiempo aconsejado para quedarse embarazadas, no parecen dispuestas a renunciar a la maternidad.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las personas participantes en este estudio, dado que sin el relato de sus vivencias este no habría sido posible. A los servicios de oncología, radioterapia, rehabilitación del Hospital Vall d'Hebron y al servicio de ginecología del Centro de Atención Primaria de Salud La Mina de Barcelona, por permitirme contactar con las mujeres con cáncer de mama.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Hernández V, Lope Carvajal V. et al. La Situación del Cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones,2005.
2. López Jurado CF, Martínez Sánchez JM, Anes del Amo Y, Ramos Aceitero JM. Mortalidad y frecuencia hospitalaria de tumor maligno de mama en Extremadura (2002-2004). Enferm Clin. 2008;18(6):296-301.
3. Borrás JM, Espinàs, JA, Castells, X. La evidencia del cribado del (CM): la historia continua, Gac Sanit 2003;17(3):249-255.
4. Borrás JM, Espinàs JA, Castells, X. Pla director d'Oncología a Catalunya 2001-2004, Barcelona: Institut Català d'Oncología, Departament de Sanitat y Seguretat Social; 2001.
5. Marzo Castillejo, M. Bailón Muñoz, E. Cáncer en la mujer. En: Martín Zurro, A. Cano Pérez, JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003. pp.1098-1114.
6. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents. Scientific Publication No. 155. Lyon. France:World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC); 2002.

7. Dos Santos Silva, Isabel. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. Lyon. France: World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC); 1999.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2009. Disponible en [www.gencat.cat/salut/pladesalut](http://www.gencat.cat/salut/pladesalut).
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia frente al Cáncer*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo 2006 [acceso 20/07/2009]. Disponible en: [https://www.aecc.es/NR/rdonlyres/3619DD04-FAA0-4D01-8033-902C906DC572/0/Estrategia\\_cancer.pdf](https://www.aecc.es/NR/rdonlyres/3619DD04-FAA0-4D01-8033-902C906DC572/0/Estrategia_cancer.pdf)
10. Bayés, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*, Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 2001
11. Black, N. Why we need qualitative research. *J. Epidemiol Com Health*, 1994; 48:425-26.
12. Pope, C. Mays, N. Reaching the parts other methods cannot research: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *Br Med J*. 1995; 311:42-45.
13. Blanco, R. *Imagen y sexualidad de la mujer mastectomizada*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2006.
14. Arraras Urdaniz JI, Illarramendi Mañas JJ, Manterola Burgaleta A, Tejedor Gutiérrez M, Vera García R, Valerdi Álvarez JJ, Domínguez Domínguez MA. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante cuestionario de la EORTC. *Rev Clin Esp* 2003; 203(12): 577-81
15. Arraras Urdaniz JI, Illarramendi Mañas JJ, Manterola Burgaleta A, Tejedor Gutiérrez M, Vera García, Pruja Arteaga E, Marcos Oset M, Domínguez Domínguez MA, Valerdi Álvarez JJ. Quality of life in breast cancer patients assessed using the EORTC questionnaires. *Rev Oncología*, 2001;3: 100-106.
16. Mateu, Sagrario. *Informe de Reproducción Asistida*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid: MSC, 1988.
17. Dexexus S, Farre JM. *La mujer su cuerpo y su mente. Guia de psicología, sexualidad y ginecología*, 2ª ed., Colección Fin de Siglo/52, Madrid:Ediciones Temas de Hoy, 1994.
18. Boada M. Programa de donación de ovocitos del Instituto Dexexus: ciclo sincrónico versus ciclo asincrónico. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad*. 1994; 1.
19. Calderay Domínguez M, Rubio Martín D, López Rodríguez MJ, Martín de Nicolás I. Cáncer de mama y embarazo. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(2):96-100
20. Coates A. La incidencia del cáncer de mama ha incrementado pero la mortalidad continúa descendiendo. *JANO 6-12 de JULIO 2007*; 1659.
21. Martínez-Ramos D, Ferraris C, Greco M, Grossi I, Rudy Conti A. Carcinoma de mama durante el embarazo. *Cir Esp*. 2007;82(5):305-7.
22. Monleón J, Gobernas L, Monleón FJ. Cáncer y gestación. *Clin Invest Gin Obst*. 2006; 33(3):80-92.
23. Rodríguez-Bujuez A, Macías JM, González-Blanco I, González Tejero MC, Blanco M, Pascual Y, Tarancón I. Cáncer de mama y gestación. *Clin Invest Gin Obst*. 2005;32(5):214-7.
24. Tejerina Armando. *El seno femenino*. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
25. Avard J. Pour une vision positive du vieillissement: contributions de la Psicologye Nord-Americaine, En: Freixa A. *Mujer y envejecimiento*. Barcelona. Fundació "la Caixa",1993.
26. Buxó Rey MJ. La menopausia: repensar la identidad a través de la transformación del cuerpo. *Revista Informativa del Col.legi de diplomats d'Infermeria de Barcelona*, 1998; 14.
27. Goberna Tricas J. ¿Qué es la menopausia? Hormonología. Sintomatología física y aspectos psicosociales. *Rev ROL Enf*. 1997; 230: 72-77.
28. Jiménez de Luque PM. Vivir la menopausia en salud. *Rev. ROL Enf*. 1994;194:59-62.
29. Navarro J, Calaf J, Comino R, Ferrer J, Magnani E, Parrilla JJ y cols. *El climaterio*. Barcelona: Massons, 1999.

30. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de Informes técnicos nº 670. Ginebra, 1981.
31. Tello E, Valenzuela P, Solano JA, Medina L, Mateos S, Álvarez E. Seguimiento de las mujeres postmenopáusicas asintomáticas tratadas con tamoxifeno en el cáncer de mama. Rev Senología y Patol Mam 2003;16(1):11-15.
32. H. Jernström, J. Lubinski, H. T. Lynch, P. Ghadirian, S. Neuhausen, C. Isaacs, B. L. Weber, et all. Breast-feeding and the Risk of Breast Cancer in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. J Natl Cancer Inst, Jul 2004; 96: 1094 - 1098.
33. Lozano de la Torre JM. Beneficios de la lactancia materna. JANO 10-16 FEBRERO 2006; 1594.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia