

Roles de género tradicionales y personalidad tipo C en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama

Marina Ceballos-Fontes* y María José García Oramas*

Recepción: 11 de septiembre de 2015

Aceptación: 19 de noviembre de 2015

*Universidad Veracruzana, México.

Correos electrónicos: psique.clinic@gmail.com;

jogarcia@uv.mx

Se agradecen los comentarios de los árbitros de la revista.



Resumen. Se identifica el desarrollo de la personalidad tipo C mediante procesos de socialización que fomentan roles normatizados de género y la relación de éstos con el cáncer de mama. Se entrevistaron mujeres diagnosticadas con esta enfermedad utilizando el método interpretativo para el análisis de datos. Los resultados mostraron relación entre los elementos descritos al encontrarse que la necesidad de armonía es el elemento prevaleciente de este constructo de personalidad que incide negativamente en prácticas de autocuidado, tales como la autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico. Por ello, se proponen acciones desde la práctica psicológica que permitan promover el autocuidado enfocado en la prevención oportuna del cáncer de mama.

Palabras clave: roles de género, personalidad tipo C, cáncer de mama, detección

Traditional Gender Roles and Personality Type C in Women with Breast Cancer

Diagnosis

Abstract. The objective of the present study was to identify the development of type C personality through processes of socialization that favour standard roles of gender as well as the relationship with breast cancer. Interviews and stories of life about diagnosed women with this disease were gathered using the interpretative method for the analysis of data. The results showed the relationship between the described elements, finding that the need for harmony is the prevailing element of this construct of personality that negatively impacts in practices of self-care such as breast self-examination and a timely medical checkup. Therefore, actions from a psychological perspective able to promote self-care practices, focus on the prevention of breast cancer, are proposed.

Key words: gender roles, personality type C, breast cancer, early detection.

Introducción

Desde los inicios de su vida el ser humano se encuentra inmerso en su cultura y socializa mediante un amplio proceso de aprendizaje que incluye el reforzamiento de comportamientos, actitudes, normas y valores prevalecientes a la sociedad específica a la que pertenece. Desde la perspectiva de género, estas formas de socialización están determinadas por el sexo biológico con el que se

nace, de tal manera que los aprendizajes para niñas y niños son diferentes en función de los roles que se espera que los individuos asuman. Los roles de género corresponden entonces a las características que cada sociedad atribuye a los sexos; son llamados tradicionales, puesto que establecen lo que es esperado y rechazado para mujeres y hombres (Díaz-Loving *et al.*, 2001; Herrera, 2000; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

De acuerdo con Lamas (2002), existen variantes respecto a los roles tradicionales en cada cultura, clase social y grupo étnico; no obstante, persiste una división esencial del trabajo de acuerdo con el sexo, en la cual las mujeres se enfocan en lo maternal y en lo doméstico, contrapuesto con la identificación de lo masculino que se relaciona con lo público.

En lo que compete a la sociedad mexicana, tradicionalmente a las mujeres se les asocia con atributos de género que conforman estereotipos en función de las creencias compartidas para mujeres y hombres, las cuales aluden a que debe ser amorosa, altruista y dedicada a las actividades relacionadas con la afectividad (Pérez y Serra, 1997; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). A través del desarrollo de tales conductas, desde la infancia y a lo largo de la vida, las mujeres adultas se desempeñan mediante roles femeninos caracterizados por la sumisión, dependencia, abnegación y con la necesidad de “ser una misma con los demás”, es decir, de estar pendiente de otros y ayudarlos excesivamente (Pérez y Serra, 1997; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

Estas formas de actuar frente a la vida se definen en torno a las conductas y actividades que las mujeres llevan a cabo para publicarse como tal, de tal suerte que los roles de género se convierten en la expresión pública de la identidad de género. Esta última alude a la manera en la que cada mujer singular se identifica como perteneciente a este género, lo cual se vincula a estereotipos y rasgos femeninos centrados en el rol esperado por excelencia para cualquier mujer: la maternidad, asociada al cuidado de los demás, la disponibilidad de estar cuando se necesite, capacidad de comprensión, afectuosidad, lealtad, sensibilidad a las necesidades ajenas, ternura y dependencia (Pérez y Serra, 1997; CNEGSR, 2006, Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Las características prescritas culturalmente para diferenciar a las mujeres de los hombres y para normativizar sus conductas constituyen un factor psicosocial de riesgo de padecimientos mentales como la ansiedad y la depresión, pues se limitan las fuentes de gratificación social, las convierten en un “ser para los otros” y las colocan en una situación vulnerable respecto a su salud (OMS, 2014), ya que al cumplir con las prescripciones sociales se disminuye la toma de decisiones personales y por ende el autocuidado y la atención oportuna a la salud personal (OMS, 2014; Pérez y Serra, 1997; Guibert *et al.*, 1999).

El desempeño social de los roles de género hace que en la vida adulta se consoliden ciertos rasgos o estilos de personalidad que desde la psicología se conocen como constructos de personalidad. Uno de ellos, la personalidad

tipo C comparte similitudes con los roles de género tradicionales y en diversos estudios ha sido asociada al cáncer y a otras enfermedades crónicas tales como la diabetes (Amaya *et al.*, 2006; Amaya y Parra, 2010; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

La personalidad tipo C fue descrita por Morris y Greer en 1980 (Anarte *et al.*, 2000) y se compone de cuatro dimensiones que han sido observadas especialmente en mujeres que padecen cáncer de mama: control emocional, racionalidad, necesidad de armonía y comprensión (Anarte *et al.*, 2000; Vinaccia, 2003). El control emocional desempeña el papel central de este tipo de personalidad. Es un factor que predice el peor ajuste psicosocial en las personas que sufren cáncer y puede condicionar los resultados de los tratamientos médicos (Durá *et al.*, 2010; López *et al.*, 2002).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama (CaMa), pues representa 16% de los cánceres femeninos en todo el mundo y cada año se diagnostican alrededor de 1.38 millones de personas con este padecimiento. De cada 100 mujeres mexicanas que presentan un tumor maligno, 30 pertenecen a este tipo de cáncer (OMS, 2014; INEGI, 2012). En México esta enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte en mujeres desde 2006, a partir de los 25 años de edad.

De acuerdo con Nigenda *et al.*, 2009; González-Robledo *et al.*, 2010; López-Carrillo *et al.*, 2009; Mohar *et al.*, 2009; SSA, 2011, alrededor de 90% de casos son diagnosticados en las etapas avanzadas II, III y IV (tumor mayor a los cinco centímetros), lo que implica mayor letalidad de la enfermedad ocasionando la práctica de la mastectomía radical o parcial e incluso la pérdida de la vida (Martínez-Montañez *et al.*, 2009).

El cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia en el norte de México (Granados y Herrera, 2010); sin embargo, algunos estudios han demostrado que todas las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar esta enfermedad, ya que entre 75% y 80% de los casos carecen de algún factor de riesgo determinante (Nigenda *et al.*, 2009; Palacio-Mejía *et al.*, 2009). Asimismo, se ha descubierto que esta afección surge cada vez a edades más tempranas, lo que hace prioritaria la detección oportuna para el control epidemiológico (INEGI, 2012; Knaul *et al.*, 2009; Mohar *et al.*, 2009; Vinaccia *et al.*, 2006).

Aunque el CaMa es benigno en sus primeras etapas, la autoexploración, en particular en nuestro país, no se realiza de manera eficaz y ello repercute en la elevada cantidad de diagnósticos establecidos en etapas avanzadas

(López-Carrillo *et al.*, 2009; SSA, 2011). Actualmente, en lo que se refiere a la prevención y al diagnóstico temprano de la enfermedad, los sistemas de salud, incluyendo a la OMS, sólo atienden factores de riesgo desde el punto de vista médico sin incluir los psicológicos que nos parecen muy relevantes, como lo discutiremos a lo largo de este trabajo (SSA, 2011).

En este sentido, se han efectuado investigaciones sobre la personalidad tipo C, las cuales, como se mencionó anteriormente, destacan el control emocional y lo definen como un factor único que predice peor ajuste psicosocial en las personas que sufren cáncer y puede condicionar los resultados de los tratamientos médicos (Durá *et al.*, 2010; López *et al.*, 2002); sin embargo, aún no se aportan recursos de solución a esta enfermedad desde el punto de vista psicológico, es decir, mediante la prevención y la detección temprana a las mujeres que se encuentran en riesgo potencial de sufrir cáncer de mama por la presencia de características de la personalidad tipo C, asociada fuertemente a los roles de género tradicionales. Ello facilitaría las herramientas necesarias para apoyarlas y favorecer las prácticas de autocuidado.

Este artículo asumió el objetivo de identificar la forma en que se desarrolla la personalidad tipo C en mujeres mexicanas mediante procesos de socialización normalizados que promueven los roles de género femeninos tradicionales y su incidencia en el diagnóstico oportuno del cáncer de mama (en sus primeras etapas). Para conseguirlo, se realizaron entrevistas individuales e historias de vida a un grupo de mujeres diagnosticadas con CaMa, atendidas en el estado de Veracruz, México y se efectuó el análisis de datos con el método interpretativo. Los resultados mostraron una clara relación entre los elementos descritos al encontrar que en la población estudiada el factor prevaleciente en la personalidad tipo C es la necesidad de armonía, lo cual incide negativamente en las prácticas de autocuidado.

Además se observó que la personalidad tipo C y los roles de género femeninos tradicionales poseen una clara influencia en las mujeres con diagnóstico de CaMa, lo que conlleva al desinterés en la práctica de la autoexploración mamaria y a la no asistencia oportuna e inmediata al médico cuando se detecta alguna anomalía; se demuestra que los factores psicológicos y sociales juegan un factor determinante en la conducta de las mujeres para la detección oportuna del CaMa y la relevancia de vislumbrar alternativas de atención innovadoras en este campo a fin de incidir en la alta prevalencia de esta lacerante enfermedad.

1. Método

1.1. Participantes

El estudio se realizó en una muestra de 13 mujeres con diagnóstico de CaMa en tratamiento médico en el Hospital Estatal de Cancerología, ubicado en la ciudad de Xalapa, Veracruz, procedentes del resto del estado y también de Tlaxcala. Se trata de mujeres de escasos recursos económicos, sin pertenecer especialmente a alguna etnia, con acceso a hospedaje en la asociación civil AHTECA (Ayúdame Hermano, Tengo Cáncer A. C.). La investigación se realizó de septiembre de 2013 a enero de 2014. Los criterios de inclusión fueron edad mayor a 30 años, cáncer de mama diagnosticado, ser hablante del español, participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado y contar con condiciones físicas y psicológicas adecuadas para participar en el estudio.

1.2. Procedimiento para la recopilación de datos

El contacto y acercamiento inicial se realizó mediante un taller dirigido a pacientes con CaMa y a sus familiares con el objetivo de mejorar el proceso evolutivo de la enfermedad. Posteriormente se invitó a quienes cumplían con los criterios de inclusión a participar en el estudio y se aplicó un cuestionario de datos generales para conocer los antecedentes personales y los datos epidemiológicos acerca de la enfermedad. Siguiendo un modelo de investigación cualitativa, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada que contiene elementos de género, así como la técnica de historia de vida con la encomienda de narrar sus experiencias personales como mujer, incluyendo aspectos relacionados a los roles desempeñados dentro y fuera del hogar y a su experiencia como pacientes con CaMa (Hernández *et al.*, 2010).

Los instrumentos se evaluaron y aceptaron por el comité de investigación y el departamento de psicología de la asociación civil AHTECA. Las entrevistas se llevaron a cabo de una a tres sesiones con cada participante debido a su estado de salud.

1.3. Análisis de datos

Se elaboró la respectiva codificación de datos a partir de las narraciones de las participantes, la bitácora de investigación y las notas clínicas surgidas durante las entrevistas. Con el uso del *software* MAXQDA-11 y el método interpretativo se establecieron tres grupos de categorías que permitieron determinar elementos presentes de género, tales como los roles femeninos tradicionales de personalidad tipo C y sus componentes, además del CaMa, así como aspectos

relacionados a la autoexploración y la asistencia oportuna al médico.

Para ordenar el análisis, se utilizaron códigos que permitieron ubicar, triangular y relacionar la información entre las distintas categorías y las participantes. A través de la estrategia de triangulación de datos se obtuvieron las relaciones de los códigos entre cada una de las categorías, mediante la confrontación y comparación de los datos (Hernández *et al.*, 2010).

1. 4. Consideraciones éticas

A las participantes se les explicó el carácter voluntario de la investigación y la confidencialidad de los datos. Asimismo, se llevó a cabo el consentimiento informado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 004-SSA3-2012 del expediente clínico, en su apartado de consentimiento informado también se usaron seudónimos para preservar la privacidad de las participantes entrevistadas, los cuales aparecen al final de cada cita testimonial (SSA, 2012).

2. Resultados

Cabe destacar que respecto a las características de la población estudiada, todas las mujeres pertenecen a zonas rurales del país, además cerca de 80% se encuentra entre las edades de 40 a 60 años y más de la mitad son mujeres casadas. En lo que se refiere a su escolaridad, 54% cuenta con estudios de primaria. En relación con ocupaciones y actividades retribuidas económicamente, 54% de las participantes se dedica en exclusivo al desempeño de las labores del hogar y al cuidado de los hijos, mientras que 46% se ha empleado por lo menos una ocasión en su vida en actividades que

coinciden con los roles de género femeninos tradicionales (cuadro 1). La exploración y análisis de los resultados permitió distribuir la información en dos apartados.

2. 1. Roles de género femeninos tradicionales

En el proceso de socialización distintos agentes sociales, principalmente la familia, juegan un papel fundamental. Al respecto, las participantes marcan un aprendizaje diferenciado entre ellas y los hombres de sus familias, incluso desde la infancia. Se afirma que las mujeres obtuvieron una educación dirigida a realizar actividades relacionadas al hogar, mientras que a los hombres se les permitían actividades de cierta independencia.

A las mujeres nos enseñaron a hacer todo lo de la casa. De chiquita me decían: te toca a ti hacer esto o lo otro porque eres mujer (refiriéndose a actividades del hogar). Mis hermanos no barrían, no lavaban trastes (Alejandra, 62 años).

A las mujeres no nos dejaban salir, menos ir a un baile, mientras que los hombres tenían muchas libertades, con decirle que iban hasta al cine (Hortensia, 47 años).

Me decían que tenía que comportarme como las mujeres prohibiéndome que hiciera cosas de niño, como jugar; eso era nada más para varones y tampoco podía juntarme con niños ni a platicar (Amalia, 41 años).

Las participantes en el estudio asignan a los hombres estereotipos de género asociados a la productividad y manutención de la familia, mientras que a las mujeres las asocian con actividades relacionadas a la afectividad, el cuidado de

Cuadro 1. Características de las participantes.

Seudónimo	Edad	Situación civil	Número de hijos	Escolaridad	Ocupación	Diagnóstico (Estadio)	Asistencia médica (Tiempo)
Juana	43	Casada	2	Primaria	Hogar	IV	1 mes
Paula	57	Unión libre	2	Ninguna	Hogar	0	18 meses
Luisa	37	Divorciada	5	Primaria	Hogar y empleo	III	1 mes
Carmen	56	Soltera	0	Secundaria	Hogar y empleo	II	8 meses
Hortensia	47	Casada	2	Primaria	Hogar y empleo	II	11 años
Concepción	36	Soltera	0	Primaria	Hogar y empleo	III	9 meses
Ángeles	42	Casada	1	Secundaria	Hogar	III	2 meses
Amalia	41	Casada	2	Secundaria	Hogar	III	1 mes
Mercedes	59	Unión libre	6	Secundaria	Hogar y empleo	II	5 meses
Elsa	58	Casada	4	Primaria	Hogar	III	1 mes
Aracely	55	Viuda	2	Primaria	Hogar y empleo	III	6 meses
Alejandra	62	Casada	5	Primaria	Hogar	II	1 mes
Leticia	46	Casada	2	Secundaria	Hogar	Desconoce	1 mes

los hijos, el esposo y el hogar, así como con características personales como la sumisión, abnegación y dependencia.

Ser un buen esposo es tener convivencia con los hijos y proveer todo lo necesario, porque un buen hombre es el que cumple con sus obligaciones de trabajar y dar dinero a la esposa y a los hijos (Amalia, 41 años).

Las mujeres somos las que tenemos que hacer todo lo de la casa, nos toca a nosotras, y al hombre le toca trabajar para traer el dinero de lo que se ocupe en la casa y la familia (Juana, 43 años).

Ser activa, hacendosa en la casa y tener la casa muy limpia es lo que las mujeres tienen que tomar en cuenta para estar bien con la familia y con el esposo (Concepción, 36 años).

Las participantes definen a las mujeres en función de actividades relacionadas al hogar y dirigidas al cuidado y atención de otras personas.

Una buena esposa es la que tiene y cumple las responsabilidades de la casa y da siempre mucho amor para el esposo. Eso es lo que he aprendido yo y socialmente es lo que hago (Hortensia, 47 años).

En mi experiencia, como mujer he cumplido con los deberes de lo que mi esposo necesite: comida, agua, ropa, platicar con él cuando se requiere, hacerle ver lo que no me gusta para intentar tomar decisiones entre los dos (Amalia, 41 años).

Una mujer está para trabajar en la casa, para moler, hacer tortillas, lavar [...], y yo he sentido bonito haciendo todo eso, además siendo mujer es que he podido tener a mis hijos (Aracely, 55 años).

Los roles de género tradicionales incluyen varios elementos que destacan Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2011b) y se describen en el siguiente orden: el rol expresivo-maternal que hace alusión al papel de madre cariñosa y al cuidado de los hijos, como llevarlos a la escuela, ayudarlos con las tareas escolares y cuidarlos durante el día, y el rol expresivo-educativo se vincula con la tarea de cuidar el bienestar de

la familia, al fomentar el respeto, la estabilidad y la unidad familiar. Por último, se encuentra el rol doméstico que incluye actividades que tradicionalmente se relacionan a las mujeres, como las tareas de la casa, lavar trastes, lavar ropa y planchar, además de cuidar a los enfermos en la familia. Al respecto, las participantes manifestaron lo siguiente:

Yo hago la comida, lavo la ropa, plancho. Todo lo que las mujeres debemos hacer en la casa, porque así nos enseñaron que una mujer tiene que hacer (Paula, 57 años).

Ahora por la enfermedad no participo mucho haciendo las labores del hogar, lo hace mi hija la mayor. Pero cuando estoy sana, yo llevo del trabajo y hago comida, lavo los trastes, cuido a mis hijos, los apoyo con las cosas de la escuela, esto sí sigue siendo igual. También cuido a uno de mis nietos (Luisa, 37 años).

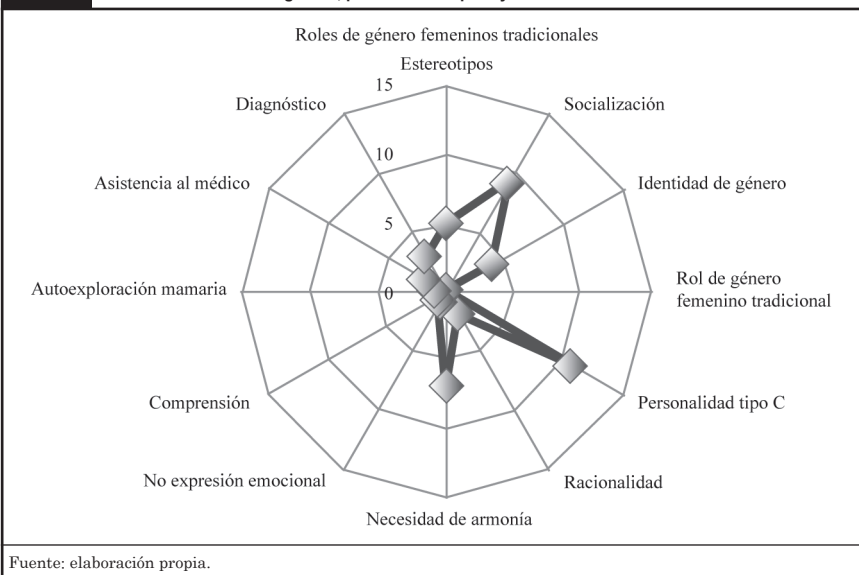
Yo en la casa me la paso a puro trabajar, moler, hacer tortillas, lavar. Pero siento muy bonito porque es para mis hijos y mi esposo, para que ellos estén bien (Aracely, 55 años).

Los roles de género femeninos tradicionales se relacionan directamente con la personalidad tipo c, en lo sucesivo con la socialización y la necesidad de armonía lo cual se observa a través de la gráfica 1.

2. 2. Roles de género femeninos tradicionales, personalidad tipo c y cáncer de mama

Quienes desarrollan personalidad tipo c suelen ser personas excesivamente serviciales, pasivas, presentan

Gráfica 1. Relación entre roles de género, personalidad tipo C y socialización.



dificultad para defender sus derechos, son pacientes, sumisas, evitan conflictos, buscan la armonía en las relaciones interpersonales, controlan las emociones y son incapaces de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal. Todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión y desesperanza, como se refiere en los trabajos de los autores Amaya *et al.* (2006) y Sebastián *et al.* (2009). De la muestra de mujeres aquí estudiada, 100% presentó rasgos de personalidad tipo c, que van desde 1 a 7 códigos encontrados entre esta categoría y sus factores, de los cuales 84% representa la categoría de necesidad de armonía.

Mi esposo me dijo al principio de la enfermedad que estaríamos juntos en las buenas y en las malas, pero nada más lo dijo porque la realidad es que no me apoya. Esto no se lo digo a mis hermanas para que no le reclamen nada y porque yo a él lo quiero mucho, lo sigo amando, estoy muy acostumbrada a él, y cuando se enferma a mí me duele, me duele que no coma, y aunque yo esté enojada con él, le mando comida con su hija al trabajo, porque lo sigo amando, aunque me da coraje que no me apoye ahora que lo necesito. Ni siquiera me da amistad ni cariño (Hortensia, 47 años).

Yo me siento muy mal cuando mi esposo me dice que estoy muy fea, a veces quisiera que me dé un abrazo, pero por más que espero, nada. No tengo pelo, no tengo un pecho, y entiendo que él no me acepte porque yo tampoco me acepto. Cuando me dijeron que tenía cáncer de mama, le dije que se fuera a buscar a alguien más, porque yo sabía que me iba a quedar sin pelo y sin pecho (Leticia, 46 años).

La personalidad tipo c presenta una relación primordial con los roles de género femeninos tradicionales, la necesidad de armonía y la socialización, como se aprecia en la gráfica 2.

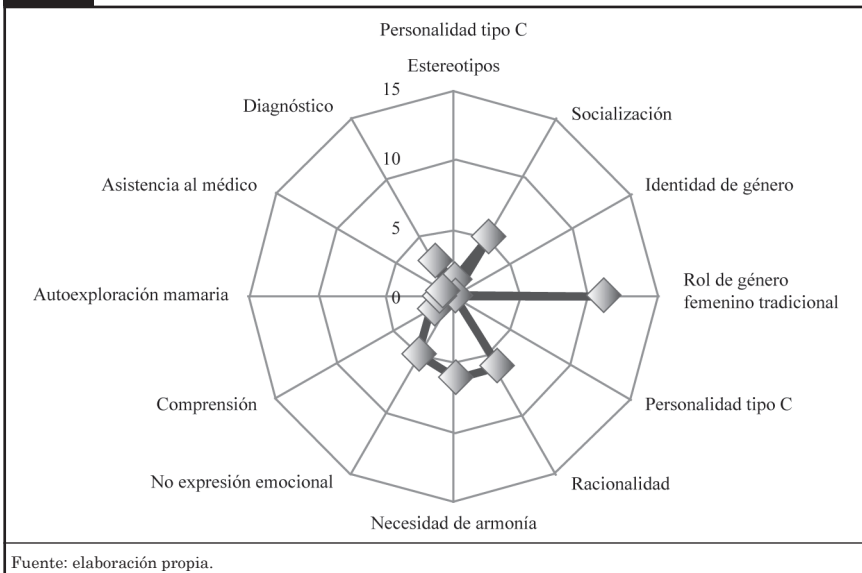
Al comportarse acorde a los roles tradicionales se origina una característica fundamental de la personalidad tipo c, la necesidad de armonía, que es un elemento que hace visible el intento por mantener un equilibrio en las relaciones interpersonales anteponiéndolo al autocuidado y la salud individual, que además influye negativamente en el diagnóstico del CaMa al no favorecer la práctica de la autoexploración mamaria. En este sentido, 70% de las participantes detalló que conocía la técnica de autoexploración antes de ser determinado el diagnóstico de CaMa; sin embargo, no la llevó a cabo.

La autoexploración sí la conocía pero nunca me la hice, creo que por desidia, por flojera. Le busca uno la vuelta a esas cosas, pero ahora sé que no habérmela hecho fue peor para mí, porque ahora estoy encamada y sin poder levantarme (Mercedes, 59 años).

Actualmente vivo en unión libre con un muchacho (desde hace tres años). A él su familia no lo quiere y yo lo recogí, porque su familia le quitó todos sus bienes. Él está enfermo de la columna, tiene 43 años, lo operaron en Estados Unidos. Por cuidarlo a él me dejé de mi salud un año y medio hasta venir con el doctor por mi problema de cáncer. Desde entonces, yo tenía una bolita en el pecho y me dijeron en la caravana de salud que era cáncer pero pensé en no ponerle cuidado, no lo creí, me descuidé y ahora ya está bien avanzado, no puedo ni caminar. Los doctores se me ponen bien bravos. Me regañaron porque mi problema de cáncer de mama ya está muy avanzado desde que vine en el mes de junio de este año (Paula, 57 años).

Antes del cáncer yo iba a clases de corte y confección y hacía composturas de ropa. Mi mamá se enfermó de diabetes hace cinco años y yo dejé mi trabajo para cuidarla y poderla llevar a las consultas. Aunque aparte de cuidarla, seguí haciendo todo el quehacer de la casa, vivo con ella. Antes ni pensaba en el cáncer pues de mi familia nadie lo tiene. Yo tendría que haber ido al doctor, pero por dejada no fui y me dio cáncer. No fui porque me dejé. Sentía el pecho duro y rojo como desde ocho meses antes, pero

Gráfica 2. Relación entre la personalidad tipo C, roles de género y necesidad de armonía.



soy dejada y estaba con mi mamá cuidándola, en vueltas con ella. Pasó el tiempo y no me atendí. Tengo sentimiento de culpa por eso, más al principio, ahorita ya no, ya no tiene ningún caso. Por atender más a los demás fue que a mí me ganó esta enfermedad y dicen los doctores que tengo metástasis. Estoy invadida de cáncer, pero aun así, ahora mi prioridad soy yo, antes no lo era (Carmen, 56 años).

Lo que me preocupa es que puede que me operen pero no me gustaría que me quitaran un seno. Es algo mío que no quiero perder, aunque si es así, pues lo acepto, acepto lo que sea. Es lo que les pasa a las mujeres porque no se revisan. Nos dedicamos al trabajo de la casa y nos olvidamos de uno. Dejamos el cuerpo hasta el final (Juana, 43 años).

El diagnóstico de CaMa posee una relación con los roles de género femeninos tradicionales, la personalidad tipo c y la asistencia al médico; dicha unión se observa en los límites superiores en las tres categorías que se visualiza en la gráfica 3.

Finalmente, en los relatos de las entrevistadas se identificó otro aspecto que también representa la necesidad de armonía. Se trata de cierto grado de preocupación por no cumplir con los roles desempeñados en la vida cotidiana relacionado con lo que para ellas significa ser mujer, y que incluso se vuelve aún más importante que el desarrollo de la enfermedad, de acuerdo como lo explica Ángeles.

Yo estoy casada. Tengo a mi esposo pero no tengo vida íntima con él, no cumplo mi responsabilidad como mujer y eso me hace sentir muy triste y estar peor, porque yo sé que los hombres tienen la necesidad del sexo y yo no cumplo con mi esposo. A pesar de eso, todavía él me apoya, me dice que vaya al doctor a ver por mi salud, que no le importa que me hayan quitado un pecho (Ángeles, 42 años).

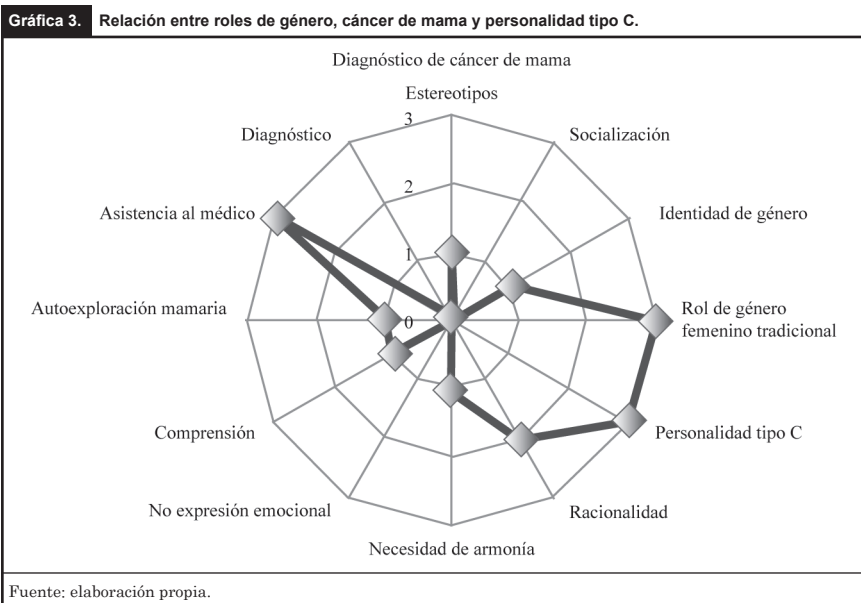
Conclusiones

Los datos cualitativos analizados permitieron valorar la relación entre los roles de género femeninos tradicionales y la personalidad tipo c, además de determinar que ambos aspectos se encuentran presentes de manera explícita en los relatos de las

historias de vida y entrevistas a mujeres con diagnóstico de CaMa. A través de los resultados se logró profundizar en el proceso de desarrollo de la personalidad tipo c, mediante la socialización que orienta a las mujeres a ejecutar los roles tradicionales establecidos.

Asimismo, se identificó la forma en que los elementos descritos influyeron negativamente en la salud de las participantes al no favorecer las prácticas de autocuidado, en particular la autoexploración mamaria y el hecho de no acudir oportunamente al médico, esto asociado con la necesidad de armonía. A través del análisis del discurso fue posible profundizar en este concepto confirmando que la necesidad de armonía va más allá de la búsqueda de equilibrio en las relaciones interpersonales, pues se vincula con aspectos como el esfuerzo por lograr el bienestar y la salud de las personas cercanas antes que el propio, a pesar del costo que conlleva en la salud.

Al respecto, aun cuando hoy en día los roles tradicionales de género son muy cuestionados y las mujeres incursionan en ámbitos educativos, profesionales y laborales antes vetados para ellas, hasta el momento no ha repercutido en que hayan desistido de algunas prácticas tradicionales relacionadas a su género, especialmente al cuidado de los hijos y a las labores del hogar, Situaciones que no siempre se ejercen en términos de equidad respecto a los hombres. Como afirma Zabudovsky (2007), las mujeres que poseen mayores oportunidades educativas y laborales logran notables cambios en la dinámica familiar y de pareja, lo cual es un acto que aporta a la corresponsabilidad entre hombres y mujeres, a la construcción de relaciones justas y saludables y a las prácticas de autocuidado.



Fuente: elaboración propia.

A diferencia de otros estudios realizados en poblaciones como la española y la colombiana, en este estudio la necesidad de armonía destacó de manera sustancial, en donde resaltó como factor principal el control emocional. No obstante, hay que considerar que dichos estudios se basan en metodologías cuantitativas (Anarte *et al.*, 2000; Amaya *et al.*, 2006). Por otro lado, en nuestro estudio, las mujeres cuya situación civil es de casadas presentan una mediana necesidad de armonía, a diferencia de las solteras o viudas que obtienen mayor puntuación. En este caso son tres participantes que no están casadas y se dedican a cuidar de otras personas: hermanos, padres o suegros.

Un aspecto que continúa siendo controversial respecto de la personalidad tipo c es su delimitación como un factor premórbido para desarrollar CaMa o como un estilo de afrontar la enfermedad y el tratamiento. La mayoría de las investigaciones realizadas señalan diferencias respecto a la población estudiada y a la perspectiva de la investigación. Mientras en algunas investigaciones las dimensiones de control emocional y comprensión obtienen puntuaciones altas en una primera línea de investigación que concibe a la personalidad tipo c como característica premórbida (Amaya y Parra, 2010; López *et al.*, 1998), en otras resultan puntuaciones altas en las escalas de necesidad de armonía y racionalidad (Amaya *et al.*, 2006; Vinaccia, 2003; Vinaccia *et al.*, 2006).

Ello plantea el reto de desarrollar futuros estudios con diferentes metodologías que permitan incrementar el conocimiento de la personalidad tipo c en la población mexicana, incluyendo a éste como un factor de riesgo psicológico ante el diagnóstico oportuno del CaMa, además de conocer más a fondo este constructo reforzado por los procesos tradicionales de socialización, los cuales históricamente en la cultura mexicana han sostenido formas de organización familiar y social que si bien pueden haber sido funcionales para la estabilidad social, lo cierto es que no promueven la salud de las mujeres.

Todas las participantes en esta investigación llevan a cabo actividades relacionadas a los roles tradicionales de género, además, a 85% se le diagnosticó esta enfermedad en los estadios II, III y IV, mientras que 15% en las etapas iniciales 0 y I, lo que representa una parte de las grandes cifras de casos de CaMa diagnosticados en etapas avanzadas y el riesgo de salud y de vida en que las sitúa. Por ello, es necesario que las mujeres no sólo estén informadas, sino que participen activamente en prácticas de autocuidado realizándose la autoexploración mamaria; esta práctica ayuda a responsabilizarse de la salud, promueve el aumento del autocuidado y fomenta la toma de conciencia en las mujeres en situación de riesgo (OMS, 2014).

En este sentido, se considera que no basta la información divulgada sobre la importancia de la técnica de autoexploración mamaria y las campañas de salud respecto a la prevención del CaMa, sino que es necesario responder al cuestionamiento del por qué las mujeres, aun conociendo esta técnica normalmente, no la llevan a cabo; en tanto las acciones desde el área psicológica y social aquí descritas indican que las conductas preestablecidas desde la niñez no favorecen a la salud, pues las mujeres desestiman su importancia, esperando que sean otros los que se responsabilicen de ellas. Esta es una actitud propia de la personalidad tipo c, por lo cual son aspectos importantes a considerar como factores que conllevan al riesgo psicológico en el cáncer de mama.

Para concluir se afirma que la asistencia oportuna o inmediata al médico está condicionada por los roles de género femeninos tradicionales y la personalidad tipo c, pues 70% de mujeres participantes de esta investigación buscó asistencia médica entre los seis meses de que se le detectó alguna anomalía mamaria y 30% restante osciló entre los ocho meses y los 11 años. Las mujeres que rebasaron los 47 años de edad aplazaron el tiempo en buscar ayuda médica, a excepción de una participante de 62 años de edad, quien acudió a solicitar atención a los dos meses, lo cual podría deberse al hecho de que experimentó la pérdida de una persona cercana por la misma causa.

Análisis prospectivo

La clave del control epidemiológico y el buen pronóstico del CaMa es la detección temprana, el diagnóstico en estadios iniciales, el tratamiento eficaz y la prevención por medio de los tamizajes organizados e incluyentes de equipos multidisciplinarios, ya que la mortalidad y el número de casos registrados por CaMa aumentaron a partir de 2006 en México (González-Robledo *et al.*, 2010; Martínez-Montañez *et al.*, 2009). De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, dentro del proyecto GLOBOCAN 2008, predice que para 2030 serán diagnosticadas 24 386 mujeres y 9 778 morirán por CaMa en México (GLOBOCAN, 2008). Estas cifras de proyección confirman que tal enfermedad oncológica se convierte en un reto sustancial para los sistemas de salud y para la sociedad entera (SSA, 2012).

Por su parte, la OMS (2014), y la NOM 041-SSA-A2-2002 establecen para la detección oportuna del cáncer de mama tres métodos esenciales: la autoexploración mamaria, la exploración médica y la mastografía. Se considera que de estos métodos el más confiable es la mastografía; sin embargo, es un procedimiento costoso al que no todas las

mujeres tienen acceso, además de que es recomendado a partir de los 40 años y hoy en día las cifras refieren que el promedio de edad en el que se detecta esta enfermedad se ha reducido hasta los 25 años, por lo que se requeriría llevarla a cabo en mujeres más jóvenes (González-Robledo *et al.*, 2010; SSA, 2011). Por su parte, las recomendaciones para la autoexploración mamaria han de realizarse entre los periodos de la mastografía. Respecto a la exploración médica existen pocos estudios; no obstante, evidencian resultados efectivos cuando se realiza de forma temprana (Martínez-Montañez *et al.*, 2009).

Sin embargo, el diagnóstico identificado en fases avanzadas, como normalmente se presenta en México (90% de los casos) precisa consecuencias psicológicas como la ansiedad, estrés y depresión y dado el caso se hace necesaria la realización de la mastectomía como medio para conservar la vida. Esta cirugía aumenta las probabilidades de supervivencia, aunque la pérdida de una glándula mamaria, parcial o total afecta a las mujeres en su autoestima e imagen corporal (Granados y Herrera, 2010).

De acuerdo con los resultados de este estudio, la importancia clínica de la personalidad tipo c es que genera mayor riesgo de desarrollar neoplasia, por tratarse de un aspecto premórbido que se presenta en las mujeres y les impide llevar a cabo la prueba de autoexploración mamaria, además de la asistencia inmediata a los servicios de salud en caso de detectar alguna anomalía mamaria. La personalidad tipo c se exterioriza a través de conductas que implican sumisión, cubrir las necesidades de los demás y encargarse del cuidado de otros antecediendo las necesidades de los seres queridos por las propias. Esta situación origina que las personas se descuiden a sí mismas y no consideren su bienestar, auto-

cuidado y salud personal de forma prioritaria. La posibilidad de diagnosticar la personalidad tipo c en mujeres con CaMa sería útil a un equipo multidisciplinario para diseñar propuestas adecuadas que coadyuven al tratamiento de mujeres que exhiben este perfil facilitando la elaboración de propuestas de prevención en la población general.

Se considera entonces prioritario incluir la atención psicológica a las mujeres en las políticas públicas dirigidas a prevenir y diagnosticar oportunamente el CaMa al promover el autocuidado desde la reflexión, sensibilización y concientización de los procesos de socialización tradicionales, los cuales no favorecen que las mujeres se centren en atender aspectos personales como el cuidado de la salud y o prevenir de enfermedades.

Es importante que la participación de los psicólogos para detectar el cáncer de mama se plantee desde la personalidad tipo c, dentro de los tamizajes; primero, en los “tamizajes de oportunidad” que son los que suceden fuera de un programa formal en el que se envía a una mujer sin síntoma alguno a realizarse una prueba de detección (González-Robledo *et al.*, 2010), posteriormente en los “tamizajes poblacionales” que operan como programas organizados de salud pública, promovidos en general por las autoridades de salud e implican la aplicación de pruebas a la población considerada en riesgo, teniendo como meta el descenso de la enfermedad (González-Robledo *et al.*, 2010). Para todo ello es necesario elaborar herramientas que permitan a los psicólogos detectar la presencia de la personalidad tipo c, y en función de ésta llevar a cabo acciones de promoción y prevención en materia de salud mental apuntando a factores como el autocuidado, la autoestima y la asertividad en la comunicación.



Referencias

- Amaya, A., Gordillo, L. y Restrepo, F. (2006). Validación del cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en medición*, 4, 91-112.
- Amaya, A., y Parra, J. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Vanguardia Psicológica*, 1(1), 70-89.
- Anarte, M., López, M., Ramírez, M., y Zarazaga, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo c en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141.
- CNEGRS (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). (2006). *Guía mujeres y hombres ante las adicciones*. México.
- Díaz-Loving, R., Rivera, A. y Sánchez, A. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-140.
- Durá, E., Pérez, S., Ferrando, M., Murgu, S. y Martínez, P. (2010). Emotional Suppression & Breast Cancer Validation Research on the Spanish Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale. *The spanish journal of psychology*, 13(1), 406-417.

- González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G. y López-Carrillo, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud Pública de México*, 52(6), 533-543.
- Granados, G. y Herrera, G. (2010). *Procedimientos médico quirúrgicos* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Guibert, R., Prendes, L., González, P. y Valdéz, P. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 7-13.
- Hernández, S., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera, S. P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2012). *Estadísticas del día internacional contra el cáncer de mama Aguascalientes, Méx. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Consultado el 10 noviembre 2013. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf>
- GLOBOCAN (International Agency for Research on Cancer). (2008). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. Consultado el 20 de octubre 2012. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A. y Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, 2(51), 335-344.
- Lamas, M. (2002). *La antropología feminista y la categoría de género, en cuerpo, diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- López-Carrillo, L., Suárez-López, L. y Torres-Sánchez, L. (2009). *Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Salud Pública de México*, 51(2), 345-349.
- López, M., Esteve, R., Ramírez, C., Anarte, M. (1998). Dimensionalización del constructo de personalidad tipo c. *Psyche*, 7(1), 3-12.
- López, M., Ramírez, C., Esteve, R. y Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo c una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología conductual*, 10, 229-249.
- Martínez-Montañez, O., Uribe-Zúñiga, P., Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(2), 350-360.
- Mohar, M., Bargalló, E., Ramírez, M. T., Lara, F., Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento de cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(2), 263-269.
- Nigenda, G., González-Robledo, L., Cabello, M., Zarco-Mera, A. y González-Robledo, M. (2009). *Proceso social del cáncer de mama en México: perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud*. Disponible en www.tomateloapecho.org.mx
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2014). *Cáncer de mama: prevención y control*. Consultado el 10 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
- Palacio-Mejía, L., Lazcano-Ponce, E., Allen-Leigh, B. y Hernández-Ávila, M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 51(2), 208-219.
- Pérez, B. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13(2), 155-161.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21(1), 42-49.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2011a). Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en la población mexicana. *Revista de Psicología Social*, 26(2), 191-206.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2011b). *Identidades de género. Más allá de cuerpos y mitos*. México, Trillas.
- Sebastián, J., León, M. y Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi prospectivo de la personalidad tipo c. *Latinoamericana de psicología*, 41(3), 461-479.
- SSA (Secretaría de Salud). (2011). *NOM-041-SSA2-2011 Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. *Diario Oficial*. Consultado el 16 septiembre 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
- SSA (Secretaría de Salud). (2012). *NOM-004-SSA3-2012 Norma Oficial Mexicana del Expediente clínico*. *Diario Oficial*. Consultada el 8 de agosto 2013. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo c en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de psiquiatría*, xxxii(1), 161-168.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas psychologica Panamerican Journal of Psychology*, 5(3), 575-583.
- Zabludovsky, G. (2007). Las mujeres en México: trabajo, educación superior y esferas de poder. *Política y Cultura*, 28(09-41).