

CONSECUENCIAS PSICOAFECTIVAS Y SOCIALES DEL CÁNCER DE MAMA Y DE LA MASTECTOMÍA

*Pierre Thomas Claudet**, *Flory Saborío Hernández***

Key Word Index: Mastectomy, psychosocial consequences.

Resumen

El presente trabajo resume los hallazgos de una investigación sobre las repercusiones psicosociales, de la mastectomía, fenómeno al cual se hallan expuestas muchas mujeres y que constituye no sólo un problema de carácter biológico sino también un drama desde el punto de vista emocional y social. Además de identificar el papel del busto en la condición de la mujer, se destaca la poca o ninguna ayuda social y psicológica proporcionada por los servicios de salud a las mujeres que padecen de un cáncer de mama, en gran medida como consecuencia de la angustia que el propio personal de salud experimenta al respecto. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1985; 6(2):29—38].

Introducción

A pesar de los grandes avances de la tecnología médica con relación al tratamiento y recuperación de un número cada vez más elevado de enfermos de cáncer, el diagnóstico de este mal implica siempre, para quienes lo padecen, una sentencia de muerte apenas mitigada por la perspectiva de una posible prolongación momentánea de la vida, con pocas esperanzas de una recuperación completa (1,2). Como consecuencia de ello, desde el momento en que la enfermedad se identifica, el paciente es, en general, objeto de “un proceso progresivo y creciente de fragilización psicológica centralizada fundamentalmente, en el temor a la muerte y que se expresa clínicamente en la cancerofilia” (9).

Esta situación de “fragilización psicológica”, común a la mayoría de las personas afectadas por el cáncer, se agrava más aún en el caso de la mujer que padece de un cáncer de la manta, ya que, para la mayoría de ellas, este mal significa, además, una inevitable mutilación de su imagen corporal.

Esto es así ya que la detección del cáncer de mama, no obstante su diagnóstico precoz y el pronóstico favorable en cuanto a su curación, conlleva en general de ablación del pecho afectado, lo cual significa no sólo una medida terapéutica destinada a extirpar el mal, sino también una amenaza concreta a su armonía corporal, y por extensión, a su equilibrio psicoafectivo. En efecto, y tal como lo señala la literatura científica al respecto (1,4,5,7,8,9), la inminencia de la cirugía desencadena, para la pariente con cáncer de la mama, una doble crisis: por un lado la exposición a un riesgo quirúrgico, siempre peligroso, aún cuando ello signifique la posibilidad de salvar la vida y de recobrar la salud perdida. Por otro lado, la privación de un órgano, el seno, que compromete los valores existenciales de la mujer a raíz de las “cargas simbólicas” que, en la mayoría de las culturas, se hallan depositadas en el pecho femenino y que constituyen, como lo sugiere Zeolla (9) —los pilares esenciales de la condición de “ser mujer”.

* Catedrático, Escuela Psicología Universidad de Costa Rica.

** Depto. de Desarrollo Social, Dirección Recursos Humanos CCSS, San José, Costa Rica. Profesor Asociado, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Los valores en que se desenvuelve la mujer, particularmente en las culturas occidentalizadas, destacan la importancia de su aspecto físico y de su potencial de atracción sexual, hecho que se ha acentuado más en las últimas décadas a través de numerosas campañas publicitarias en que sobresalen, invariablemente, las caderas y el busto femeninos (5). Este énfasis promocional y social puesto en el seno como atributo sexual importante de la mujer es, para la mayoría de ellas, un motivo de gran aprensión y ansiedad en cuanto a las condiciones estéticas del mismo, aspecto fuertemente reforzado por las modas vestimentarias en boga. Como consecuencia de ello, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la femeneidad, o de ambos (5), fenómeno que se amplifica para muchas mujeres al asociarse con el desvanecimiento de la "frescura" juvenil. Por consiguiente, la identificación del cáncer de la mama, en la mujer, provoca invariablemente temores y angustias que conmueven e invaden toda su organización existencial, tanto en lo biológico como en lo psicológico y social, implicando una amenaza a su integridad y a su identidad. De hecho, y tal como lo reportan Nancy Robinson e Ian Swash (7): "quizás lo que resulta más difícil de aceptar sea la idea de que parte de su femeneidad ha desaparecido (con la mastectomía) y que muchas se sienten como si fueran medio mujer, cuando no consideran haber pasado a ser (sexualmente) neutras".

Además de la pérdida de los valores estéticos inherentes al busto, para muchas mujeres mastectomizadas surge el sentimiento de rechazo por parte del hombre, y la idea de incapacidad para funcionar a plenitud como compañera sexual del primero, fenómeno que, invariablemente, modifican en la mayoría de los casos sus relaciones interpersonales. Estas se deterioran tanto a raíz de la depresión experimentada por la mujer mastectomizada al sufrir la mutilación de su autoimagen, como por las reacciones a menudo inadecuadas de la pareja y del contexto familiar que no siempre se halla en condiciones de involucrarse afectiva y positivamente con el problema padecido por la mujer, compañera y madre. Esto se agrava más aún cuando, como ocurre con frecuencia, la mujer adopta conductas negativas expresadas a través de manifestaciones regresivas y pueriles o agresivas con su entorno.

La importancia de los factores psicoafectivos y sociales asociados al cáncer de mama y, en particular, a la mastectomía, implica que el tratamiento de los pacientes no puede limitarse únicamente a los aspectos curativos dentro de una perspectiva exclusivamente orgánica. No basta con que el equipo de salud elija las técnicas de intervención terapéutica que aportan las más altas probabilidades de supervivencia y de curación, con la menor invalidez orgánica posible. Es menester, además, abordar con la paciente mastectomizada una rehabilitación en los planos afectivo y social, lo cual implica involucrar en este proceso al contexto familiar a través de un programa de atención integral.

La Situación en Costa Rica

Tal como se desprende de los informes estadísticos proporcionados por las autoridades en salud del país (6), tanto el cáncer, en general, como el cáncer de mama, en particular, han experimentado un considerable incremento en el curso de los últimos años. De hecho, mientras en 1963 esta enfermedad ocupaba el quinto lugar como causa de muerte, en 1973 ascendió al segundo lugar. Además, el número de casos atendidos en los diversos hospitales del país ha ido en aumento, tanto por el hecho de un mayor afinamiento en los procesos de detección y diagnóstico como al aumento experimentado en cuanto a la cobertura de los servicios de salud dentro del contexto de la universalización de la seguridad social. Empero, los esfuerzos realizados por los servicios de salud se han

centrado fundamentalmente en la intervención curativa y no existen aún definiciones políticas claras y agresivas en relación a la prevención y, en especial, a la importancia del diagnóstico temprano.

En el caso del cáncer de mama, que también ha experimentado un incremento importante, la ausencia de acciones preventivas y de diagnóstico temprano se complica por la existencia de numerosos prejuicios, entre los que se destacan el “pudor” de muchas mujeres quienes se ven impedidas a esconder o negar cualquier manifestación anormal que afecte su “intimidad” sexual (3). Esto se refleja en el hecho de que, en la mayoría de casos de cáncer de mama, el diagnóstico médico se efectuó mucho después de que las afectadas hayan identificado la presencia de un endurecimiento en el pecho. Dicha tardanza no sólo tiene su origen en el temor a una confirmación de la existencia de un cáncer, sino también en la reticencia de numerosas mujeres a exponerse a la vergüenza de ir a “mostrarle los pechos” a un doctor, el cual es percibido en primera instancia antes que profesional como varón. Además, en algunos casos, esta tardanza obedeció al hecho de que no siempre los mismos médicos están alertas ante los síntomas del cáncer y le restan importancia a las quejas u observaciones de las pacientes a quienes les acuñan con facilidad el diagnóstico de “Histéricas” (Hi).

Independientemente de las causas que originan la tardanza en el diagnóstico, este hecho más o menos generalizado en nuestro medio implica, para la mayoría de las mujeres que padecen de un cáncer de la mama, la necesidad de una mastectomía, definida a menudo *in extremis*, y la exposición a un tratamiento postoperatorio grosero y doloroso (quimioterapia, cobaltoterapia, u otros) cuyos efectos son percibidos negativamente, máxime cuando las posibilidades de curación total son limitadas por lo tardío de las intervenciones. Además, y tal como lo manifiestan muchas de las personas que han pasado o se enfrentan actualmente con esta experiencia, el trauma consecutivo al diagnóstico y a la intervención quirúrgica y terapéutica se halla amplificado por el hecho de verse expuestas a una interacción fría y mecánica con el personal de salud encargado del tratamiento, amén de una carencia de información respecto a su estado y evolución. En efecto, muchas son quienes exteriorizan su malestar por el hecho de que, en general, no se les da mayores informaciones con respecto a su mal, y que se enfrentan con una tendencia pronunciada por parte de los profesionales a minimizar, cuando no a ignorar, los sentimientos de angustia y de inadecuación de las pacientes quienes, a su vez, y luego de experiencias negativas en ese sentido, aprenden a no exteriorizar dichos sentimientos por temor al rechazo o a la descalificación.

Estos distintos fenómenos inherentes a la intervención en torno al cáncer de la mama y sus implicaciones en la rehabilitación de las pacientes, impulsaron a un equipo de estudiantes de Trabajo Social a efectuar, bajo la dirección de los autores, un estudio exhaustivo destinado a identificar los efectos que, en nuestro medio, se derivan de la mastectomía y determinan los cambios que se producen en ellas luego del diagnóstico, la intervención quirúrgica y el tipo de atención de que son objeto por los equipos de salud, la familia y el contexto familiar en general (3). Para ello, en una primera fase se procedió a entrevistar, mediante cuestionario general, a 76 pacientes que fueron intervenidas en el curso de los años de 1979 a 1981 y que se hallaban en seguimiento en uno u otro de los hospitales del área metropolitana de San José, Costa Rica. A través de esta entrevista general se recabó una amplia información con respecto a diversos aspectos clínicos, sociales y personales relacionados con la enfermedad, su detección, la cirugía, el tratamiento, así como las consecuencias de esta en las relaciones de pareja, familiares y sociales de las pacientes. En una segunda fase, se seleccionó al azar 17 mujeres mastectomizadas con quienes se procedió a una entrevista más profunda, con el fin de ahondar con ellas diversos aspectos relevantes en relación a su experiencia con respecto

al mal y su tratamiento, así como a su situación psicoafectiva y social posterior al diagnóstico e intervención.

A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos sobresalientes y se analizan ciertos aspectos psicosociales que conviene tomar en consideración para una atención integral del problema derivado del cáncer de mama y de la mastectomía.

La Detección y el Diagnóstico

Un poco más de la mitad del grupo de las entrevistadas (55%) señaló haber detectado alteraciones en sus pechos por casualidad, y sólo el 24 por ciento indicó haber realizado, con cierta regularidad, un autoexamen de los senos, permitiéndoles descubrir más o menos tempranamente las modificaciones correspondientes. Por su lado, el 21 por ciento restante no tenía consciencia de ningún problema siendo éste descubierto por un médico, a menudo ginecólogo, luego de varios meses o años de tratamiento por afecciones dermatológicas o desarreglos asociados a la menopausia (el 37% de las pacientes entrevistadas tenían edades comprendidas entre los 46 y los 55 años). No obstante el descubrimiento de la masa en el pecho, la mayoría de las entrevistadas minimizó el hecho, recurriendo a diversos subterfugios para no realizar prontamente la correspondiente visita médica, y en el caso de haberla hecho, informando incorrectamente o pasando por alto los síntomas experimentados. Aunque, a menudo, esta conducta asumida por estas mujeres puede atribuirse, en el caso de varias de ellas a su ignorancia e ingenuidad (59% poseían un nivel educacional equivalente o inferior a la primaria completa), en muchos casos la minimización de los fenómenos detectados parece obedecer netamente al temor de confirmar las sospechas en cuanto a un posible cáncer, concebido por la generalidad como una sentencia de muerte inminente.

Complementariamente con lo anterior, es de interés señalar que, en el caso de aquellas que seguían un control médico, e incluso se encontraban bajo tratamiento por problemas de eczema, trastornos hormonales o cardiovasculares, el descubrimiento del mal se hizo a menudo en forma tardía (49% de las pacientes).

Esta situación, a todas luces sorprendente, tiene no obstante su justificación en el hecho de que en el sistema de consultas ambulatorias vigente, existe una tendencia generalizada por parte de los galenos a dictaminar en función del interrogatorio y reporte de los síntomas por los pacientes, sin proceder a un examen clínico del enfermo. Paralelamente con lo anterior, es de importancia señalar además que muchas mujeres se muestran renuentes a ser examinadas por el médico, ya que, como muchas de ellas lo verbalizan, se sienten sumamente incómodas ante la idea de que un hombre las ausculte. En este sentido, es interesante observar que la mayoría de las entrevistadas informaron que, incluso en la intimidad de sus relaciones con la pareja, ellas se cuidan de que el cónyuge o compañero no las vea desnudas, siendo la práctica el desvestirse de espaldas a él o en el baño, conducta que pone de relieve un "pudor" exageradamente concebido como consecuencia de numerosos prejuicios y fantasías en torno al sexo y a la desnudez. Esta conducta se acrecentó con la mastectomía al extremo de que, según lo señaló el 46 por ciento de las pacientes, el esposo o compañero todavía no había visto la cicatriz pese a que, en muchos casos, han transcurrido más de dos años de la operación.

A su vez, y conforme con lo planteado por varias entrevistadas con respecto a su experiencia con los médicos, algunos de ellos persisten en guiarse exclusivamente en base a categorías conceptuales preconcebidas, atribuyendo la sintomatología reportada a la menopausia y, en algunos casos de insistencia de la paciente, calificando a estas de

“Hi”, majaderas o neuróticas. Finalmente, es también de importancia señalar, como un factor coadyuvante a la tardanza en el diagnóstico del cáncer, el tiempo prolongado que, a menudo, transcurrió entre el momento en que se solicitó la consulta oncológica (referencia) y la fecha asignada para la cita correspondiente, lapso que abarcó, en el caso de algunas pacientes, seis meses o más.

La tardanza en el diagnóstico oncológico se refuerza en el hecho de que el 57 por ciento de las entrevistadas fueron intervenidas quirúrgicamente antes de cumplir un mes después de la primera cita con el especialista. Aunque señalan muchas pacientes que la mastectomía de que fueron objeto se empleó como medio preventivo, varios profesionales informaron que lo avanzado del mal indujo a una pronta intervención. Con respecto a la actitud o reacción ante el diagnóstico, el 51 por ciento de las pacientes entrevistadas señalaron que sintieron un “deseo profundo de llorar”, manifestando dificultades para creer que “eso” les estuviera sucediendo a ellas. Aunque algunas lograron sobreponerse, “poniéndose en manos de Dios”, el 46 por ciento interpretó el diagnóstico como una sentencia de muerte inminente, e inclusive, dos de ellas reconocieron haber pensado en el suicidio (ambas menores de 45 años). A su vez, ante la confirmación del diagnóstico, el 15 por ciento de las entrevistadas manifestaron haber perdido, de ahí en adelante, el interés por la vida, actitud que mantuvieron hasta el momento de la entrevista pese al tiempo transcurrido: estas personas simplemente vegetan, esperando el momento de su muerte.

La Mastectomía y sus Efectos

Si bien el 79 por ciento de las entrevistadas fueron prevenidas con respecto a la intervención quirúrgica de que iban a ser objeto, el 21 por ciento restante fue operada aparentemente sin previo aviso. A su vez, mientras el 71 por ciento de las pacientes informaron haber conocido el diagnóstico antes de la mastectomía, en general advertidas por el médico o alguna enfermera, el 21 por ciento se enteró de su mal luego de la mastectomía y el 8 por ciento restante ignoraba la naturaleza exacta del mal en el momento de la entrevista, ya que nadie le había informado al respecto, hecho que, en algunos casos, parece obedecer más bien a una negación neurótica de su situación, al extremo que no siguieron con el tratamiento alegando encontrarse en perfecto estado de salud.

La casi totalidad de las pacientes mastectomizadas (85%) interpretan la ablación del seno como una agresión y mutilación de su femeneidad, considerando incluso algunas (10%) que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento fatídico. Si bien algunas de ellas, particularmente jóvenes (menores de 45 años) relacionan la pérdida del seno con preocupaciones de orden sexual, la mayoría ve a la mastectomía como una afrenta a su imagen corporal expresando preocupaciones de tipo estético, la pérdida de un atributo físico que difícilmente pueden ocultar, especialmente por los problemas que muchas de ellas enfrentan para rellenar el sostén debido al elevado costo de las prótesis. De hecho, la mayor angustia externada por casi todas las entrevistadas se centra en la dificultad de disimular la ausencia de un seno, fenómeno por el cual sienten vergüenza. Con motivo de ello, la mayoría ha modificado su vestuario, absteniéndose de lucir blusas con escote, transparentes, sin mangas o ajustadas al cuerpo, buscando camuflar la ausencia del pecho mediante velos, pliegues y otros medios vestimentarios.

Para muchas, la ablación del pecho significó no sólo una pérdida de libertad en cuanto a lo que pueden usar para vestirse, sino también en cuanto a participar en actividades en que se hallan expuestas a las miradas de los demás. En este sentido, sienten con

agudeza que las personas que las rodean tienen conocimiento de la falta de un seno y se fijan en ello, interpretando cualquier mirada como una invasión a su intimidad. Con motivo de ello, muchas se inclinan por aislarse en su hogar, considerando que la mastectomía las condena, en alguna forma, a un estilo de vida sobrio y púdico, comparable al de una monja.

En el aspecto conyugal, la mayoría de las pacientes casadas o que convivían con un varón señalaron que no tenían relaciones sexuales con el esposo o compañero antes de la mastectomía (65% de los casos), a raíz de las infidelidades anteriores del hombre o como consecuencia de incompatibilidad temperamentales o económicas, cuando no por la edad. Por su lado, el 24 por ciento de las entrevistadas informaron que sus relaciones maritales sufrieron un deterioro luego de la intervención quirúrgica debido, en gran medida, a la vergüenza experimentada por ellas con respecto a su imagen física con el cónyuge o compañero. Esta vergüenza es compartida, de hecho, por el 73 por ciento de las pacientes quienes señalan que se cuidan mucho de que el esposo o compañero las vea desvestirse, acción que hacen en el baño y ya no en el dormitorio, si bien aquí también muchas señalan que esa conducta la habían adoptado ya antes. A este respecto, es de interés observar que el 46 por ciento de las entrevistadas informaron el no haber enseñado a su cónyuge o compañero la herida, y varias de ellas tienen ya más de dos años de haber sido intervenidas. Únicamente el 11 por ciento de las pacientes que comparten una relación de pareja señalaron que esta ha mejorado luego de la mastectomía y que han obtenido mucho apoyo afectivo por parte del cónyuge, tratándose en su mayoría de personas mayores de 60 años para quienes el esposo o compañero se constituyó en un valioso soporte emocional, facilitándoles superar la crisis consecutiva al descubrimiento del mal y a las intervenciones terapéuticas subsiguientes.

El deterioro más o menos generalizado de las relaciones de pareja, anterior al diagnóstico y a la mastectomía, ha privado a la mayoría de las mujeres de un apoyo del cónyuge, fenómeno que vino a agudizarse con la intervención quirúrgica, amplificando más la crisis existencial y afectiva de estas personas. A esta situación psicoafectiva problemática se añade el hecho de que también, para muchas de las entrevistadas, las relaciones familiares se han igualmente deteriorado. En efecto, el 69 por ciento de las pacientes señalaron que las relaciones familiares tensas se agudizan, en gran medida por el hecho de que ellas se han vuelto más irritables con sus hijos, percibiendo cualquier manifestación verbal o gestual de estos como un rechazo o una descalificación para con ellas. Si bien la mayoría tiene hijos ya adultos, las que todavía tienen descendientes pequeños se muestran además muy angustiadas ante la idea de que su estado de salud empeore y puedan morir antes de haber cumplido con sus hijos. Esto es particularmente el caso en algunas de las mujeres menores de 45 años, quienes señalan una ambivalencia emocional importante con respecto a sus hijos ya que, por un lado, consideran necesario prepararlos para que puedan valerse por sí mismos en caso de que ellas lleguen a faltarles, mientras por otro lado se ven grandemente impulsadas a sobreprotegerlos ya que de un momento a otro "los pobrecitos" pueden quedar huérfanos.

Complementariamente con lo anterior, el 58 por ciento de las entrevistadas resienten el que tanto familiares como amistades manifiesten, aparentemente, una curiosidad morbosa con respecto a su condición física, y miran con insistencia el lugar ocupado por el pecho ausente, situación que la hiere y acompleja. Para evitar estas situaciones muchas tienden a aislarse, limitando al máximo el contacto con los demás familiares y conocidos. Si bien es un hecho, particularmente con algunos familiares (en especial los hijos pequeños), el que efectivamente estos tienden a concentrar mucha atención en la situación física de la mujer mastectomizada, es igualmente un hecho, el que una alta proporción de estas mujeres tienden a exagerar el interés de los familiares, interpretando

dicho interés en forma a menudo tergiversante por su propia autoimagen desvalorizada, en lugar de ver en ello un interés de orden afectivo. Al despreciarse por su situación muchas de ellas, consideran que también los demás las desprecian, cerrando en esta forma un círculo vicioso a través del cual ellas justifican sus conflictos intra e interpersonales.

Por su lado, a muchas se les complica la situación al encontrar importantes dificultades para desarrollar sus actividades ocupacionales, sean estas domésticas o laborales. En efecto, el 82 por ciento de las entrevistadas se quejan de encontrarse a menudo cansadas, además de que a menudo sufren de inflamación en el brazo (linfedema), y el 42 por ciento de ellas manifestaron no tener motivación alguna para la ejecución de las tareas cotidianas. Esta situación se agrava para aquellas que no tienen ayuda en la casa o que, por sus condiciones educativas limitadas, no tienen la oportunidad de realizar labores remuneradas de oficina (más llevaderas). A raíz de este problema, muchas han afrontado un deterioro económico importante como consecuencia de las limitaciones físicas causadas por la mastectomía, y por la necesidad de asistir periódicamente a las sesiones terapéuticas en el hospital. Asimismo, tanto para ellas como para la mayoría de las pacientes mastectomizadas, al no poder ocuparse en forma continua en alguna actividad, tienden a centrarse mayormente sobre su estado y a resentir en forma muy aguda su situación de minusvalía física y emocional. Por lo tanto, la casi totalidad de aquellas que no logran tener una ocupación fuera del hogar tienden a retroalimentar con suma frecuencia pensamientos recurrentes que profundizan sus sentimientos pesimistas ante la vida, fenómeno que se refuerza con los comentarios que escuchan de otras pacientes en las salas de espera cuando les corresponde asistir a sesiones terapéuticas.

A los sentimientos de minusvalía física y ocupacional se añade la autoimagen desvalorizada, no sólo por la mutilación sufrida y su deterioro estético, sino también por el hecho de que la mayoría se conciben a sí mismas como viejas, ya que la menopausia les ha "eliminado" el contacto sexual afectivo, amén de que, en muchos casos, los hijos se han separado del hogar. En este sentido, es de interés señalar que mujeres menores de 55 años consideran que ya "jugaron" desde hace varios años y que ya no tienen mayores expectativas que las de vegetar en espera de la muerte. De hecho muchos familiares confirman esta situación, al señalar que luego de la operación su madre, hermana o esposa se ha envejecido enormemente y ha perdido el gusto por la vida. Empero, es también de importancia recalcar el hecho de que muchos de estos familiares contribuyen con su indiferencia o desafectación al "envejecimiento" prematuro de gran parte de las entrevistadas.

Percepción de los Tratamientos Subsecuentes

El 75 por ciento de las pacientes señalaron que las relaciones con el personal de salud encargado del tratamiento (quimioterapia, cobaltoterapia), son generalmente muy frías y mecánicas. En este sentido, muchas verbalizan conceptos que sugieren que ellas se sienten como objetos manipulados por un personal que sólo se interesa por la ejecución de determinadas tareas y no por las personas que son objeto de dichas acciones. Una queja generalizada es la ausencia de información no sólo con respecto a la evolución de la paciente y los planes de tratamiento subsecuentes, sino también con respecto a los efectos secundarios de dichos tratamientos y a la forma de sobrellevarlos.

Por otro lado, para muchas (58%) el tener que asistir al hospital y pasar largas horas en la sala de espera, es percibido como un calvario suplementario, ya que no sólo el

lugar reaviva en ellas sentimientos encontrados, sino que las otras pacientes refuerzan dichos sentimientos al externar comentarios negativos y pesimistas. Por esta razón, de hecho, varias han adoptado por no volver a las sesiones terapéuticas (21%) y muchas no se sienten atraídas para participar en los grupos que los diversos hospitales han organizado, grupos que ellas consideran más bien como negativos porque todo gira alrededor de las quejas y problemas de las pacientes y no ofrecen ninguna apertura a alguna visión más positiva de su situación. Además, y según lo expresado por varias (46%), la compañía de otras mujeres mastectomizadas es para ellas deprimente ya que confirman, en lo planteado por las demás, sus propios desajustes emocionales, familiares y sociales, y el sentimiento de pertenecer a una casta marginada, pagando altos precios por mantenerse aún con vida.

A lo anterior se añade el hecho de que, con frecuencia, las actuaciones mecanizadas del personal de salud, tanto profesionales en medicina como enfermeras y auxiliares, son percibidas por las entrevistadas como un avasallamiento, mostrándose muy susceptibles y dolidas por las habituales descalificaciones de que son objeto, particularmente en cuanto a sus angustias y temores. En efecto, el 71 por ciento de las pacientes exteriorizan en una u otra forma, un resentimiento más o menos profundo en contra de varios funcionarios de salud por su "falta de humanidad" y de "sentimientos". Con motivo de la frialdad con que, a menudo, son recibidas sus quejas e inquietudes, ellas no se atreven a manifestar sus sentimientos y conflictos con los miembros de los equipos de salud, lo cual implica que se agrava su soledad y aislamiento emocional. Si bien la mayoría coincide en que es importante "ser positivas", la ausencia de apoyo emocional sentida por muchas de ellas no refuerza dicha disposición, por lo cual la generalidad tiende a mostrarse, en realidad, deprimidas y negativas tanto con respecto a su situación orgánica como, y en especial, su situación existencial, afectiva y espiritual. Algunas buscan compensar sus problemas mediante un mayor acercamiento religioso, si bien tampoco en ello sienten apoyo ya que aquí también se encuentran solas con su angustia.

Conclusiones

El presente estudio aporta una serie de datos que confirman lo que la literatura reporta al respecto. Empero, la magnitud del problema y, en especial, la poca o ninguna ayuda social y psicológica que estas personas reciben en nuestro medio, agudiza más dicho problema y llama a reflexión. Esto así ya que, de este trabajo se desprende que, en Costa Rica, el diagnóstico de cáncer de mama no sólo significa una amenaza de muerte para muchas mujeres que lo padecen, sino que implica, para la mayoría, una sentencia de soledad existencial plagada de sufrimientos orgánicos y de desmoronamiento progresivo de su integridad física, asociados a un aislamiento afectivo y espiritual forzado por la incomprensión, el prejuicio y las propias angustias que sufren quienes tienen relación con ellas. En efecto, y tal como lo señalan algunos profesionales y auxiliares, el problema presentado por la mujer con cáncer y mastectomizada, provoca en ellos angustia ante el hecho de que se trata de personas en su mayoría desahuciadas. Para lidiar con esta angustia, dicho personal se refugia en las acciones técnicas y trata de anular todo sentimiento para no tener que sufrir las consecuencias de una vinculación o identificación con pacientes que se encuentran ya con un "pie en la tumba". Aunque esta actitud puede, en el plano personal, tener alguna justificación, en el plano operativo institucional, ello refleja un déficit importante, en cuanto a la atención de las necesidades reales de los pacientes que recurren a los equipos de salud, en búsqueda de una solución integral y no parcial o limitada a sus problemas de salud, los cuales no sólo conciernen el aspecto

exclusivamente orgánico sino también, y con igual importancia, los aspectos sociales y psicológicos. Esto así ya que el ser humano es, fundamentalmente una unidad bio-psicosocial y que la afección de cualquiera de sus instancias repercute, invariablemente, en el conjunto.

ABSTRACT

This report summarizes the findings of an investigation into the psychosocial consequences of mastectomy, which we consider both a biological problem as well as an emotional and social drama.

The role of the breast as part of the woman's identity, and the lack of social and psychological help for these patients is emphasized. This is due, in part, to the anguish that is felt by me health personnel towards this situation.

Bibliografía

1. Begg, Merino, Lisa. Morbidity and the quality of life in clients with breast cancer. *Cancer Nursing*. California. C. W. Mosby Co. 1981; 488-506
2. Cameron, E., Pauling, L. Cancer and vitamin C. *Linus Pauling Institute of Science and Medicine*. California 1979.
3. Cordero, G., Jiménez X., Sikora, E. Las repercusiones psicosociales de la mastectomía. Tesis de licenciatura, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, San José 1983.
4. Ervin, C. V. Psychological adjustment to mastectomy. *Medical Aspects of Human Sexuality*, New York, Feb. 1973.
5. Kushne, R. Breast Cancer. *Harcourt Bruce*, New York 1975.
6. Ministerio de Salud de Costa Rica. Informes del Registro Nacional de Tumores. Depto. de Estadísticas. San José, Costa Rica 1980-1981 y 1982.
7. Robinson, N., Swash, I. Mastectomía, Guía para la paciente operada de mama. *Ed. Lidium*. Buenos Aires 1981.
8. Rollin, B. First You Cry. *New American Library*, New York 1977.
9. Zeolla, H. Rehabilitación psicofísica de la operada de mama. *CELAM*. Buenos Aires 1980.