

**MITOS Y REALIDADES SOBRE EL
CÁNCER GINECOLÓGICO**

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL CÁNCER GINECOLÓGICO

M.B.A. Seidy María Chaves Quirós *

Introducción

Considerando la coyuntura política actual que pretende dar a la mujer portadora de cáncer una atención especial, además de ser el cáncer de cérvix, una de las doce patologías prioritarias en materia de salud para la Caja Costarricense de Seguro Social (así declarado desde 1995), se brindan, en este artículo, los elementos teóricos fundamentales para comprender la problemática que enfrenta esta población, reproduciendo la información recopilada en una investigación sobre este tópico y que se refiere a las "Oportunidades y limitaciones para la mujer portadora de lesión ginecológica cancerosa. Diseño de un modelo de atención integral para la Caja Costarricense de Seguro Social".

La investigación se desarrolló de 1995 a 1997 por la suscrita, la cual considera de suma importancia, por las razones anotadas con anterioridad, proporcionar a las y los colegas en el campo de la salud, una serie de elementos que incrementen su conocimiento para el manejo adecuado y asertivo de la problemática que enfrenta, no solo la población femenina con esta dolencia sino también las familias a las que pertenecen.

En un número posterior de la Revista se expondrán los resultados de la Investigación sobre esta temática.

Resumen

Por la condición de ser mujer en una sociedad donde, a pesar de las múltiples acciones que se han realizado en materia legal y social, no hay una igualdad real entre el hombre y la mujer, es imperante resaltar la situación que enfrenta la población femenina cuando su aparato reproductor sufre alguna lesión o bien se diagnostica portadora de cáncer ginecológico.

Cuando esto ocurre ser mujer no solo considera que el tratamiento es un atentado a su integridad femenina sino también ve lesionada su autoestima, a lo cual se suma la alteración en la dinámica familiar que se da y, entre ella, la disfunción que se produce en el subsistema conyugal y en su ambiente laboral.

I.-IMPLICACIONES PERSONALES, FAMILIARES, CONYUGALES Y LABORALES DE LA MUJER PORTADORA DE CÁNCER GINECOLÓGICO

Cualquiera de los padecimientos que se suscitan en el aparato reproductor femenino afectan la esfera personal de la paciente; la esfera familiar, que es el medio en el cual se desenvuelve y, en ésta, muy especialmente afecta el trato en la relación conyugal. Como puede desprenderse de la información estadísti-

* Master en Administración de Empresas con énfasis en Gerencia Social. Licenciada en Trabajo Social.

ca, existe un promedio de 705.4 casos nuevos por año (ver cuadro N° 1) lo que implica la urgente necesidad de hacer un alto en el camino buscando intervenciones más eficaces considerando las repercusiones que tiene a nivel psico-social. Sin embargo, para comprender estas implicaciones es necesario conocer el contexto social imperante en la sociedad costarricense.

Cuadro N° 1
Incidencia por tumor maligno
según localización en el aparato
reproductor de la población
femenina de Costa Rica
1988-1992

umor/año	88	89	90	91	92	Prom
ltero	5	8	4	9	5	6.2
áncer in situ	417	336	343	299	232	325.4
áncer invasor	269	269	265	276	265	268.8
uerpo útero	32	32	56	35	58	42.6
vario, trompa falopio y ligamento ancho	55	53	59	74	71	62.4
Total	778	698	727	693	631	705.4
Total Nacional	2255	2338	2250	2450	2217	2302.0
femenino						
% Total/Total Nac. em.	34.5	29.8	32.3	28.3	28.5	30.64

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Dpto. de Estadística, Ministerio de Salud, Costa Rica, 1995.

1.- VALORES SOCIOFAMILIARES Y EL ROL DE LA MUJER

La colectividad humana se desarrolla en un ambiente social donde aprende y transmite sus propios valores, los cuales están presentes en toda interacción social, se encuentran en el ambiente de toda comunidad, de toda familia y constituyen características propias de una

colectividad particular porque florecen en la sociedad alrededor de esa colectividad y en obediencia a lo que los miembros de ella acepten por estar en armonía con sus creencias, sus mitos, sus tabúes.

Los valores "... ya sean individuales o sociales, obedecen a factores genéticos, religiosos o culturales y, como tales, son un producto complejo de prejuicios y lógica, habitualmente subconscientes, pero que mandan sobre la norma de la conducta..." (Cordera y Bobenrieth, 1983:34); sin embargo, al ser los valores construcciones sociales que el ser humano va "aprendiendo" con el continuo pasar del tiempo, éstos son particulares; es decir, responden a un solo individuo, a una sola colectividad.

La familia transmite lo que considera relevante de su cultura mediante un proceso de socialización en el cual se "enseña" sin necesidad de impartir cátedra, mediante el ejemplo, con aprobación de los elementos que comparte en su intimidad social y reprobando aquellos que enfrentan lo cotidiano.

El primer nivel en el que el ser humano inicia su proceso de desarrollo es en el seno familiar. El niño y la niña aprenden en él hábitos, costumbres y normas que le van "formando" su personalidad y lo van haciendo asertivo en su relación con los demás, de acuerdo a lo que éstos esperan de él como niño o niña que es y a sus ansias de aprender. Más adelante, el nivel preescolar significa un elemento vital del proceso de socialización, aprende a relacionarse con otros niños y a compartir, actitudes que se refuerzan

con el proceso de aprendizaje escolar y donde ensaya diversos "papeles" en imitación de sus mayores, a quienes admira generalmente, o al menos con quienes se ha identificado.

Es por eso que juegan al papá y a la mamá, al doctor y a la enfermera, a la maestra o al maestro, al hijo y al alumno, al bebé y al adolescente, etc., reflejando en cada uno de los papeles de sus juegos teatrales - que manejan inmersos en un mundo fascinante que se combina con la realidad - los aspectos que les han impactado, positiva o negativamente, en su relación con el mundo que gira en su entorno y los va transformando para que respondan al papel particular que les toca desempeñar en su vida futura.

Mediante este proceso de socialización el individuo, hombre o mujer, aprende la cultura propia de esa colectividad y por tanto sus valores, mitos y creencias de sus padres y familiares, así como de sus hermanos y amigos, de sus compañeros de estudio y de los vecinos y compañeros de trabajo y, en fin, de quienes le rodean. De todos ellos va aprendiendo en el transcurrir de sus días a forjar una forma de pensar especial, única porque sólo responde a esa persona que se autodefine como un ser racional pero que a la vez ha aprendido lo que los demás, directa o indirectamente, le han transmitido de múltiples formas: por medio de la palabra escrita u oral, por medio de los gestos aprobatorios o reprobatorios que le han hecho sentir cuando está "a tono" con esa colectividad y cuando no lo está. La sociedad, entonces, ha dado papeles significantes a todos los seres humanos quienes los aceptan y moldean de acuerdo a su manera particular de ser y de actuar, y que de una u otra manera están

acordes con lo que se espera de ellos, es así como, dentro de lo que se transmite, se "enseña" como debe "actuar" una mujer y un hombre, cómo deben comportarse frente a ellos mismos y frente a los demás. Estos, al formar una nueva unidad familiar o, al relacionarse con sus semejantes ponen en juego lo que se aprendió en ese largo proceso que, aunque no se acaba ahí, da sus frutos en lo que respecta a la transmisión cultural y conforma el concepto de género; es decir, lo que se entiende por femenino y por masculino, lo cual no solo es una caracterización biológica del ser viviente.

Guzmán lo expone así:

El «familismo» fomenta la invisibilización de los roles diversos que desempeñan las mujeres en la sociedad contemporánea y su papel protagónico en la producción y en la reproducción, contribuyendo a la discriminación de género y exclusión de las mujeres del acceso a recursos, servicios y derechos... [y más adelante señala] ...Es en los procesos de socialización genérica que las mujeres van aprendiendo a aceptar como naturales su subordinación y discriminación, las que van asimilando como una condición que viene dada por su «naturaleza» de mujer, mientras que los varones internalizan la dominación como un rasgo que proviene también de su condición de hombre... Sin embargo, dado que la subordinación es una construcción cultural, es posible esperar una transformación de estas relaciones fundadas en la

desigualdad, en el dominio, la dependencia y la intolerancia". (Guzmán, 1994: 4,5)

Situaciones que ameritan modificarse para reivindicar a la mujer como ser humano que es y que como tal tiene derechos, aunque la sociedad no se los dé ni ella los reclame.¹

Desde la antigüedad, según Calvo (1993) se ha dado un papel de subordinación a la mujer, ha sido ella la que, en su condición de reproductora ha tenido la obligación de parir, cuidar sus crías y cumplir con los mandatos del hombre al que debe servir y ante quien no tiene derecho alguno, como tampoco lo tiene en ningún aspecto en la sociedad; se atribuye al hombre la capacidad de raciocinio y a la mujer el corazón; es decir, el sentimiento se antepone a la razón al ser, ésta, virtud solo del varón. El derecho romano, le confería a la mujer un nivel cercano a la esclavitud, no concediéndole valor alguno a su condición de ser pensante, así como tampoco puede ser ejecutora de cualquier acción sin permiso de su marido, su papel en la sociedad se traslapa con los incapaces y en la unión matrimonial es sometida a la condición de hija, sin tener capacidad económica ni decisoria alguna.

Es en medio de este ambiente de desigualdad, donde la mujer se ha desempeñado y ha aprendido a ser su-

misa, dócil y fácil blanco de dominación del hombre que, con su superioridad, bajo una concepción androcéntrica, ha tenido en sus manos la conformación de las leyes, el poderío económico, el poder de convencimiento y la fuerza bruta; el hombre que como "macho" debe ser satisfecho en sus necesidades físicas y sexuales por ser el señor que manda, el dueño de la casa, el que da el dinero, el que pone las reglas y en fin, el que manda sobre sus pertenencias materiales, entre las que incluye a "su mujer".

El sexismo, definido como "...toda creencia fundada en un conjunto de mitos y prejuicios que justifican la superioridad de un sexo sobre el otro, y que resulta de un conjunto de privilegios para el sexo considerado superior" (Guzmán, 1994), ha sido el instrumento vital del hombre para hacerse más fuerte a costa del sexo opuesto, pero que, al transmitirse culturalmente, tanto la mujer como el varón, han sido partícipes de la misma sociedad convirtiéndose ella en víctima, pero también en cómplice de su propia realidad (Calvo, 1993). Realidad en donde la historia ha jugado un papel fundamental al concederle al hombre la hegemonía en las relaciones sociales que enmarcan la problemática sociofamiliar que enfrenta la mujer al ser portadora de un cáncer ginecológico.

¹ En Costa Rica la defensa de los derechos de la mujer han tenido un desarrollo importante a partir de 1975 con la política social en materia de mujer que se ha llevado a cabo y con la amplia participación de numerosos grupos de mujeres que lograron la promulgación de la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer y la creación de la Defensoría General de los Derechos Humanos en 1990; además de la promulgación de la Ley contra la Violencia doméstica; sin embargo, eso no quiere decir que se haya logrado el reconocimiento de igualdad entre el hombre y la mujer.

2.- PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES.

La revisión de literatura no muestra estudios de la percepción de las pacientes portadoras de cáncer ginecológico respecto a las repercusiones que tiene el padecimiento en su autoestima, en la vida conyugal y en el ámbito laboral. Por esta razón se utiliza la información obtenida en entrevistas realizadas en la Unidad de Trabajo Social del Servicio de Ginecología del Hospital México, las cuales representan lo que han expresado las pacientes entre 1984 y 1995.

2.1.- Impacto y enfrentamiento inmediato al ser portadora del padecimiento

Toda persona y en este caso, toda mujer al informarle que es portadora de un padecimiento de "cáncer" se enfrenta a una situación que, por lo general no ha experimentado antes, es decir, rara vez han tenido cáncer en otra parte de su cuerpo y considera que "su vida se acaba, que el final está muy cerca, teme por el futuro de sus hijos, porque todavía no ha hecho tantas cosas como hubiera querido, etc", todo ello en respuesta de lo que socialmente ha aprendido: una cantidad de información que no tiene o posee asidero científico parcial.

Al respecto S.J.A., paciente de 23 años, madre de 3 niños, tratada por carcinoma in situ, manifestó:

"Cuando a uno le dicen que tiene cáncer se le viene el mundo encima. Yo pensé primero en mis hijos y más que estaba embarazada cuando me lo dijeron. No soy persona estudiada y me puse muy nerviosa, sentía que ya me moría y también que mi bebé estaba afectado y podría nacer enfermo ... a veces creí que me volvería loca de pensar que me moriría pronto y no vería a mis hijos crecer..."²

En algunos casos, se corre el riesgo de que, dependiendo de la forma en que se le comunica su enfermedad, prefiera quedarse en su casa y esperar "que la muerte llegue a su puerta", tal y como hizo una mujer de 48 años a quien se le diagnosticó un carcinoma invasor de cuello uterino en un estadio II-b, relata lo siguiente:

"Fui a la consulta y le pregunté al doctor después de examinarme que cómo me encontraba, no me contestó y al insistirle, sin volverme a ver y en forma despreocupada me dijo que yo no estaba mal, que estaba malísima y por eso me enviaría a recibir la bomba de cobalto para ver si podían hacer algo conmigo. Por eso no voy a ir más al Hospital ni aunque mis hijos me insistan, porque eso me dijo el doctor..."³

En este relato se hace palpable, la influencia que tiene el médico sobre la paciente, como popularmente se dice "el poder de la gabacha es muy fuerte", sin

² Información obtenida en entrevista realizada el 9 de noviembre de 1992.

³ Información obtenida en entrevista del 16 de junio de 1993

embargo, la limitada o ausente comunicación en la relación médico-paciente, genera en ella un sentimiento derrotista, que de nada le sirve para reforzar su capacidad inmunológica y enfrentar en mejor medida su problema de salud.

La paciente que considera que nada puede hacerse, termina inmersa en un mundo de ideas conflictivas que generalmente son reforzadas por el ambiente externo, llámese familia, compañero sexual, amistades, ambiente laboral, vecinos, etc., que la hacen sentirse como un ser acabado, porque directa o indirectamente le transmiten que es una "pobrecita" que le dio "cáncer, lo peor" que cuando eso da, ya nadie se salva y que si le dicen que debe recibir cobalto es porque "eso se lo mandan a la gente que se va a morir, porque esa bomba de cobalto hace que la gente se muera más rápido".

Otra paciente, O.M.M., de 53 años, madre de 7 hijos, hace referencia al tratamiento médico indicado de la siguiente forma:

"Para mí, la bomba de cobalto que me dijo el doctor que debía recibir es eso, una bomba de vidrio donde lo meten a uno, o tal vez es como un microondas grande donde a uno lo encierran y después salen rayos ... yo no sé, seguro son rayos láser... dicen que cuando a uno le ponen eso se le cae el pelo, uno se mareo mucho, le dan náuseas y vómitos por lo que no se puede comer nada y

dicen también que la piel se pone tostada y se hacen llagas..."⁴

Considerando otro caso, el de M.M.B., quien es una paciente de 78 años que reside en casa de su única hija en compañía también de sus nietos y fue tratada por un carcinoma invasor de cérvix estadio II-b, cuando se diagnosticó y se le indicó el tratamiento de cobaltoterapia, días después mencionó:

"Yo lo siento mucho, pero por más que me duela ya hablé con mis nietos y les pedí que no se me acercaran ni me volvieran a dar ni un beso, tampoco voy a volver a picar la fruta del desayuno, que era lo único que yo hacía en la casa, porque no soportaría que con mi sudor o por medio de mi piel les transmitiera a ellos alguna enfermedad..."⁵

Los relatos anteriores evidencian no solo el grado de desinformación acerca de la enfermedad, aunque por supuesto ninguna paciente tiene la obligación de dominar el tema, sino que resalta algo más grave, el temor a enfrentarse a algo desconocido que, producto de la imaginación de la paciente y de su colectividad cercana, lo hace aparecer más grave de lo que es y le genera una actitud de derrota que en ocasiones los hace decir:

"...para qué voy a luchar si con esa enfermedad nada se puede hacer, lo único cierto es que me estoy muriendo a poquitos y prefiero morirme como soy y no con la piel tostada o enllagada o

⁴Información obtenida en entrevista del 3 de marzo de 1995

⁵Información obtenida en entrevista del 12 de agosto de 1992.

faltándome partes de mi cuerpo",

y, según ellas esa es la verdad absoluta.

Lógicamente, en toda paciente como ser humano que es, impera el sentimiento así como la frustración y la alegría,...pero también el sufrimiento que, aunque no se exprese verbalmente, está ahí, dentro de sí misma y cuando se enfrenta a razonamientos que, como los anteriores, no vislumbran siquiera un rayo de esperanza, ni puede contar con alguna persona que les transmita información médica de manera que pueda ser entendida y comprendida de acuerdo a su capacidad, termina, por más fortaleza que tenga, sucumbiendo en un nivel de autoestima disminuida y agravada por la acción de quienes le rodean que, muchas veces con afán de "colaborar" no hacen más que entorpecer cada vez más el escuálido optimismo que podría existir.

Si bien es cierto que en ocasiones el diagnóstico demuestra que el padecimiento está avanzado y eso implica que es poco lo que pueda hacerse desde el punto de vista médico (más que tratamiento paliativo para contrarrestar el dolor), en la mayor parte de los casos existe la posibilidad de que con tratamiento adecuado, pueda lograrse un alto grado de recuperación en su salud o al menos que se le pueda proporcionar calidad de vida.

Aún en los casos de enfermedades terminales, cuando aparentemente ya nada se puede hacer por la paciente, hay

mucho que hacer, hay mucho que ofrecerle y generalmente la familia no está capacitada para ello por la conflictiva emocional que las circunda.

Tal situación plantea un dilema también en el ambiente hospitalario; sin embargo,

... lo más importante es comprender los conflictos emocionales de la paciente y actuar en consecuencia. La más nombrada de las personas que han discutido acerca de la muerte y los moribundos, Elizabeth Kübler-Ross, afirma que los pacientes que saben que van a morir desean discutir la situación abiertamente y con toda la verdad, ya que eso les permite actuar con sentido práctico y sobre todo, ponerse en paz consigo mismo. Señala que el individuo pasa por cinco diferentes estadios: 1. Negación con aislamiento; 2. Irritación o ira; 3. Negociación emocional; 4. Depresión y 5. Aceptación. Sus preocupaciones máximas son el miedo a morir solo, ser una carga para los que lo atienden y miedo al dolor o a ser desfigurado. (Cordera y Bobenrieth, 1983: 68).

Cada uno de estos estadios se da en un proceso y no en ese orden ya que los pacientes superan una etapa y posteriormente en cualquier momento regresan a ella, o a una anterior en repetidas ocasiones hasta que logre asimilarla, internalizarla poco a poco y llegar a la aceptación.

La calidad de vida es un concepto que no ha sido definido satisfactoriamente para ser usado en todos los casos; sin embargo, Hudson dice que "una calidad admisible sería cuando hay auto-conciencia, autocontrol, memoria, sentido del futuro y del tiempo, capacidad para la interrelación personal, para amar y para desear vivir" (Hudson, 1978); por supuesto, para brindarle al paciente un nivel aceptable de calidad de vida es necesario también proporcionarle información veraz, oportuna, confiable, entendible y comprensible de acuerdo a su capacidad pues, sea iletrado o no, el impacto sobre el paciente es el mismo; tanto la persona analfabeta como la universitaria se enfrenta a una situación conflictiva que desean manejar de la mejor manera posible pero, con información errada tiende a complicarse más.

2.2.- Repercusiones en su autoestima como mujer

En todo ser humano intervienen factores internos y externos que influyen en la conformación de sus valores, producto del contexto social en que se desenvuelve y como tal son aprendidos socialmente al ser reproducidos en el seno familiar.

Entre los factores internos resalta la autoimagen, la apariencia de sí misma que tiene cada persona; su intimidad orgánica, que se refiere a su organismo y que como tal le pertenece en todos sus extremos; y lo emocional, conformado por el nivel de sensibilidad de cada persona para consigo mismo y para con los

demás. Por tanto, ante un tratamiento por cáncer ginecológico la paciente enfrenta una situación que considera un atentado contra su integridad de mujer, al extirparle - en el caso de quienes son tratadas quirúrgicamente - o alterarle la parte de su organismo que la faculta de la capacidad de procrear.

Los factores externos están constituidos básicamente por lo que la paciente sabe o cree saber, producto de su relación con el medio, lo que conoce o le comentan familiares, amistades, vecinos, personal de salud capacitado o no y es así como debe hacer frente a las creencias populares respecto a su funcionalidad femenina: "deja de ser mujer, queda hueca por dentro, ya no siente sexualmente igual y por tanto el esposo la deja o tiene razón de buscarse otra mujer que sí le sirva, se hace vieja pronto porque se arruga, al no poder procrear ya no sirve para nada,..." hace que se encuentre en el dilema de seguir existiendo "incompleta" o dejarse morir con todas sus partes orgánicas. Actitudes que denotan su disminuida autoestima dentro de un marco de franca frustración.

Al respecto, N.M.C.C. paciente de 32 años, madre de 3 niños, portadora de carcinoma in situ conizado que requiere una histerectomía ampliada, reveló:

"Qué problema, de nada me sirvió la operación [conización del cuello uterino] y ahora me dicen que me tienen que quitar la matriz. Dicen que cuando a uno le hacen eso el esposo le da vuelta porque uno sin matriz no sirve para nada. Pero que se le va a hacer, los esposos son así, el hombre es hombre..."⁶

Otras pacientes reaccionan con razonamientos diferentes como A.R.H.M., de 41 años, madre de 2 niños, soltera, que requiere una histerectomía ampliada por ser portadora de carcinoma in situ y en entrevista del 5-5-94 cuestiona:

"Es cierto que cuando a uno le quitan la matriz le da mucha sed y calores, que pasa uno con una desesperación todo el tiempo, que le da insomnio, se reseca la piel, se arruga y entonces se avejenta muy rápido y que además con las relaciones sexuales ya no se siente igual..."⁷

En general, cuando a la paciente se le comunica que requiere una cirugía que involucra la extirpación de útero o matriz, como generalmente se le denomina, solicita que se le aclare si es cierto que "...quedo hueca por dentro"; "...quedo como una gallina"; "...quedo como un barril"; "...quedo como un salón de baile sin gente por dentro", en fin todas revelan lo mismo, consideran que su pelvis queda "vacía" y al mantener una vida sexualmente activa no van a tener sensibilidad, además consideran también que el esposo o compañero sexual tampoco va a "sentir nada", "por lo que tiene razón si se busca otra mujer que sí le sirva".

Estas y otras razones como: "la piel se quema por dentro y por fuera, queda como una llaga, la mujer joven se avejenta muy rápido, contagia de cáncer al esposo, es un maltrato que hace que la persona se muera más pronto...", son criterios que tienen las mujeres que

requieren tratamiento oncológico de cobaltoterapia, quimioterapia o braquiterapia, como se mencionó anteriormente; además, producto de la desinformación tienden a confundir las "consecuencias" de los tratamientos que le han "informado" sus allegados.

2.3.- Repercusiones en su relación de pareja

Para la mujer portadora de cáncer ginecológico es indispensable un alto grado de comprensión y apoyo de su pareja sexual, en:

- a.- Comprensión, para que colabore con la abstinencia sexual que requiere la paciente antes, durante y después de recibir el tratamiento de acuerdo con su dolencia, lo cual, si no es tratado a nivel social en forma adecuada puede generar problemas en la relación y eventualmente abandono.
- b.- Al respecto, una señora joven, a quien se le practicó una histerectomía ampliada, se negó a irse a su casa en el período postoperatorio y manifestó "de seguro mi esposo está esperándome para usarme". Con actitudes como éstas obviamente es requisito indispensable preparar también un ambiente familiar adecuado que le brinde a la paciente tranquilidad y seguridad, a pesar del nocivo machismo que alimenta con su sumisión.

⁶ Información obtenida en entrevista realizada el 8 de marzo de 1995

⁷ Información obtenida en entrevista realizada el 5 de mayo de 1994.

- C.-** Apoyo físico y emocional que le dé seguridad, y apoyo económico que le permita contar con los recursos necesarios para su traslado al Hospital y cumplir la dieta alimentaria que requiere en caso de necesitar tratamiento oncológico.

En ocasiones se ha detectado ausentismo al control médico en pacientes con antecedente de tratamiento por cáncer y al indagar en la esfera familiar se han encontrado expresiones como "...mi esposo considera que seguro tengo novio en el Hospital y como no trabajo no tengo dinero para los pasajes, ...como he tenido que venir varias veces mi esposo dice que es una vagabundería..." con las situaciones anteriores se evidencia la necesidad de involucrar al compañero sexual de la paciente en su proceso de recuperación.

Por otra parte, los mitos alrededor de la funcionalidad del aparato reproductor femenino no solo afectan a la mujer sino también a su compañero sexual, el cual como persona individual también posee sus propios mitos y valores que repercuten en la relación de pareja y que como desconocedor del tema que es, también considera "que puede ser contagiado, que su mujer no sirve, que está hueca y no es capaz de propiciarle placer en la relación sexual íntima, etc. situaciones que lo inducen a la infidelidad, a alejarse poco a poco de su compañera y a tener un motivo para dejarla.

Al respecto, el esposo de una paciente manifestó:

"A mi esposa la operaron de un cáncer en la matriz hace poco, mis amigos me dijeron que yo ya no iba a sentir nada pero no es así, hemos tenido relaciones sexuales y esa parte está bien, pero últimamente me ha preocupado el pensar si el cáncer que ella tuvo me podía contagiar y eso no me deja sentirme tranquilo..."⁸

Ante esta panorámica, es requisito indispensable tratar la afección que se presenta en la relación de pareja y brindar rehabilitación psico-sexual que les permita comprender claramente lo errado de su información y, a la vez, los motive a continuar una vida de pareja que encuentre satisfacción en la relación sexual.

Lo anterior permite aseverar que la mujer portadora de una lesión ginecológica cancerosa, se ve inmersa en un "mundo de información" que la confunde y el experimentar la pérdida de una parte que considera importante en su organismo o el tratamiento oncológico, le genera una percepción de sí misma que ha sido alterada por personas ajenas a ella - personal hospitalario - y además, los factores internos y externos inciden en la paciente a nivel personal generándole un desajuste emocional que repercute en la esfera familiar y, muy especialmente en su relación conyugal al no considerar ser la misma persona que antes; situación que se refuerza cuando el comportamiento o los comentarios que realiza su compañero sexual, familiares, compañeros de trabajo u otras personas se inclinan por perpetuar, sin cuestionamiento alguno, los mitos producto de las creencias populares.

⁸ información obtenida en entrevista realizada el 23 de febrero de 1995.

2.4.- Repercusiones en su ámbito laboral

La mujer portadora de cáncer ginecológico se enfrenta, en el ámbito laboral, con una serie de responsabilidades que debe cumplir obligatoriamente y para las cuales no se siente emocionalmente dispuesta, pues hay preocupaciones en ella que son más fuertes al considerar que su vida está en peligro, lo que genera, en ocasiones, cambios de carácter repentino como llanto fácil, irritabilidad, falta de concentración, etc. que inciden en su rendimiento laboral.

Además, no todo patrono está dispuesto a subsidiar largas incapacidades de sus empleados ni tiene la sensibilidad para brindarle la comprensión y apoyo requerido, situación que en ocasiones hace que sean cesadas de sus responsabilidades laborales generando problemas que repercuten en el ámbito familiar al reducirse los ingresos económicos, convirtiéndose en un factor que contribuye a la desestabilidad de la paciente

II.- IMPORTANCIA DE UNA ATENCION INTEGRAL

1.- LA ATENCION EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social con el fin de brindar una atención de calidad bajo un enfoque integral que satisfaga las necesidades de los usuarios, se aboca en la actualidad a la incorporación de una nueva filosofía respecto al modelo de atención, de manera que, con programas interrelacionados con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación,

satisfaga las necesidades del niño y de la niña, la mujer, el adulto, la tercera edad (hoy denominada adulto mayor), y del ambiente.

Para el desarrollo de las actividades que se desprenden del nuevo modelo de atención y con miras al fortalecimiento institucional, la Caja Costarricense de Seguro Social pretende el cumplimiento de los principios de direccionalidad, a saber: eficiencia organizacional, descentralización administrativa, administración integral, transparencia en la administración financiera, especialización funcional y calidad total en la prestación de los servicios; todo ello con el fin de que el funcionamiento de la Institución responda primordialmente a una atención integral en salud, en donde a la persona, al entrar al sistema, se le garantice una atención de calidad, ágil y oportuna que satisfaga sus necesidades.

La estructura organizativa de la Institución está constituida por tres niveles de atención. El primero es el de menor complejidad y abarca los centros y puestos de salud, las clínicas tipos 1, 2 y 3, la consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales; tienen la responsabilidad de ejecutar las acciones preventivo educativas en los escenarios de "servicios de salud, familiar, comunal, laboral y educativo".

El segundo nivel de atención involucra a las clínicas tipo 4 y a los hospitales periféricos tipos 1, 2 y 3. Las acciones de su competencia son de mayor complejidad que las del primer nivel con el cual coordina y le brinda apoyo y asesoría.

El tercer nivel de atención está constituido por los hospitales regionales y nacionales; es el nivel que ejecuta acciones de alta complejidad y tiene también entre sus responsabilidades coordinar, brindar apoyo, asesoría y venta de servicios al segundo nivel de acuerdo a sus demandas.

La determinación por niveles de atención requieren una mayor organización interna en cada uno de los centros de prestación de servicios de salud, de acuerdo al grado de complejidad que le corresponda, lo que a su vez requiere de una racionalización y optimización de los recursos disponibles.

2.- REQUERIMIENTOS DE UN SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL

Sería erróneo considerar que el médico posee la capacidad de brindarle al paciente la atención integral que requiere; es decir, abarcar a la vez los aspectos físicos, emocionales, sociales y familiares que afronta cada paciente, por ello es indispensable la conformación y consolidación de un enfoque interdisciplinario que entienda por equipo de salud:

“un grupo de personas que trabajan totalmente integradas con objetivos de salud comunes, determinados por las necesidades de la colectividad y de las personas, y donde cada miembro contribuye al logro de éstos trabajando coordinadamente según su aptitud y especialización y respetando las funciones de los otros miembros, considerando en su caso al paciente como miembro

de dicho equipo” (Fajardo, 1983: 317).

Debe considerarse que en el servicio que brinda el equipo, es fundamental que exista un tipo de relación donde impere la cordialidad de manera que, los proveedores (personal que brinda el servicio de salud) y beneficiario (el paciente), logren satisfacer sus necesidades en un ambiente cálido y armonioso que favorezca la calidad de la atención brindada.

Retomando el criterio de Fajardo,

“desde el punto de vista de la atención de la salud y de la atención médica, la integración significa proporcionar al paciente los distintos factores que intervienen en los servicios (personal, capital, equipo, mobiliario e instrumental) para realizar los planes, lo que implica reunión armónica de todos y cada uno de los elementos humanos y materiales” (Fajardo, 1983:149)

y considerando además que, según criterio del mismo autor, una buena atención médica debe reunir los requisitos de igualdad, calidad e integralidad y, oportunidad y accesibilidad a una atención médica en el momento que sean necesarios, se debe entender por atención integral

las acciones que el equipo de salud dirige a la atención directa del paciente para promover la prevención, la curación y la rehabilitación en las esferas física, emocional y social de la persona afectada por una enfermedad.

De esta manera se trataría a la paciente afectada por el padecimiento de cáncer ginecológico mediante intervenciones más eficaces que redunden en su estabilidad emocional y social, de tal forma que, a la vez de satisfacer sus necesidades personales, se facilita: a ella, a su compañero sexual y a su familia, la información correspondiente que les permita comprender:

- a.- el padecimiento
- b.- las posibilidades de recuperación
- c.- el tratamiento que requiere y
- d.- sus repercusiones físicas y emocionales.

Con ello se propicia un marco adecuado que le genera:

- a.- Seguridad
- b.- Confianza ante el tratamiento que recibe
- c.- Motivación para el cumplimiento de las indicaciones médicas antes, durante y posterior al tratamiento que requiere
- d.- Mayor colaboración y comprensión de su familia y especialmente de su compañero sexual
- e.- Estabilidad familiar, conyugal, emocional y laboral que redundan en una actitud positiva, la cual, a su vez, propicia mayor asimilación del tratamiento, sea quirúrgico o no y una recuperación más pronta y eficaz de su problema de salud.

A nivel Institucional, con una atención integral se reducen las múltiples consultas y los días de internamiento de las pacientes, lográndose así realizar un eficiente uso de los recursos institucionales.

CONCLUSIONES

En la sociedad costarricense, como en el resto de Latinoamérica impera un medio sociocultural que le otorga a la mujer el papel fundamental de ser el eje de la familia, es en ella donde se deposita la responsabilidad de los hijos, la funcionalidad de la familia y, en una medida cada vez mayor, sin contar el incremento acelerado de las mujeres que son jefas de hogar, el aporte importante en el plano económico para satisfacer las necesidades del grupo familiar.

A la par de ese papel es también notoria la subordinación de la mujer ante las demandas del varón (esposo o compañero) que como macho dominante espera y exige que "su mujer cumpla como es su obligación", la cual le ha sido asignada por la sociedad y se ha revalidado en el seno familiar.

Ante esta panorámica la mujer que se enfrenta a un cáncer ginecológico ve frustradas sus esperanzas, su condición de mujer en el ámbito social, familiar, conyugal y laboral, la hace sumergirse en un círculo depresivo que, de no tratarse de manera adecuada, repercute negativamente en estas áreas y a su vez obtiene del medio que le rodea elementos que, lejos de motivarla a enfrentar en mejor medida el proceso de atención de su salud, la hace pasivamente reproductora de los mitos que imperan en la sociedad, se lesiona su autoestima creyéndose menos mujer, aceptando la infidelidad de su esposo/ compañero, considerando que el tratamiento médico requerido la va a "castrar" y a hacer de ella una mujer incompleta, ante lo cual, aunque lo acepte, manifiesta una reacción repulsiva que genera una desprotec-

ción en su sistema inmunológico exponiéndola, en mayor medida, a tener mayores obstáculos en su proceso de recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR C., SONIA. (1994). "Los valores desde un enfoque filosófico-social". Revista Costarricense de Trabajo Social, N° 4, Dic 1994, pp.47-51.

BRENES BLANCO, ADELINA. (1989). Mejorar las condiciones de vida de los usuarios de los programas de Seguridad Social". Revista de Trabajo Social, Año 13, N° 32. pp. 3-7.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL- MINISTERIO DE SALUD. (1995). Programa de Bienestar Social en la readecuación del modelo de salud. Mimeo. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL- MINISTERIO DE SALUD. (1995). Normas de atención integral en salud. Primer nivel de atención. San José, Costa Rica.

CALVO FAJARDO, NURIA (1989). Adolescencia y socialización" Revista de Trabajo Social, Año 13, N° 32.

CALVO FAJARDO, YADIRA. (1993). La mujer, víctima y cómplice. San José, Costa Rica, Editorial Costa Rica, 2ª edición aum y corr.

CAPRA, FRITJOF. (1992). El punto crucial. Argentina, Editorial Troquel S.A. (tr.The turning point. Ed. Estaciones, 1992).

CENTRO NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER Y LA FAMILIA. (1995) . Informe nacional sobre la situación de las mujeres en Costa Rica, 1985-1994. (Informe para la IV Conferencia mundial sobre la mujer. Acción para la igualdad, el desarrollo y la paz. Beijing, China, 1995)

CHAVES QUIRÓS, SEIDY Mª (1997) Oportunidades y limitaciones para la mujer portadora de lesión ginecológica cancerosa. Diseño de un modelo de atención integral para la Caja Costarricense de Seguro Social. Tesis de Maestría, ULACIT, San José, Costa Rica.

CORDERA, ARMANDO Y BOBENRIETH, MANUEL. (1983) Administración de Sistemas de Salud. Tomo 1. Editorial D.R. México. DF.

FAJARDO ORTIZ, GUILLERMO. (1983). Atención médica. Teoría y práctica administrativas. Ediciones Copilco. México. (reimpresión.1989).

GUZMAN STEIN, LAURA.(1994). Relaciones de género y estructuras familiares. Revista Costarricense de Trabajo Social. N° 4, Dic. 1994, pp 4-17.

HUDSON, ROBERT P. (1978) Death, Dying and The Zealous Phase, Annals of Internal Medicine. Vol 88. N° 5, May 1978 (Citado por Cordera y Bobenrieth, Administración de Sistemas de Salud. T.1, Ed. D.R. 1983, p.69, México DF.