

El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico

Prostate cancer and the social construction of masculinity in Puerto Rico

Alicia Rivero, Reinaldo Berríos
Autor referente: riverovalicin1@gmail.com

Universidad Interamericana de Puerto Rico (Puerto Rico)

Historia editorial

Recibido: 10/11/2015
Aceptado: 29/04/2016

RESUMEN

El cáncer de próstata en los puertorriqueños compara con las tendencias a nivel mundial siendo la enfermedad de mayor incidencia y mortalidad entre los hombres. En muchos casos cuando no se descubre a tiempo se debe a la renuencia de los hombres a ser examinados por un proctólogo lo que pone en riesgo su salud. Aquellos que se examinan y salen positivos han de someterse a tratamientos que conllevan efectos secundarios que tienen un impacto tanto en su salud física como emocional. En este trabajo se presentan los resultados de un estudio fenomenológico más amplio llevado a cabo en Puerto Rico con parejas cuyo compañero experimentó cáncer de

próstata. Se discute la construcción social de la masculinidad y el impacto de la misma en la búsqueda de diagnóstico y en la reacción a los efectos secundarios del tratamiento. Se encontró: a) una renuencia a realizarse el examen de detección de cáncer de próstata asociada al concepto de machismo y a la posibilidad de impotencia; b) falta de orientación para trabajar efectos secundarios como la incontinencia y la disfunción eréctil; c) escasa atención a la concepción de masculinidad que pone en riesgo y en una posición de vulnerabilidad emocional a estos pacientes. Se ofrecen recomendaciones para los profesionales de la salud.

Palabras clave: Cáncer de próstata; Incontinencia; Disfunción eréctil; Construcción social de la masculinidad.

ABSTRACT

The prevalence of prostate cancer among Puerto Ricans compares with worldwide tendencies regarding

incidence and mortality rates. With frequency it is not diagnosed in time due to male reticence to be examined

by a proctologist thus placing them at risk. Those who decide to be examined and are diagnosed must undergo treatments with secondary effects that impact not only their physical but their mental health as well. In this work results of a broader Phenomenological study with couples where the spouse had prostate cancer are presented. We discuss the social construction of masculinity and its impact on the diagnosis, and on the reactions to secondary effects of prostate cancer.

We found: a) a resistance to the prostate cancer detection exam due to machismo and fear of impotence; b) lack of orientation from health professionals on how to deal with secondary effects of treatment such as incontinence and erectile dysfunction; c) lack of attention to men's concept of masculinity which constitutes a risk to their health and puts them in a place of emotional vulnerability. Recommendations for health practitioners are offered.

Keywords: Prostate cancer; Incontinence; Erectile dysfunction; Social construction of masculinity.

...la salud es una de las principales capacidades universalmente valoradas y la enfermedad, una condición que restringe la expansión de las libertades (Arias, 2009, p. 342).

El cáncer de próstata en los puertorriqueños compara con las tendencias a nivel mundial, siendo la enfermedad de mayor incidencia y mayor mortalidad entre los hombres (Ruiz Kuilan, 2015). Según el Departamento de Salud de Puerto Rico (Departamento de Salud de Puerto Rico, División de Promoción y Control de Enfermedades Crónicas, Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud, 2014), para el 2009 el cáncer de próstata fue el cáncer más común en los hombres (n= 2,794). En los Estados Unidos de acuerdo a las proyecciones de la Sociedad Americana del Cáncer (2015) se espera que para este año se diagnostiquen 220,800 casos nuevos. Además uno de cada siete hombres será diagnosticado con esta enfermedad en el transcurso de su vida y alrededor de seis de 10 casos se diagnostican en hombres de 65 años o más. La edad promedio al momento de conocerse el diagnóstico es de aproximadamente 66 años en los Estados Unidos.

Según el Instituto Nacional de Cáncer, existen dos exámenes selectivos que se usan ordinariamente para detectar el cáncer de próstata cuando no hay síntomas presentes; estos son, el examen rectal digital en el cual el médico palpa la próstata a través del recto buscando zonas duras o abultadas y un análisis de sangre que detecta una sustancia llamada antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) producida por la próstata. Estas dos pruebas realizadas en conjunto pueden detectar muchos cánceres de próstata “silenciosos” que no han presentado síntomas. Dado el uso generalizado del análisis de PSA en los Estados Unidos, se están diagnosticando actualmente 90% de todos los cánceres de próstata en un estadio temprano y, por lo tanto, los hombres tienen una supervivencia mayor después de ser diagnosticados. También en Puerto Rico debido al adelanto en la detección temprana del cáncer de próstata y a los tratamientos utilizados la supervivencia ha aumentado.

A pesar de este hecho, muchos hombres son renuentes a realizarse la prueba de cáncer de próstata. De acuerdo a Muñoz Astudillo, Sossa Pinzón, Ospina, Grisales y Rodríguez García (2011) algunos estudios sobre la identidad masculina del latinoamericano muestran que los hombres optan por servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como farmacias y atención de emergencia, que garantiza la solución del problema. Añaden que el hombre busca el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. Según Fonseca Hernández (2005), en muchos casos, cuando se descubre tardíamente un cáncer de próstata se debe a la negación de los hombres de ser examinados por un proctólogo. De acuerdo a Oppedi y Ramírez (2012, p. 164) la falta de visibilidad de las disfunciones sexuales masculinas como un problema menor frente a otras dolencias de la enfermedad de base en el ámbito sanitario es una de las consecuencias de la dificultad que exhiben los varones para reconocerlas como problema de salud y comunicarlas a los prestadores de servicios.

Luego de haber superado la decisión de hacerse o no la prueba de cáncer de próstata si el hombre sale positivo tiene que enfrentarse a los tratamientos para combatirlo. Entre los tratamientos que existen para ayudar a combatir el cáncer de próstata y que se recogen en el Boletín del Registro de Cáncer del Departamento de Salud de Puerto Rico (2008), en la hoja de información del Instituto Nacional de Cáncer de 2010 y de la Sociedad Americana del Cáncer (2014) están: a) la prostatectomía radical que es un procedimiento quirúrgico en el que se extraen la glándula prostática entera y los tejidos cercanos. Este tratamiento puede realizarse usando una técnica llamada cirugía conservadora de nervios, que puede evitar que se dañen los nervios necesarios para la erección y mediante la prostatectomía da Vinci, cuya tecnología quirúrgica, le permite al paciente la posibilidad de sufrir mucho menos, tener una estadía más breve en el hospital y volver más pronto a las actividades normales; b) la radioterapia que consiste en la administración de radiación a la próstata y se conduce, por lo general, de forma ambulatoria usando un haz externo de radiación. También puede llevarse a cabo por medio de una técnica conocida como braquiterapia, que consiste en implantar semillas radioactivas directamente en el tumor o muy cerca de él por medio de una aguja; c) la criocirugía es un método en el que se congela la próstata al introducir agujas con gas argón o nitrógeno frío; y d) la vigilancia activa (espera vigilante) puede ser una opción que se recomiende a pacientes con cáncer de próstata en estadio inicial.

La mayoría de estos tratamientos conlleva efectos secundarios que desestabilizan la relación de pareja y afectan la autoestima del paciente, entre ellos: náuseas, vómitos, incontinencia, impotencia, retención urinaria, disfunción eréctil, diarrea, fatiga y sangre en la orina, entre otros (Knight & Latini, 2009; Penson, 2007; Roth, Weinberger, & Nelson, 2008; Sociedad Americana del Cáncer, 2014; Wittmann et al., 2009). Hallazgos de numerosos estudios han evidenciado problemas de disfunción eréctil por largos períodos de tiempo como consecuencia del tratamiento (Johansson et al., 2011;

Kyrdalen, Dahl, Hernes, Smartuen, & Fossa, 2013). De acuerdo con Gannon, Guerrero-Blanco, Patel y Abel (2010) los hombres experimentan un sentido de pérdida en relación a la inhabilidad para tener relaciones coitales y responder al estímulo erótico. También se ha documentado cómo los problemas de disfunción eréctil afectan tanto la vida íntima como no íntima de los hombres incluyendo cómo se conceptúan como seres sexuados, lo que constituye una amenaza a su masculinidad con implicaciones tanto para los pacientes como para sus parejas (Bohmer & Clark, 2001; Davison, So, & Goldenberg, 2007). Concordamos con Gannon y colaboradores (2010) en relación a que en general se le ha dado poca consideración a las formas en que la experiencia de cáncer de próstata está vinculada a la expresión de masculinidad en los varones, lo que refleja un desconocimiento de las modificaciones que sufre ésta cuando la enfermedad y el tratamiento le afectan. En este artículo se discute el tema de la construcción social de la masculinidad que emergió como parte de una investigación más amplia llevada a cabo en Puerto Rico sobre cáncer de próstata y su impacto en la vida de la pareja.

Método

Descripción y selección de los participantes

Para garantizar los derechos de los participantes se tomaron en consideración los estándares éticos y legales de las profesiones de consejería y psicología en Puerto Rico. Esta investigación fue aprobada por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.

Las personas interesadas en participar conocieron sobre la investigación a través de las invitaciones que se colocaron en tres departamentos de radioterapia en tres pueblos de la Isla y se comunicaron con los investigadores. Una vez los participantes indicaron su interés en participar en el estudio, los investigadores coordinaron las citas y se aseguraron que los mismos reunieran los criterios de inclusión: a) ser parejas

cuyo compañero con cáncer de próstata estuviese entre 50 y 70 años; b) parejas con experiencia de haber experimentado la enfermedad por lo menos un año antes de la entrevista; c) haber estado viviendo juntos al menos cinco años antes de ser diagnosticados; d) no estar asistiendo a tratamiento psicológico o psiquiátrico durante su participación en el estudio; y e) no tener relación alguna con los investigadores.

Diez parejas heterosexuales constituyeron la muestra. La edad de los hombres que pasaron por la experiencia de cáncer de próstata y la de sus compañeras fluctuaba entre 52 y 69 años. Ambos miembros de la diada estuvieron disponibles para ser entrevistados y narrar sus experiencias relacionadas con el proceso al que se enfrentaron.

De los hombres participantes del estudio 5 mantenían sus trabajos y 5 eran retirados. En cuanto a las mujeres 2 trabajaban fuera del hogar y 8 eran ejecutivas del hogar. El tratamiento que recibieron los varones fue el siguiente: siete se sometieron a la prostactomía radical (cinco optaron por la cirugía conservadora de nervios y dos por el método da Vinci) y 3 al proceso de braquiterapia. Las parejas llevaban un promedio de 30 años de casadas y pertenecían a la clase media y media alta del país.

Estrategia de recopilación de información

La estrategia utilizada para recopilar la información fue la entrevista a profundidad. Tan pronto se seleccionaron los participantes los investigadores entrevistaron a ambos miembros de la diada por separado asegurando la privacidad y confidencialidad en todo momento. Las mujeres fueron entrevistadas por la investigadora y los hombres por el investigador. Se discutió con los participantes la hoja de consentimiento informado la cual firmaron una vez comprendieron el contenido de la misma. La duración de las entrevistas se mantuvo entre una hora y hora y media. Las entrevistas fueron audiograbadas para su posterior transcripción y análisis. Los participantes tenían conocimiento de que no tendrían acceso a la información de su pareja y de que

al momento de analizar la información se llevaría una comparación entre las respuestas de los hombres y de las mujeres.

Diseño

Esta investigación cualitativa se llevó a cabo con parejas en la que los esposos pasaron por el proceso de tratamiento como consecuencia de padecer de cáncer de próstata. El enfoque fenomenológico descriptivo fue utilizado para obtener la perspectiva de la experiencia tanto del hombre que pasó por el proceso de tratamiento como de la mujer que lo acompañó en el mismo. Husserl (1981/1917), su máximo exponente señaló que existen características de cualquier experiencia humana comunes a las personas que viven la misma. Se refirió a estas como las esencias universales o eidéticas. De acuerdo a Husserl para que la descripción de la experiencia humana sea considerada una ciencia los elementos comunes de la experiencia de los participantes deben ser identificados para que representen la verdadera naturaleza de lo estudiado. Para lograr esto sugirió que el investigador colocara a un lado sus puntos de vista acerca del fenómeno utilizando el *epoche* que busca la suspensión deliberada del juicio.

Las características del enfoque fenomenológico según descritas por Ray (1987) son:

a) enfocarse en la naturaleza de la experiencia vivida; b) poner en paréntesis las presuposiciones acerca de un fenómeno; c) conducir diálogos intensos acerca del significado de la experiencia; d) desarrollar temas de los diálogos grabados y; e) reflexionar a fondo acerca del significado de la experiencia como un todo.

El enfoque fenomenológico que se utilizó en nuestra investigación promovió la narración y puso énfasis en los asuntos más significativos para el participante sin dirección teórica o clínica. Además les ofreció inmediatamente a los participantes la oportunidad de ser escuchados de compartir su experiencia y seleccionar qué decir.

Análisis de la información

Para propósitos de analizar la información de los participantes de nuestro estudio utilizamos el análisis de contenido usado con éxito en numerosos estudios fenomenológicos para trabajar con la riqueza de información que se obtiene (Faith, 2012; Fernández de Sanmamed Santos, Ballester Torrens, Ariza González, Casajuana Brunet, & Grupo Investigador DECIDIM-PSA, 2007; Jadhav & Lee, 2014; Lutala, Hugo, & Luhiriri, 2011; Troy, Waynes, & McAuliffe, 2007). Seguimos las recomendaciones propuestas por Rubin y Rubin (2012) y comenzamos a analizar las entrevistas cuando estaban en proceso, al terminar cada una y cuando se finalizaron todas. Se realizaron lecturas exhaustivas y repetidas de las narrativas para tener un sentido del todo y comenzar con el proceso de codificación. Dentro de este proceso se identificaron los conceptos que emergieron los cuales definieron las subcategorías y estas a su vez las categorías. Estas últimas explican el fenómeno que se estudió y fueron clave para la reconstrucción de la experiencia.

Discusión de hallazgos

Uno de los temas que emergió de esta investigación fue la construcción social de la masculinidad y el impacto de la misma en la búsqueda de diagnóstico y en la reacción a los efectos secundarios del tratamiento por estas parejas, muy en particular para los hombres. En este artículo se discuten únicamente los subtemas relacionados con este aspecto: La renuencia a someterse al examen de detección de cáncer de próstata y la incontinencia y la disfunción eréctil como efectos secundarios al tratamiento.

Renuencia a realizarse el examen de detección de cáncer de próstata

La mayoría de los hombres entrevistados mostró renuencia al realizarse el estudio de detección de cáncer de próstata, a pesar de que algunos tuvieron síntomas por un período prologando, entre ellos problemas de inflamación de la próstata, restricción en

el orín y frecuencia al orinar. Varios de ellos se hicieron la prueba por presión de su esposa. Las siguientes expresiones ilustran esta situación.

Este, estuve como 20 años con problemas de próstata que estaba inflamada. El problema principal fue que yo no podía orinar. (Participante # 5 - Hombre)

...y estuve 10 años sin hacerme ningún estudio especial, estuve 10 años sin hacerme ningún chequeo de sangre, envuelto en el trabajo, en las cosas..., mi esposa peleando conmigo, mi hijo peleando conmigo que tenía que ir a chequearme... y yo siempre le sacaba el cuerpo. (Participante # 1 - Hombre)

El médico siempre le decía estás saliendo alto en algo pero él nunca se preocupó por preguntarle al doctor qué era ese algo ni se preocupó por decirme a mí y a nadie... ahí se quedó. (Participante # 7 - Mujer)

Complaciendo a mi mamá y a mi esposa decidí ir y me hicieron el examen. (Participante # 15 - Hombre)

Pero yo le estuve insistiendo, insistiendo hasta que me le puse brava. Esto te lo vas a hacer ahora, punto y ya y punto y se acabó. (Participante # 2 - Mujer)

Al auscultar entre los participantes las razones de esta resistencia ellos mismos la adscribieron a una visión machista sobre los procedimientos y a un miedo a enfrentarse con un diagnóstico positivo de cáncer dado los posibles efectos secundarios que podrían desarrollar, particularmente los relacionados con la disfunción eréctil.

El tabú del machismo. De que yo no voy porque me van a bregar ahí y yo quiero morir con eso virgen. (Participante # 11 - Hombre)

... sí, es una preocupación bien grande. Yo te diría que eso es lo más que al hombre o las personas que yo he hablado e interactuado que también han tenido la misma experiencia mía y los que han muerto por no haberse chequeado a tiempo por miedo a perder la potencia, la función eréctil. (Participante # 19 - Hombre)

...el cáncer de próstata para el hispano es tabú. A nadie le gusta hablar de eso que tiene problemas con la próstata, de tener problemas de erección. Que tienen

que haber muchos que tienen problemas con la erección y no ha resuelto el problema porque no lo han hablado y no ha habido nadie que los oriente de cómo resolver ese problema. (Participante # 5 - Hombre)

Porque uno piensa en machismo. Eso es machismo. Y tú piensas, ah, espérate ya tú no eres, tú no eres hombre. (Participante # 13 - Hombre)

De forma similar a lo encontrado en nuestro estudio, en Puerto Rico la investigación de Felicié Mejías y Toro Alfonso (2009) resaltó la resistencia de los hombres a realizarse la prueba de detección de cáncer de próstata ya que esta se asoció con la posibilidad de impotencia y dudas sobre la masculinidad. Según los autores, este hallazgo apoya la postura de que la construcción de la salud no se da en un vacío, sino que está entrelazada en la propia construcción de la masculinidad. La renuencia a realizarse dicho examen no parece ser un hecho propio solamente de nuestra cultura. De manera similar a los participantes de nuestro estudio, los sobrevivientes de cáncer de próstata en la investigación de Arrington (2005) realizada en los Estados Unidos, describieron su resistencia a buscar información médica y fueron las mujeres quienes los exhortaron a examinarse ya que notaron algunos de sus síntomas. De acuerdo con Meryn (2010) la percepción de que los problemas de próstata son consecuencias inevitables de envejecer obstaculiza su prevención, diagnóstico y manejo efectivo. Según Lyzun y McMullen (2008), los sentimientos de miedo e incomodidad para discutir esta condición y la forma de diagnosticarla se convierten en barreras para la salud de los hombres.

En el estudio llevado a cabo en Australia por Madjar, Denham y Rashid (2007) el tema central que emergió en relación a las actitudes de los hombres fue que éstos se sentían avergonzados y renuentes a hablar sobre el cáncer de próstata con otros, incluyendo los médicos generalistas. En dicho estudio las mujeres identificaron ese miedo en los hombres y notaban los problemas que estos tendían a ignorar o negar. De manera similar, en nuestra investigación, fue la insistencia de las esposas quienes

habían creado consciencia de las dificultades de sus parejas, lo que propició que los hombres fueran a consultar al médico sobre este asunto.

Según Sobraslke (2006), el machismo ha sido descrito como un conjunto de actitudes e identidades asociadas con la masculinidad. De acuerdo a esta autora históricamente se le ha prestado poca atención a cómo las creencias culturales de los hombres tales como el machismo impactan sus decisiones de salud. En Puerto Rico desde el 1993, Ramírez denunció el escaso poder explicativo de este término para describir el comportamiento masculino. Expuso que el mismo no considera de forma adecuada lo complejo de las variaciones y manifestaciones de la masculinidad. Para Toro-Alfonso (2009), no se piensa que todos los hombres latinoamericanos son machistas o que los significados de los términos sean los mismos. No obstante, en nuestro estudio, al explorar las razones de la resistencia al examen de detección de cáncer de próstata fueron los hombres quienes apalabraron una visión machista sobre los procedimientos y un miedo a enfrentarse a un diagnóstico positivo ya que el mismo afectaba la concepción de masculinidad que tenían.

De acuerdo a Muñoz Austudillo y colaboradores (2011), la mayoría de las actividades educativas ignoran la fuerza de la cultura y de las creencias en la decisión de pruebas diagnósticas tales como el examen digital rectal que compromete la concepción de masculinidad. Para cerca de un tercio de los hombres entrevistados para el estudio llevado a cabo por Pereira de Paiva, Salvador de Mota y Harter Griep (2011) el examen de próstata afectaba la masculinidad. A juicio de los autores el toque rectal del examen de próstata coloca al hombre en una situación incómoda y destaca los aspectos simbólicos vinculados al carácter invasor desde el punto de vista físico y emocional. Estos son aspectos de gran relevancia a los que los profesionales de la salud debemos prestar cuidadosa atención.

La incontinencia y la disfunción eréctil como efectos secundarios del tratamiento

La incontinencia

En sus narrativas fue poco lo que las parejas describieron en relación al procedimiento quirúrgico, centraron sus relatos en los efectos secundarios del mismo. Describieron en forma extensa y con candidez la incontinencia, la disfunción eréctil y el impacto psicológico relacionados con estas condiciones.

Los hombres que se sometieron a la braquiterapia describieron la incontinencia como un proceso breve aunque muy incómodo. Un gran dolor físico con repercusiones psicológicas de bochorno y vergüenza fueron descritas por aquellos que seleccionaron la prostatectomía radical. La mayoría manifestó no haber sido orientado adecuadamente sobre las formas de trabajar con este síntoma que convirtió el proceso en uno de “tanteo y error”. Todas las esposas se involucraron con sus parejas de forma activa, asistiéndolos en el aseo personal y buscando junto a ellos alternativas para el manejo de dolor. Algunas incluso expresaron haber tratado a sus esposos como si fueran bebés.

Al principio como los dos primeros meses aún se me bajaba una gotita. Y yo seguía con los ejercicios, con los ejercicios, con los ejercicios hasta que se me eliminó. Luego tuve 2 o 3 episodios que me orinaba de noche en la cama.

(Participante # 19 - Hombre)

Te puede dar una depresión a nivel de tú pensar en suicidarte, tú sabes porque es bien, es bien bochornoso. No es fácil bregar con esta situación. Primero cuando tú no estás muy orientado, tú sabes. Creo que es algo que hay que orientar a las personas cuando van a ser operadas de la próstata... Yo lo aprendí en el proceso, en la calle buscando alternativas. Fue cuesta arriba porque cuando te quitan el *foley* que tienes que usar *pampers* tú te orinas tanto que no hay *pamper* que aguante ese orín. (Participante # 5 - Hombre).

A él yo lo obligaba a comer. A él yo lo obligaba a bañarse. Yo lo bañaba.
Entonces, este, yo lo peinaba como a mí me gustaba. Le cambié el peinado.
Entonces yo le combinaba las pajamitas. Era como mi bebé, como mi bebé.
(Participante # 16 – Mujer)

En el estudio realizado por Lombraña, Izquierdo, Gómez y Alcaraz (2013) casi la totalidad de los participantes que se sometieron a la prostatectomía radical sufrieron de incontinencia. Así también en el estudio de Harden y colaboradores (2002) perder el control urinario fue una experiencia difícil para los participantes particularmente para los que todavía trabajaban, y la incontinencia fue considerada como un problema de ambos miembros de la pareja ya que eran las mujeres quienes frecuentemente les ayudaban a lidiar con esta situación. Al igual que en nuestro estudio, los participantes latinos y afroamericanos de la investigación de Maliski, Rivera, Connor, Lopez y Litwin (2008) indicaron tener que usar pañales o *pampers* y algunos expresaron haberse sentido como bebés. Es interesante que en dicho estudio la incontinencia fue descrita como un reto al control.

La disfunción eréctil

Independientemente del tratamiento (braquiterapia, prostactectomía, da Vinci) todos nuestros participantes sufrieron el impacto de la disfunción eréctil debido a las inyecciones necesarias para la braquiterapia o el tratamiento por radiación que evitaba la producción de hormonas. Basado en sus reacciones emergieron tres grupos: El primer grupo estuvo constituido por tres parejas que describieron que sus relaciones sexuales eran inexistentes o habían disminuido previo a la operación, indicaron estar resignadas a esta situación.

Nosotros teníamos sexo pero no era frecuente. No era una cosa fuerte. Te digo, no fue un cambio drástico. (Participante # 17 - Hombre primer grupo)

Pero fíjate, mi marido no es de mucho... Cómo te explico, de buscar estrategias y cosas y diferentes como que él no es... Y si él brega una vez y como que no sale bien como que ya, entiendes. Él no es de estar experimentando muchas cosas. (Participante # 18 - Mujer primer grupo)

... y ya hace tiempo que no teníamos relaciones, ok. O sea, que no, no, no fue algo que dices pues mira se afectó nuestra vida sexual porque pues lamentablemente no, no, no teníamos relaciones. (Participante # 9 - Hombre primer grupo)

El segundo grupo se conformó por cuatro de las parejas las cuales al momento de la entrevista estaban confrontando dificultades para tener relaciones coitales. Los varones se describieron como muy activos sexualmente previo al tratamiento y expresaron un gran sentido de desesperanza, frustración e incertidumbre. Entre éstas, las dos parejas más jóvenes estaban sufriendo una crisis marcada de ajuste. El tratamiento para trabajar con el efecto secundario de la disfunción eréctil generaba en los varones sentimientos de inadecuación, frustración y derrota. Manifestaron haber perdido el deseo sexual y resentir los acercamientos sexuales de sus parejas. Estas esposas expresaron resentimiento por el rechazo de sus parejas pero evidenciaron pensar que su desinterés sexual previo a la operación podía haber tenido un impacto en la condición de sus esposos, lo que aparentaba generarles cierto grado de culpa.

Antes ¡Gloria a Dios! Luego fatal, luego fatal. Especialmente después que le ponen a uno la inyección, la Luprón, porque mientras no le ponen la inyección, uno sigue normal... ...cuando ponen la inyección, la Luprón ahí se corta toda la relación. La Luprón coge el órgano, no lo deja trabajar. No hay erección, no hay erección. (Participante # 11 - Hombre segundo grupo)

Antes eran buenas... ahora en este momento quizás en el proceso de adaptación no es lo mismo que uno llegue y la comida esté servida y en este caso pues hay que cocinarla. Entonces se coge un tiempo más. (Se refiere a que tiene que tomarse la pastilla). (Participante # 7 - Hombre segundo grupo)

...no tengo deseos. Quizás porque sé que como, que no puedo tener, este, eh, erección pues no intento. Sé que a mi esposa esto la tiene frustrada porque ella me busca, eh, y lo que hago la empujo porque no, no, no tengo ese deseo. (Participante # 15 – Hombre segundo grupo)

Pero entonces ha habido como una lucha interna porque él no me quiere hacer el amor. Para mí ha sido bien preocupante. Eh, muchas veces se mantiene volteadito para el otro lado pero yo no abandono mi cuarto nunca, nunca, nunca. (Participante # 8 – Mujer segundo grupo)

Sí, sí, sí y yo le he reclamado que muchas veces yo me sacrificué no teniendo deseos y lo complací. Ahora él no me complace a mí. Antes de la operación, él era mucho más sexual que yo. Entonces muchas veces y estaba con él para complacerlo, o sea, que no era... (Participante # 16 -Mujer segundo grupo)

... eso yo creo que me hace que la rechace cuando ella me provoca o me pide un beso y esas cosas. Es como que para qué hacer eso si al fin sabe que no puedo hacer nada. Todo eso me tiene un poco frustrado. (Participante # 15 – Hombre segundo grupo)

El tercer grupo estuvo constituido por las restantes tres parejas quienes se orientaron desde el comienzo del tratamiento sobre los efectos secundarios. A pesar de que sus esposas inicialmente les aseguraron que habían vivido una sexualidad plena, por lo que podían buscar otras alternativas o prescindir de la actividad sexual, ellos buscaron la forma de combatir la disfunción eréctil y lograron re-iniciar relaciones sexuales satisfactorias para ambos. De sus narrativas se desprende que estas parejas tenían una idea saludable de cómo lograr la satisfacción sexual lo que les ayudó en el proceso.

Terminé poniéndome una bomba y eso funciona a las mil maravillas. Y te puedo decir hoy dos años después, que si tuviese que hacerlo de nuevo, lo hago de nuevo. (Participante # 5 - Hombre tercer grupo)

... acuérdate que la relación viene acompañada de una serie de toqueteos, de caricias, de mimos y tú no estás con una penetración en el tiempo que estás en la relación. (Participante # 6 - Mujer tercer grupo)

Y obviamente pues esperamos que la pastilla surja su efecto, 15, 20 minutos y empezamos a tener una relación normal donde yo lo toco y él me toca y si tenemos que poner una película, ponemos una película... Hay momentos en que sí tenemos penetraciones. Hay momentos que tenemos masturbaciones, dependiendo del mood, vamos a poner, en que estemos los dos. (Participante # 20 - Mujer tercer grupo)

Yo lo que hago es que compenso. Compenso la cama con otras alegrías... Como dije antes hago un trueque. (Participante # 13 - Hombre tercer grupo)

Preocupa la resignación de las parejas del primer grupo ya que se ha documentado que mejorar el conocimiento y la comunicación en relación a la sexualidad de adultos en la mediana edad y en la vejez es importante para una recuperación exitosa tanto para el sobreviviente de cáncer de próstata como para su pareja (Wittmann et al., 2009). De acuerdo a estos autores el tratamiento para esta condición puede ofrecer la oportunidad de reexaminar el funcionamiento sexual de estas parejas y conducirlos a un mejor ajuste. Las reacciones del segundo grupo son congruentes con los hallazgos de diversas investigaciones que ofrecen evidencia de que la pérdida de función eréctil como consecuencia del tratamiento de cáncer de próstata tiene un impacto significativo en la identidad masculina (Arrington, 2008; Blank, 2008; Chapple & Ziebland, 2002; Davison et al., 2007; Gannon et al., 2010; Harden et al., 2002; Zaider, Nelson, Mushall, & Kissane, 2012). Aproximadamente una tercera parte de los hombres participantes en el estudio de Zaider y colegas sintieron que habían perdido una dimensión de su masculinidad después del tratamiento, siendo éste el único predictor independiente y significativo entre muchas molestias, aun cuando se tomaba en consideración el estatus funcional sexual.

Según Arrington (2008), no hay enfermedad que muestre mejor la construcción social de la masculinidad que el cáncer de próstata. Para este autor la pérdida de control causada por el cáncer de próstata ilustra la manera en que las normas sociales relacionadas a la conducta y a la actividad masculina apropiada son creaciones culturales no absolutos biológicos. Sostuvo que por lo tanto, muchos hombres no ven otra selección válida que aceptar la definición social de masculinidad y en consecuencia percibirla disminuida luego del diagnóstico de cáncer de próstata. En su estudio con sobrevivientes de cáncer de próstata este autor encontró que el estigma asociado con el nombre de la enfermedad causaba una crisis de identidad mayor que los síntomas que se asociaban con la misma. Los hallazgos del estudio de Gilbert, Ussher y Pertz (2010) dan cuenta que las dificultades en renegociar la sexualidad en la pareja estaban asociadas con el discurso hegemónico de la masculinidad y del imperativo coital. De la misma forma que las participantes de nuestro estudio las esposas subordinaban sus necesidades sexuales para que su pareja no se sintiera inadecuada sobre su masculinidad. Para González Armenteros (2003) la construcción de la masculinidad tradicionalmente se ha basado en el autocontrol de las emociones y los sentimientos con excepción del coraje, y en una concepción estereotipada del hombre. De acuerdo a Figueroa y Franzoni (2013):

...la fuerza y poder que se les atribuye a los varones, es la causa de su vulnerabilidad en términos de las prácticas de riesgo para su salud y los mandatos sociales que los someten a mayores cargas de trabajo, a la par que les niegan la capacidad de expresar sus emociones, cuando éstas no corresponden a su rol de género. En esto radica la debilidad de la construcción social de la masculinidad, sobre la que es necesario reflexionar. (p. 4)

Para Marqués Llompart y Rivera Otero (2008) se ha asociado el tratar de sostener las exigencias del modelo masculino tradicional a un factor de riesgo adverso a la salud. La construcción social de la masculinidad ha sido vinculada a conductas

autodestructivas como el suicidio, el uso y abuso de alcohol y drogas, violencia doméstica e infección con VIH (Felicie Mejías & Toro Alfonso, 2009).

Arrington (2008) exhortó a buscar formas nuevas, así como una nueva voluntad para hablar de sexo e identidad que revelen la falacia de pensar en el sexo y en el género como dicotomías ya que ambos pueden dar cuenta de una multiplicidad de significados. Resulta muy provocadora la discusión de Gannon y colaboradores (2010) de cómo los discursos médicos desalientan esta reconstrucción de la sexualidad. Indicaron que estos discursos son poderosos e influyen en la forma que los hombres construyen su masculinidad. Señalaron que al recetar medicamentos como viagra o instrumentos de ayuda como pompa de succión, están colaborando en la construcción del discurso de la sexualidad masculina con relaciones coitales. De igual forma opinaron Opezzi y Ramírez (2012, p. 156) en relación a que este abordaje reduccionista y biologista de salud sexual de los varones ignora la forma en que estos perciben, procesan y solucionan las dificultades vinculadas al ejercicio de su sexualidad

Al igual que cualquier otra conducta, las prácticas sexuales están también determinadas por la cultura por lo que deben trabajarse de manera culturalmente competente (Wittmann et al., 2009). Estos autores exhortaron a que se ayude a los hombres a reconocer que la sexualidad es un concepto más amplio que la función eréctil y a recordarles que aún sin las erecciones ideales mucha de su sexualidad permanece. Los sentimientos sexuales, la sensibilidad en el pene, el orgasmo y la intimidad con la pareja pueden lograrse de la misma forma que lo lograron las tres de las parejas que constituyeron el tercer grupo de nuestro estudio quienes a pesar de evidenciar creencias de la masculinidad tradicional pudieron reconstruir su identidad masculina a través de un proceso social de renegociación con ellos mismos y con sus parejas.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de nuestra investigación y la literatura revisada ofrecen evidencia de cómo no se contempla el impacto de la cultura en la renuencia del varón al examen de detección para el cáncer de próstata. Los profesionales del sistema de salud necesitan trabajar de forma concertada y planificada para crear conciencia de este riesgo atendiendo la concepción de masculinidad que prevalece en el hombre.

Todos los participantes de nuestra investigación experimentaron efectos secundarios tales como la incontinencia y la disfunción eréctil. La pérdida de control y la sensación de vulnerabilidad al tener escasas opciones para trabajar la incontinencia denota que estos pacientes y sus esposas necesitan mayor orientación para lidiar con este síntoma y lograr recobrar la autonomía. Por otro lado, al igual que en otros estudios relacionados con cáncer de próstata nuestros participantes experimentaron un sentido de pérdida en relación a la inhabilidad para tener relaciones coitales, lo que afectó su sentido de masculinidad.

La literatura sugiere que cuando los hombres con cáncer de próstata experimentan aflicción la manifiestan a través de ansiedad y depresión siendo la ansiedad el foco primordial. A los proveedores de salud puede dificultárseles comprender las experiencias de cáncer de próstata de los sobrevivientes si no escuchan los testimonios de los mismos (Galbraith, Hays, & Tanner, 2012), por ello recoger sus perspectivas se hace tan importante. Coincidimos con Felicé Mejías y Toro Alfonso (2009) en que la adaptación de los modelos de intervención psicológica debe tomar en cuenta que la masculinidad la constituye una serie de mandatos contradictorios y nocivos que en muchas ocasiones se transforman en ideas y esquemas de pensamiento disfuncionales. Se hace necesario que los profesionales de la salud que trabajan con estos hombres se apresten a ayudarlos a retar los discursos dominantes de la masculinidad antes y después de la cirugía (Gannon et al., 2010). Concordamos

con Blank (2008) en que se puede reconstruir la sexualidad y disminuir la importancia que se le adscribe a la erección y al orgasmo.

Se ha evidenciado la necesidad de facilitar nuevas opciones de tratamiento para la recuperación emocional de los hombres y sus parejas que incluyan consejería y apoyo a través del cuidado primario (Eversten & Wolkeinsten, 2010). Estos autores dieron énfasis a la necesidad de que los urólogos y médicos primarios identifiquen cuáles deben ser sus roles en las fases del diagnóstico y tratamiento y recuperación de los pacientes de cáncer de próstata para disminuir la tensión que puede desarrollarse entre el paciente y su pareja.

Este es el gran reto que tenemos los profesionales de ayuda, no solo ayudar a estas parejas a trabajar una sexualidad saludable y libre de estereotipos que les encadenen, sino lograr que los profesionales de la medicina que trabajan con cáncer de próstata mantengan una comunicación franca y abierta con sus pacientes cumpliendo con los parámetros de una salud integrada. Muy apropiados nos parecen los planteamientos de Rodríguez Loyola y Rosselló González (2007) en cuanto a la necesidad de considerar el aspecto psíquico de la persona con cáncer, pues de no hacerlo la cura sería parcial, dejando fuera una dimensión de la constitución humana: la complejidad cuerpo-mente.

Limitaciones

En la mayoría de las parejas que se reclutaron para el estudio el hombre se había sometido a la prostatectomía radical por lo que el proceso de recuperación fue mucho más lento, causando un mayor impacto en la intimidad sexual. Haber tenido la oportunidad de entrevistar a parejas que utilizaron otros métodos nos hubiera ofrecido una visión más amplia del impacto de la construcción social de la masculinidad en la recuperación del cáncer de próstata.

Referencias

- Arias S. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3), 341-348.
- Arrington, M. I. (2005). “She’s right behind me all the way”: An analysis of prostate cancer narratives and changes in family relationships. *The Journal of Family Communications*, 5(2), 141-162. doi:10.1207/s15327698jfc0502_5
- Arrington, M. I. (2008). Prostate cancer and the social construction of masculine sexual identity. *International Journal of Men’s Health*, 7(3), 299-306. doi:10.3149/jmh.0703.299
- Blank, T. O. (2008). The challenge of prostate cancer: ‘Half a man or a man and a half’. *Generations*, 32(1), 68-72.
- Boehmer, U., & Clark, J. A. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *The Journal of Family Practice*, 50(3), 226-231.
- Chapple, A., & Ziebland, S. (2002). Prostate cancer: Embodied experience and perceptions of masculinity. *Sociology of Health and Illness*, 24(6), 820-841.
- Davison, B. J., So, A. I., & Goldenberg, S. L. (2007). Quality of life, sexual function and decisional regret at 1 year after surgical treatment for localized prostate cancer. *British Journal of Urology International*, 100(4), 780-785. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07043.x
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2008). Boletín del Registro de Cáncer. *Registro Central de Cáncer de Puerto Rico*, 1(3), 1-7.
- Departamento de Salud de Puerto Rico, División de Promoción y Control de Enfermedades Crónicas, Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud. (2014). *Plan de Acción de Enfermedades Crónicas para Puerto Rico 2014-2020*. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y>

Publicaciones/Publicaciones/Plan%20de%20acci%C3%B3n%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas.pdf

- Evertsen, J. M., & Wolkenstein, A. S. (2010). Female partners of patients after surgical prostate cancer treatment: Interactions with physicians and support needs. *BMC Family Practice, 11*, 19. doi:10-1186/1471-2296-11-19.
- Faith, B. (2012). Cognitive fictions of classroom teachers about values they possess: A phenomenological approach analysis. *Educational Sciences: Theory & Practice, 12*(2), 1233-1238.
- Felicié Mejía, J., & Toro Alfonso, J. (2009). La salud de los hombres: Una mirada desde la construcción de las masculinidades. En J. Toro Alfonso (Ed.), *Lo masculino en evidencia: Investigaciones sobre la masculinidad* (pp. 76-107). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Ballester Torrens, M., Ariza González, F., Casajuana Brunet, J., & Grupo Investigador DECIDIM-PSA. (2007). Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata: Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública, 81*(3), 289-305.
- Figueroa, J. G., & Franzoni, J. (2013). *Políticas públicas, varones y equidad de género: El uso de México dentro de una búsqueda multinacional*. Recuperado de http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0054.pdf
- Fonseca Hernández, C. (2005). Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica. *Bajo el Volcán, 5*(9), 135-155.

- Galbraith, M. E., Hays, L., & Tanner, T. (2012). What men say about surviving prostate cancer: Complexities represented in a decade of comments. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 65-72. doi:10.1188/12.CJON.65-72
- Gannon, K., Guerra-Blanco, M., Patel, A., & Abel, P. (2010). Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male*, 13(4), 258-264. doi:10.3109/13685538.2010.487554
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: The experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 998-1009. doi:10.1007/s10508-008-9416-z
- González Armenteros, J. (2003). Construcción, cuestionamiento y reconstrucción del concepto masculinidad. En L. Martínez Ramos & M. Tamargo López (Eds.), *Género, sociedad y cultura* (pp. 43-63). San Juan, PR: Gaviota.
- Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, . . . Baranowski, K. (2002). Couples' experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 701-709. doi:10.1188/02.ONF.701-709
- Husserl, E. (1981). Pure phenomenology, its methods and its field of investigation (R. W. Jordan, Trad.). En P. McCormick & F. Elliston (Eds.), *Husserl: Shorter works* (pp. 9-17). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. (Original work published 1917).
- Jadhav, S. T., & Lee, P. (2014). Understanding the experience of stress on initiation of haemodialysis: A phenomenological study. *International Journal of Nursing*, 3(1), 11-19.
- Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J. E., Nyberg, T., Ruutu, M., & Bill-Axelsson, A. (2011). Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy of watchful waiting: The Scandinavian Prostate Cancer

- Group-4 randomised trial. *Lancet Oncology*, 12(9), 891-899. doi:10.1016/S1470-2045(11)70162-0
- Knight, S. J., & Latini, D. M. (2009). Sexual side effects and prostate cancer treatment decisions: Patient information needs and preferences. *Cancer Journal*, 15, 41-44. doi:10.1097/PPO.0b013e31819764cc
- Kyrdalen, A. E., Dahl, A. A., Hernes, E., Smartuen, M. C., & Fossa, S. D. (2013). A national study of adverse effects and global quality of life among candidates for curative treatment for prostate cancer. *BJU International*, 111(2), 221-232. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.11198.x
- Lombraña, M., Izquierdo, L., Gómez, A., & Alcaraz, A. (2013). Impact of a nurse-run clinic on prevalence of urinary incontinence and everyday life in men undergoing radical prostatectomy. *J Wound Continence Nurs.*, 40(3), 309-312. doi:10.1097/WON.0b013e31828f5e22
- Lutala, P. M., Hugo, J. F., & Luhiriri, L. N. (2011). Psychosocial implications of tuba ligation in a rural health district: A phenomenological study. *Reproductive Health*, 8(38). doi:10.1186/1742-4755-8-38
- Lyzun, K., & McMullen, A. (2008). 'Prostate man', the ageing superhero: A unique approach to encouraging prostate health awareness among men over 50. *Journal of Communication in Healthcare*, 2(1), 7-19. doi: 10.1179/cih.2009.2.1.7
- Madjar, I., Denham, J., & Rashid, P. (2007). Do women have a role in early detection of prostate cancer? *Australian Family Physician*, 36(5), 375-377.
- Maliski, S. L., Rivera, S., Connor, S., Lopez, G., & Litwin, M. S. (2008). Renegotiating masculine identity after prostate cancer treatment. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1609-1620. doi:10.1177/1049732308326813
- Marqués Llompert, M., & Rivera Otero, C. (2008). El duelo de los padres: Una mirada desde la masculinidad. *Análisis*, 9(1), 197-214.
- Meryn, S. (2010). Prostate health: A new gateway to men's health. *JMH*, 7(2), 106-107.

- Muñoz Astudillo, M. N., Sossa Pinzón, L. A., Ospina, J. J., Grisales, A., & Rodríguez García, J. D. (2011). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años: Santa Rosa de Cabal, 2010. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 147-161.
- Oppezzi, M., & Ramírez, C. (2012). Los varones en las políticas de salud: ¿Cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 142-176. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/>
- Penson, D. F. (2007). Quality of life after therapy for localized prostate cancer. *Cancer Journal*, 13(5), 318-326. doi:10.1097/PPO.0b013e3181570121
- Pereira de Paiva, E., Salvador de Motta, M. C., & Harter Griep, R. (2011). Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(1), 1-9.
- Ramírez, R. L. (1993). *Dime capitán: Reflexiones sobre la masculinidad*. Río Piedras, PR: Huracán.
- Ray, M. A. (1987). Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 6(3), 166-173.
- Rodríguez Loyola, Y., & Rosselló González, J. (2007). Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 118-145.
- Roth, A. J., Weinberger, M. I., & Nelson, C. J. (2008). Prostate cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. *Future Oncology*, 4(4), 561-568. doi:10.2217/14796694.4.4.561
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (3a ed.). London: Sage.
- Ruiz Kuilan, G. (2015). *Prevalecen el cáncer de mama en la mujer y el de próstata en el hombre*. Recuperado de

http://www.elnuevodia.com/estilosdevida/saludyejercicios/nota/prevalecenelcancerde_mamaenlamujeryeldeprostataenelhombre-2014412/

Sobralnske, M. C. (2006). Health care seeking among Mexican American men. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(2), 129-138. doi:10.1177/1043659606286767

Sociedad Americana del Cáncer. (2014). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispano/latinos*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>

Sociedad Americana del Cáncer. (2015). *¿Qué indican las estadísticas clave sobre el cáncer prostático?* Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-what-is-key-statistics>

Toro Alfonso, J. (2009). Introducción. La Investigación sobre masculinidades. En J. Toro Alfonso (Ed.), *Lo masculino en evidencia: Investigaciones sobre la masculinidad* (pp. 13-33). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.

Troy, P. H., Waynes, L. A., & McAuliffe, E. (2007). Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: A phenomenological approach. *Human Resources for Health, 5*(15). doi:10.1186/1478-4491-5-15

Wittmann, D., Northouse, L., Foley, S., Gilbert, S., Wood, D. P. Jr., Balon, R., & Montie, J. E. (2009). The psychosocial aspects of sexual recovery after prostate cancer treatment. *International Journal of Impotence Research, 21*, 99-106. doi:10.1038/ijir.2008.66

Zaider, T., Nelson, M. S., Mushall, J., & Kissane, D. (2012). Loss of masculine identity, marital affection, and sensual bother in men with localized prostate cancer. *J Sex Med., 9*(10), 2724-2732. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x

Formato de citación

Rivero, A., & Berríos, R. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 164-190. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
