

REPERCUSIONES, REACCIONES Y SENTIMIENTOS QUE ENFRENTA LA MUJER PORTADORA DE LESIÓN GINECOLÓGICA CANCEROSA

MBA. Seidy María Chaves Quirós*

INTRODUCCIÓN:

Como se indicó en la Revista No 53, se exponen ahora los resultados, alusivos a las repercusiones, reacciones y sentimientos que enfrenta la mujer portadora de cánceres ginecológicos; mismos que se desprenden de la investigación realizada por la suscrita acerca de 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".

RESUMEN:

La mujer que enfrenta cáncer ginecológico se expone a una gama de situaciones complejas que alteran su vida y, entre ellas, el tratamiento médico en si atenta contra su integridad de mujer, contra su más profunda intimidad al extirpar parte o todo su aparato reproductor.

Los mitos y tabúes acerca del aparato reproductor femenino, que imperan en la sociedad costarricense, siempre llegan a la mujer que va a ser sometida a tratamiento pro esta dolencia e interfieren positiva o negativamente, en su apreciación de manera que, por lo general, además de reforzar la creencia popular acerca de las lesiones "irreversibles" que causa a la mujer y las implicaciones, de probable ruptura en la relación de pareja, genera sentimientos de autoestima disminuida, de desvalorización personal en lo referente a su realización como mujer, sobre todo, al afectar negativamente su actividad sexual.

Esta situación por lo regular se mantiene, en la mujer tratada, hasta que se le presenta la oportunidad de demostrarse a sí misma que las cosas no son tan negativas como se lo aseguraban sus amistades, familias y/o vecinos, entre otros, siempre y cuando las lesiones emocionales no sean tan profundas que les impida ver su realidad.

* Licenciada en Trabajo Social. Máster en Administración de Empresas con énfasis en Gerencia Social, Servicio de Trabajo Social Hospital México.

A. REPERCUSION DE LA ENFERMEDAD A NIVEL FAMILIAR, CONYUGAL Y LABORAR

1. SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR

Toda mujer portadora de cáncer ginecológico, a pesar de estar inmersa en un mundo de información que en la mayor parte de los casos es confusa y contradictoria, no sabe qué pensar ni qué hacer, al igual que su familia, pero con lo que sí puede contar es con algún apoyo, tal y como se puede precisar en el cuadro **No 1**, en donde, la única entrevistada que manifestó no tenerlo es una persona que ha rehusado recibir tratamiento y abandonó su control médico cuando se le indicó cirugía; además, manifestó “no haberle informado a sus hijos y no estar interesada en curarse”, mostrando una actitud de derrota y confirmando lo que algunas pacientes revelaron en sus relatos al expresar “...para que voy a luchar si con esa enfermedad nada se puede hacer...”.

En muchos casos la práctica evidencia que los familiares tienden a sobre proteger a la paciente tratando de enclaustrarla en una “cámara de cristal” para que nada le pase y olvidan que es una mujer que realiza múltiples funciones en el hogar, ante todo es madre, ama de casa, esposa, educadora al vigilar los estudios de los niños, etc. Y de suceder esto, la hacen sentirse aislada e “inservible” lo cual les genera frustración y actitudes negativas que obstaculizan el proceso de recuperación.

La procedencia del apoyo es variada pero, en primer plano están los hijos (60.41%) que, independientemente de su edad se organizan de manera tal que los quehaceres domésticos se distribuyen y se realizan; la segunda fuente de apoyo son los familiares con un 54.18%. del esposo solo recibieron la ayuda el 20.83% de las entrevistas y otras personas como amigas, madrastra, nueras o empleada del hogar colaboraron con estas funciones en el 18.75% de los casos, así como también lo hicieron los familiares del esposo en este período en un 16.67%.

CUADRO N° 1 OPINION DE LAS USUARIAS, SEGÚN APOYO FAMILIAR EN QUEHACERES DOMÉSTICOS Y OBSTÁCULOS PARA LA ASISTENCIA A CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO

	1996	
APOYO FAMILIAR	ABSOLUTO	RELATIVO
TOTAL USUARIAS	48	100.00
Con apoyo	47	97.92
Sin apoyo	1	2.08
	10	20.83
APOYO/PROCEDENCIA		
Esposo	20	54.18
Familiares	29	60.41
Hijos	8	16.67
Parientes del esposo	9	18.75
Otras personas		

OBSTÁCULOS/ASISTIR		
Cuidado de los niños	3	6.25
Problemas económicos	8	16.67
Esposo se molesta	1	2.08
Impedimento laboral	2	4.17
Rehusa recibir tratamiento	3	6.25
Sin obstáculos para asistir	31	64.58

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

Para la asistencia a control y tratamiento médico pueden ser múltiples los factores que obstaculicen la asistencia puntual; sin embargo, el 64.58% de las entrevistadas aseguraron no tener impedimento alguno. El mayor problema, para las que sí tienen impedimentos, es el económico ya que debe recordarse que el ámbito de atracción hospitalaria involucra no sólo parte de San José sino también las provincias de Heredia, Alajuela, Puntarenas y Guanacaste desde donde deben desplazarse para cumplir satisfactoriamente con sus citas de control médico y, en muchos casos deben trasladarse desde el día anterior y alojarse en casa de un familiar o pagar hospedaje para cumplir con su responsabilidad de usuaria.

Otros problemas para asistir son el cuidado de los niños, sobre todo cuando éstos son pequeños, ya que deben recurrir a parientes, vecinas o pagar el servicio a otra persona. Además, las usuarias de edad avanzada manifiestan sentir más seguridad sin son acompañadas; por lo general asisten con un hijo (a), nuera o vecina y si residen en un lugar alejado “el gasto es el doble” y, en ocasiones, se les dificulta reunir la cantidad necesaria. Un elemento importante de señalar reside en que con frecuencia se le escucha decir a las mujeres que asisten al Servicio de Ginecología que “el esposo se molesta cada vez que viene a las citas” y, según criterio de las entrevistadas, solo en un caso se da esta situación, lo cual induce a pensar en que, el “no molestarse”, es parte del “apoyo” que indirectamente brindan los esposos.

2. SITUACIÓN CONYUGAL

Uno de los aspectos más relevantes para la mujer que debes ser sometida a una cirugía o tratamiento ginecológico es la incertidumbre respecto a lo que va a pasar con su vida sexual, máxime que popularmente se afirma la existencia de una fuerte probabilidad de que sean abandonadas por el esposo y es por ello que este relevante aspecto fue sujeto de interrogación en todas las usuarias que incluye el estudio.

Del total de entrevistadas, el 68.75% tiene esposo y reside con él o bien tiene un amigo con el que comparte sexualmente y, en todos los casos, el compañero sexual actual es el mismo que compartía con ellas antes de ser diagnosticadas y tratadas médicamente. Para los fines de este estudio no se hará ninguna diferenciación entre ellos y se le denominará esposo.

Al indagar respecto al comportamiento del esposo antes y después del diagnóstico y tratamiento, las entrevistas aseguran que ha habido un notable cambio que, a nivel global, ha sido altamente positivo para su relación personal, conyugal y familiar, como se puede apreciar en el cuadro **N° 2**.

La cifra de todos aquellos que antes de que sus esposas recibieran el tratamiento mostraron “mucho interés, preocupación, comprensión y colaboración” se duplicó después del mismo, además, el “respeto por la abstinencia sexual”, que de por sí será elevado (72.7%), se incrementó al 87.9%; la categoría de los han tenido “poco” o “nada” de respeto antes del tratamiento, después del mismo se redujo a la mitad en ambos casos, entre ellos sobresalen los esposos alcohólicos, los agresores (a nivel físico y verbal) y los drogadictos, los cuales son características que también presentan los hombres que han incrementado su desinterés por la esposa después que ella recibiera el tratamiento.

CUADRO N°2
OPINIÓN DE LA USUARIA SEGÚN COMPORTAMIENTO DEL ESPOSO ANTES Y DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO MEDICO REQUERIDO
1996

COMPORTAMIENTO DEL ESPOSO	ANTES DEL TRATAMIENTO			DESPUÉS DEL TRATAMIENTO		
	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada
INTERÉS	48.5	45.4	9.1	78.8	9.1	12.2
PREOCUPACIÓN	42.5	42.4	15.1	81.8	6.0	12.1
COMPRENSIÓN	36.3	42.4	21.3	78.8	6.0	15.2
INDIFERENCIA	27.3	24.3	48.5	15.1	15.2	69.7
COLABORACIÓN	39.4	33.4	27.3	75.8	6.0	18.2
RESPECTO/ABSTIN. SEXUAL	72.7	18.2	6.0	87.9	9.1	3.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

Por su parte, la cantidad de esposos que antes del tratamiento mostraban “mucha” y “poca indiferencia” se redujo alrededor de un 10% en ambas categorías.

Es importante señalar que, según lo expresado por las entrevistas, en ningún caso el esposo las abandonó por causa de la enfermedad; entre ellas hay tres personas que no comparten y aseguran no volver a compartir –sexualmente- con sus esposos: en un caso, la paciente fue sometida a una vovectomía y se considera desfigurada en su área genital por lo que rehusa la vida sexual y, en los dos restantes se debe a la existencia de otra mujer desde antes de saber acerca del diagnóstico. En uno la usuaria tomó la determinación de no tener vida sexual activa porque su esposo, a pesar de continuar viviendo en el hogar, “sigue siendo infiel y teme contagio de alguna enfermedad”; la otra sí experimentó la salida del esposo de su hogar “porque desde hacía tiempo él estaba buscando no quiere ni aportar el dinero para la comida de los niños”.

Por lo anterior se puede asegurar que, contrario a las premoniciones del criterio popular y de algunas pacientes, como la señora N.M.C.C. que relató: “cuando a uno le hacen eso [extirpar el útero] el esposo le da vuelta porque uno sin matriz no sirve para nada...”, los hombres, lejos de hacer abandono de su esposa a causa de la enfermedad y tratamiento, han optado por ser más interesados y preocupados por la salud de ella, más comprensivos y colaboradores, han aprendido a tener más respeto por la abstinencia sexual y a ser menos indiferentes. Cambios de comportamiento que no solo benefician la vida de pareja sino también el ambiente familiar en general, lo cual no solo se debe al “haber estado cerca de quedarse solos” con la responsabilidad del hogar, sino al hecho

de haberse dado cuenta del valor que tiene su esposa en el hogar para él y para toda la familia, además de la múltiples actividades del hogar que ellas realizan.

El aspecto referente al grado de satisfacción sexual posterior al tratamiento médico a que fue sometida cada una de las entrevistadas es también de suma importancia y, según se puede apreciar en el cuadro N°3, el 8% de las usuarias manifiestan que la satisfacción sexual ha sido “mayor” porque, prioritariamente, hay seguridad de que “no habrá embarazo” y porque ahora “tiene más deseo sexual”. Por su parte, el 21% manifestó que la satisfacción de su vida sexual “no ha sufrido cambios”, que sigue siendo tan satisfactoria como antes de recibir tratamiento médico. Por tanto, entre las entrevistadas, el 29% tiene un grado de satisfacción igual o mayor en su vida sexual después de haber sido sometida a un tratamiento médico quirúrgico o terapéutico como consecuencia de una lesión ginecológica cancerosa.

Pese a lo anterior, hay una cantidad significativa (19%) del total que consideran “menor” el grado de satisfacción sexual actualmente con respecto a antes del tratamiento; sin embargo, al indagar en las razones es evidente que éste obedece a situaciones propias de su ambiente familiar y social. Entre ellas, el 11% se debe a “comentarios negativos de vecinos y amistades, porque así lo creen y porque consideran que es consecuencia del tratamiento médico”, lo cual, en buena medida, podría haberse evitado si estas usuarias hubieran podido tener acceso a información profesional que le aclarara sus dudas y temores en un periodo previo al tratamiento médico.

CUADRO N°3
OPINIÓN DE LAS USUARIAS SEGÚN SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN SEXUAL POSTERIOR AL TRATAMIENTO RECIBIDO.
1996

Satisfacción	abs.	%	Razones	abs.	%
MAYOR	4	8	Saber que no habrá embarazo	3	6
			Tiene deseo sexual	1	2
MENOR	9	19	Esposo brusco malcriado	1	4
			Comentarios de vecinos/amistades	2	2
			Psicológico	1	2
			Al tratamiento recibido	2	5
			Al esposo solo le interesa el sexo	1	2
			Esposo adicto, hay desconfianza sexual	1	2
			Es un amigo, no viven juntos, es infiel	1	2
NO HAY CAMBIOS	10	21			
TIENEN COMPAÑERO SEXUAL PERO NO TIENEN RELACIONES SEXUALES	11	23	Separación de hecho hace muchos años	4	9
			Temor a hacerse daño	3	6
			Salud muy deteriorada	2	4
			Esposo minusválido por derrame	1	2
			Usuaría cree estar desfigurada en área genital	1	2
NO APLICA (SIN COMPAÑERO SEXUAL)	14	29	Soltera sin compañero sexual	8	17
			Viuda sin compañero sexual	5	10
			Separada hace más de 20 años	1	2

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

Entre las razones de las otras entrevistadas que en la actualidad tienen menor satisfacción sexual, todas resaltan aspectos negativos en el comportamiento del esposo: “brusco, malcriado, solo le interesa el sexo, es adicto y le tiene desconfianza sexual por considerarlo promiscuo y la infidelidad comprobada” según la entrevistada.

Como es relevante, todos los razonamientos brindados por el conglomerado que dice tener “menor satisfacción sexual” son lógicamente válidos, pero solo el 5% de ellos lo consideran explícitamente generado por el tratamiento médico.

El resto de las entrevistadas que tienen esposo, lo cual significa casi una cuarta parte del total, manifiestan que “no hay relaciones sexuales”. De ellas, el mayor porcentaje lo ocupan las usuarias que están separadas de hecho “desde hace muchos años”; el 4% “teme hacerse daño” porque ella cree que le “va a doler mucho y el esposo es comprensivo, no la fuerza”, el 4% está con un serio grado de deterioro en su salud, el 2% que corresponde a otra entrevistada manifestó que su esposo sufrió “un accidente vascular cerebral y no está en condiciones de mantener una vida sexual activa” y, el 2% restante se refiere a una usuaria de edad avanzada que se considera “desfigurada en su área sexual” por haber sido vulvectomizada y por tanto rechaza sexualmente al esposo.

En resumen, para mantener una vida sexual activa no solo se requiere de información necesaria y suficiente que evacúe todas las dudas sobre el tema, sino también de una actitud positiva y un comportamiento aceptable del esposo, de lo contrario la relación sexual, si se da, no alcanza un grado significativo de satisfacción.

3. SITUACIÓN SOCIOLABORAL

Del total de usuarias entrevistadas, según se desprende del cuadro N°4, solo el 29.17% se desempeña laboral mente y el 22.92% manifestó haber tenido apoyo en su trabajo, éste fue brindado tanto por el jefe como por los compañeros en el 10.42% de los casos; de los restantes el 8.33% solo tuvo apoyo del jefe y el 4.17% solo de los compañeros.

Respecto a problemas presentados, propiamente en su relación patronal, el 4.17% manifiesta la existencia de obstáculos para asistir a sus citas de control médico y otro tanto tuvo problemas por causa de la incapacidad que requirió el tratamiento de su dolencia. Por otra parte, el 6.25% experimentó poca cooperación de sus compañeros en el ambiente laboral.

CUADRO N°4
OPINIÓN DE LAS USUARIAS CON LESIÓN CANCEROSA SEGÚN AMBIENTE Y APOYO LABORAL
1996

AMBIENTE LABORAL	ABSOLUTO	RELATIVO
Usuarias que trabajan	14	29.17
Con apoyo laboral	11	22.92
Sin apoyo laboral	3	6.25
PROCEDENCIA DEL APOYO		
Del jefe	4	8.33
De los compañeros	2	4.17
De jefe y compañeros	5	10.42

PROBLEMAS PRESENTADOS

Para asistir a citas médicas	2	4.17
Por tiempo de incapacidad	2	4.17
Poca cooperación de compañeros	3	6.25
Falta de concentración en sus funciones	4	8.33
Menor rendimiento laboral	3	6.25

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

Algunos de los oficios desempeñados requieren de esfuerzo físico y en algunos casos no se tomó en cuenta el tipo de dolencia que recién había sufrido la trabajadora, ya que, según manifestaron dos de ellas, les asignaron nuevas funciones que requerían cada vez mayor esfuerzo físico lo cual las indujo a renunciar, afectándose para satisfacer las necesidades del hogar y, en un caso, la ausencia de fuentes de ingreso fue total por tratarse de una jefa de hogar.

Al tratar de conocer algunos aspectos propios de la situación personal en su ambiente de trabajo, una quinta parte de las señoras que trabajan manifestó que en su periodo de diagnóstico, tratamiento y control ha tenido “menor rendimiento y laboral” y una cuarta parte ha experimentado “falta de concentración en las funciones”, lo cual puede considerarse normal pues, el ser humano es integral y, como tal, en él prevalece una actitud específica en un momento dado, pero no puede abstraerse de su situación personal cuando esta es asimilada en forma diferente por cada una, dependiendo de la mayor o menor capacidad de asimilación y estabilidad integral que tenga.

B. REACCIONES Y SENTIMIENTOS EN RELACIÓN CON SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO MÉDICO

El hecho de enfrentar un tratamiento médico genera, en cualquier persona, un alto grado de incertidumbre y máxime si se requiere como consecuencia de una enfermedad cancerosa, situación que motivó cuestionar al respecto a las entrevistadas, cuyas respuestas se pueden apreciar en el cuadro **N°5**.

El enfrentarse a algo desconocido genera normalmente valoraciones negativas es así como el mayor porcentaje (39.58%) manifiesta que el tratamiento recibido fue más fácil de lo que creía”, el 29.17% considera que “fue como se lo explicaron”; sin embargo, para el 22.92% “fue más difícil de lo que creía” y solo el 2.08% considera que “fue como lo imaginaba”.

Por lo anterior, es evidente que las expectativas son muy variadas y, si bien es cierto no todas recibieron el mismo tratamiento médico, ya que éste varía de acuerdo con el tipo de cáncer y el grado de avance de la enfermedad, cada persona considera que su dolencia es igual o más grave que la de otras y confunden las reacciones secundarias de los diferentes tratamientos, sobre todo aquellas que no han tenido acceso a información profesional que le facilite la evacuación de sus dudas, por tanto, el grado de incertidumbre es muy similar entre ellas y, como describe Fajardo (1983), todas tienen expectativas diversas respecto a la atención, las acciones médicas y los resultados.

Además, considerando el relato de la señora O. M. M. quien, antes de recibir el tratamiento, se imaginaba la “bomba de cobalto como una bomba de vidrio..., o como un microondas donde lo encierran a una y después salen rayos... que seguro son rayos láser... y dicen que a uno se le cae el pelo, se marea mucho y 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...”, situación que le sucede con frecuencia a las pacientes que requieren tratamiento de cobaltoterapia y se confirma con lo esperado por las pacientes entrevistadas.

CUADRO N°5
CONSIDERACIÓN DEL TRATAMIENTO RECIBIDO Y SITUACIÓN ACTUAL SEGÚN
CRITERIO DE LAS USUARIAS
1996

CONSIDERACIÓN/TRATAMIENTO	ABSOLUTO	RELATIVO
TOTAL	48	100.00
Fue como lo imaginaba	1	2.08
Fue como se lo explicaron	14	29.17
Fue más fácil de lo que creía	19	39.58
Fue más difícil de lo que creía	11	22.92
No recibió tratamiento	3	6.25
ACTITUD ACTUAL		
TOTAL	48	100.00
Está muy bien	32	66.67
Tiene molestias	6	12.50
Le impide ser la misma de antes	7	14.58
No recibió tratamiento	3	6.25
IMPEDIMENTOS PARA LA REALIZACIÓN PERSONAL		
Como mujer	9	18.75
Como madre	3	6.25
Como esposa	10	20.83
Como trabajadora	4	8.33
AUTOIMAGEN		
TOTAL AUTOIMAGEN POSITIVA	33	68.75
Igual que antes	23	47.92
Mejor que antes	1	2.08
Más positiva que antes	7	14.59
Igual con limitaciones	1	2.08
No recibió tratamiento	1	2.08
TOTAL AUTOIMAGEN NEGATIVA	15	31.25
Tiene limitaciones importantes*	10	20.83
No sirve como mujer (para procrear)	3	6.25
No sirve sexualmente	1	2.08
Para nada sirve	1	2.08

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

*Se refiere a consecuencias del tratamiento como incontinencia urinaria, colostomía. Dos de las usuarias aquí incluidas no aceptaron recibir tratamiento.

Luego de todo el proceso que han sufrido, es de suma importancia hacer énfasis en la valoración que ellas mismas realizan de su estado actual ya que, dos terceras partes del total de entrevistadas, consideran que “está muy bien”. De las restantes, el 14.58% considera que el tratamiento recibido “le impide se la misma

que antes” el 12.5% manifiesta que “tiene molestias”. Entre estas dos últimas categorías se encuentran personas que presentan “incontinencia urinaria” y “proctitis actínica” principalmente. E 6.25% corresponde a usuarias que rehusaron recibir tratamiento médico.

Al solicitarles su criterio respecto a la existencia de impedimentos para la realización personal que pudiera tener una mujer, como consecuencia del tratamiento recibido por una lesión similar a la de ellas, el 20.83% contestó afirmativamente e indican que le impedimento principal es para realizarse “como esposa” en referencia a la actividad sexual; sin embargo, cabe destacar que entre ellas se encuentran pacientes que no han tenido relaciones sexuales por “temor a hacerse daño”, o bien, por no tener compañero sexual. Entre las que contestaron afirmativamente, el 18.75% se agrega que también tiene impedimento para realizarse “como mujer” en el amplio sentido de la expresión, es decir, problemas para la realización de las actividades (física, sexual, laboral, maternal, familiar y social) que normalmente realizaba antes de ser tratada médicamente. Además, solo el 8.33% considera que, el tratamiento a que fue sometida, le impide incorporarse a la masa laboral del proceso productivo y un porcentaje todavía menor cree que su impedimento reside en su realización como madre, al no poder procrear.

Es importante resaltar que los impedimentos, para una satisfactoria realización personal que manifiestan tener las entrevistadas, son un factor altamente significativo, debido a que sus repercusiones pueden generar frustración a nivel emocional, conyugal, familiar y social, afectando de esta manera la estabilidad integral de la usuaria y su familia, pero fundamentalmente de su esfera conyugal.

Al indagar sobre la percepción de las entrevistadas acerca de su autoimagen, es satisfactorio encontrar, según el mismo cuadro en mención, que el 68.75% tiene una autoimagen positiva, entre ellas el 47.92% se considera “igual que antes”, el 14.59% asegura ser “más positiva” y el 2.08% “mejor que antes”. Solo una persona aclaró sentirse “igual con limitaciones” y otra, aunque rehusó recibir tratamiento médico, expresa el positivismo en referencia a su autoimagen.

Quienes tienen una autoimagen negativa alcanzan apenas el 31.25% y la razón de la mayor parte de ellas (20.83%) es tener limitaciones importantes que obedecen a consecuencias del avance de la enfermedad y del tratamiento recibido como son “incontinencia urinaria y colostomía”, además, en este grupo se encuentran dos de las usuarias que no recibieron tratamiento médico y su estado general se ha deteriorado considerablemente. De las restantes con autoimagen negativa, el 6.25% considera que “no sirve sexualmente” y “para nada sirve”.

Cabe hacer énfasis en la importancia que tiene la percepción de la autoimagen, ya que es un factor que en gran medida perfila el futuro de una persona y a su vez la motiva, o desmotiva, a fortalecer su personalidad y a enfrentar el proceso de recuperación, asimilación y adaptación a su medio familiar, social y laboral.

Lo anterior es de considerar ya que la mujer al tener un problema de salud como el que nos ocupa, no solo debe enfrentarse a la incertidumbre de lo que va a pasar en ellas al recibir el tratamiento, sino también a la gran cantidad de creencias

populares que, con mucha fortaleza a nivel social, se han convertido en mitos alusivos al aparato reproductor femenino cuando la mujer ha requerido tratamiento médico ginecológico. Además, el sexismo, como lo define Guzmán, “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” (1994: 5) juega el papel muy importante en el ámbito personal, familiar y social de la mujer que se enfrenta al padecimiento de cáncer ginecológico.

Al respecto, el cuadro N° 6 revela que el 75% de las entrevistadas creían “que se moriría pronto”, así mismo el 68.75% consideraba “que quedaría hueca” y “que no serviría como mujer a nivel sexual y por no poder tener más hijos”. El 62.50% tenía muy claro “que tendría muy claro “que tendría menor satisfacción sexual”. En cantidades siempre importantes, el 60.42% y el 58.33% respectivamente creían “que el esposo no las querría igual” y “que la mujer operada no vale lo mismo” por considerar que la mujer sin útero no puede cumplir “la única” función pro la que está en este mundo, la procreación. Además, e 43.75% consideraba “que se avejentaría muy rápido” y el 31.25% creía “que se le caería el cabello”.

CUADRO N°6		
OPINIÓN DE LAS USUARIAS PORTADORAS DE LESIÓN CANCEROSA GINECOLÓGICA SEGÚN CREENCIAS Y TEMORES ANTE EL TRATAMIENTO REQUERIDO		
1996		
CREENCIAS/CONSECUENCIAS	ABSOLUTO	RELATIVO
Que quedaría hueca	33	68.75
Que no serviría como mujer (procrear y sexual)	33	68.75
Que tendría menor satisfacción sexual	30	62.5
Que el esposo no la querría igual	29	60.42
Que la mujer operada (sin útero) no vale lo mismo	28	58.33
Que se moriría pronto	36	75.00
Que se le caería el cabello	15	31.25
Que se avejentaría muy rápido	21	43.75
TEMOR ANTE EL TRATAMIENTO	47	
Si tuvo temor	11	97.92
A que fuera más serio de lo que creía	21	22.92
A una muerte pronta	5	43.75
A morir por la anestesia	5	10.42
A recibir el tratamiento de cobaltoterapia	3	10.42
A morir “podrida”	1	6.25
A quedar “hueca”	1	2.08
A contagiar a la familia	1	2.08
No tuvo temor	1	2.08
Confió en Dios		2.08
EXISTENCIA ACTUAL DEL TEMOR ORIGINAL	12	25.00
Si continúa con temor	3	6.25
Falta de información, inseguridad	7	14.59
Temor a otra cirugía, a anestesia, a morir	1	2.08
No tiene interés en curarse	37	77.08
No continúa con temor	7	14.58
Porque se siente muy bien	25	52.09
No era tan serio como creía	4	8.33
Esta más optimista y tranquila	1	2.08
Ha confiado en Dios		

Fuente: cuestionarios aplicados a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer ginecológico en el Servicio de Ginecología del Hospital México.

Por la lista que proporciona este cuadro y por los porcentajes que alcanza cada una de las creencias que tenían las pacientes antes de someterse al tratamiento médico, puede palpase como la fuerte convicción popular les hace pensar que lo que les dicen en cierto, sin repara en su individualidad personal ni en el tipo y avance de su lesión cancerosa generándose, a sí mismas, una atmósfera negativa.

Ninguna de las creencias debe verse a la ligera, pues todas y cada una de ellas encierra una gran problemática que altera su relación a nivel social, familiar y conyugal. Pues, como bien lo expone Guzmán.

“...el familismo fomenta la invisibilización de los roles diversos que desempeñan las mujeres en la sociedad...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...” (1994: 4,5).

Así, tiene serias repercusiones emocionales la mujer que se cosifica creyendo que es un instrumento en la sociedad, que solo sirve para traer hijos al mundo y para satisfacer al esposo en la relación sexual; lo peor de esto es que, al creerlo ellas y ser recalado por otras personas, la afección en el área sexual se multiplica y genera sentimientos y sensaciones negativas que alteran la esfera sexual de la mujer y, en general, de su pareja, fortaleciendo indirectamente el mito de que “su esposo no la quería igual que antes al no poder satisfacerlo”. Al respecto, una de las entrevistadas considera que “él tiene razón de tener otra mujer si yo ya no le sirvo igual”, expresión que encierra todo un conglomerado de sensaciones y autoestima negativa que no solo lesiona su integridad de mujer, sino que también repercute en su vida familiar y social. Lo cual, según Calvo (1993) es producto del papel de subordinación que desde la antigüedad se le ha asignado a la mujer siendo ella la que tiene la obligación reproductiva y de cumplir los mandatos del hombre al que debe servir y ante quien no tiene derecho alguno.

La creencia de “que quedaría hueca” es otra que conlleva un alto significado pues, creen que orgánicamente solo tiene el aparato reproductor y que éste lo constituye únicamente el útero, el cual creen que es muy grande y que, al ser extraído, su cavidad abdominal queda “como una caja vacía”; situación que asocian también con el nivel de satisfacción con la relación sexual, pues tienden a considerar que es el útero el órgano que la produce y, “al estar hueca nada siente ella ni su esposo es el acto sexual”.

Por otra parte, a pesar de que el tratamiento de quimioterapia, que es el que genera la caída del cabello solo se le aplicó al 6.25% del total de la población, el 31.25% de las entrevistadas creía que eso le sucedería, lo cual evidencia el nivel de confusión y la gran necesidad de información científica que requieren estas pacientes.

C. TEMOR ANTE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

Las entrevistadas consideran, en el 97.92% de los casos, que ante la enfermedad y el tratamiento médico sintieron temor. El indicado con mayor frecuencia (60.42%) fue el temor a la muerte: “a una muerte pronta”, “a morir por la anestesia” y a “morir podrida”, así mismo, más de una quinta parte del total temía que su enfermedad fuera “más seria de lo que creían”, aspectos que coinciden con el criterio de Cordera y Bobenrieth al indicar, en relación al miedo que experimentan los pacientes: “Sus preocupaciones máximas son: el miedo a morir solo, ser una carga para lo que lo atienden y miedo al dolor o a ser desfigurado. (1983: 68).

En la actualidad es significativo que solo el 22.92% manifiesta que continúa con temor por causa de su enfermedad y tratamiento médico, ya sea a otra cirugía, a la anestesia o a morir. Quienes consideran que no continúan con temor, más de la mitad aseguran que “no era tan serio como creían” y entre otras razones expresan “sentirse muy bien” y esta “más optimista y tranquila”.

Esto refuerza lo mencionado anteriormente respecto a que el ser humano como tal tiende a tomar más en cuenta los aspectos negativos que los positivos, así como también se inclina por creer que su dolencia es más seria de lo que en realidad es, situación que, como se indicó, genera inestabilidad emocional personal que se agudiza con la tendencia familiar y social, de etiquetar a la paciente en un nivel de minusvalía que le obstaculiza sus mecanismos de autodefensa y desarrollo personal lo que podría evitarse, en buena medida, si hubieran tenido acceso a información oportuna por parte del personal especializado.

En general, a pesar de lo bien que manifiestan las entrevistadas estar en la actualidad, todo el proceso ha sido un factor de alta incertidumbre y angustia respecto a su futuro. Al enfrentarse a su enfermedad su vida se resquebraja en la medida en que no saben qué pasará con ellas o si en realidad va a ser algo pasajero, se enfrentan a una situación familiar que pone en entredicho su estabilidad materna pues, algunas confiesan haber pensado a quien le dejarían sus hijos en caso de fallecer; otras se enfrentan a un esposo que no siempre manifiesta su apoyo y comprensión y, en alguna medida eso le incrementa su complejo de culpabilidad al no poder satisfacerlo sexualmente “porque es ella la que está enferma”.

Las creencias populares tienen una estructura sólida en el sentido de que, haya tenido o no la oportunidad de recibir información profesional, éstas siempre son recaladas en su ambiente social y se mantienen en ellas solapadas, a punto de emerger en cualquier momento ante la evidencia de la más mínima posibilidad.

Por otra parte, su “vergüenza² al asistir a la consulta ginecológica se puede disimular o superar pero no así su temor ante la exposición a un nuevo examen y la espera del resultado, por ello con frecuencia expresan tener periodos de insomnio, inapetencia, mal carácter, etc., en los días previos a su cita médica y, su angustia se incrementa ante la posibilidad de una llamada telefónica por parte del Hospital y todo ello porque en realidad no se ha superado ese temor, siempre está ahí, latente ante cualquier eventualidad que suceda con su salud.

D.CONCLUSIONES

La investigación revela que la mujer que se enfrenta a una dolencia de cáncer ginecológico experimenta una serie de vivencias nuevas y puede apreciar que en el seno familiar encuentra las muestras más apreciadas de apoyo, sobre todo proveniente de sus hijos y familiares cercanos, quienes, en algunos casos tienden a sobreprotegerlas y hacerles sentir, sin percatarse, algún grado de invalidez. El compañero, por su parte, tiende a mantenerse al margen de la situación familiar, propia de la estructura imperante en nuestra sociedad.

En el campo laboral se aprecia como las mujeres que están incorporadas a la fuerza productiva nacional, enfrentan crisis situacional asociada al proceso de diagnóstico y tratamiento, periodo en el cual ve afectada su capacidad de rendimiento y concentración de sus funciones.

En el plano conyugal, la realidad supera lo mitos; los esposos, luego de que la paciente recibiera el tratamiento, en vez de hacer abandono conyugal como asegura la sociedad, mostraron más interés, preocupación, comprensión, cariño, colaboración y, además, respeto por la abstinencia sexual. Los esposos que se salieron de ese marco fueron aquellos que portaban alguna patología social de importancia, como alcoholismo, drogadicto, etc. Y fueron las mismas mujeres las que tomaron la decisión de pensar en ellas, en su salud y terminar una relación que no les generaba beneficio alguno.

Bajo este panorama, las mujeres entrevistadas que tienen vida sexual activa consideran que la satisfacción en el acto sexual es igual o mayor que antes y solo un 5% de las entrevistadas aquejan problemas en esta esfera como consecuencia del tratamiento médico, situación que es altamente importante porque mina las bases de un fuerte mito de nuestra sociedad (aquel que asegura que la mujer tratada ginecológicamente no sirve, no siente, ni es capaz de propiciar satisfacción sexual a su pareja).

Así mismo, luego del tratamiento recibido, una importante cantidad de entrevistadas manifestó que éste fue más fácil de lo que creía, reconocieron en valores superiores al 58% que creían que morirían pronto, que quedarían huecas, que tendrían menor satisfacción sexual, que el esposo ya no la querría igual y que la mujer operada ya no vale lo mismo que antes, situación que es superada con su experiencia personal en el proceso de recuperación. De igual manera, reconocen tener ahora una autoimagen más positiva que antes y que el temor a morir y a la enfermedad, que en un principio tenían el 98% de las entrevistadas, ahora es compartido solo por alrededor de una quinta parte de ellas.

Cuando la paciente no tiene la posibilidad de demostrarse, y demostrar a la sociedad, que las afirmaciones anteriores son verdaderamente mitos que solo obstaculizan el proceso de atención de su salud, generan frustraciones a nivel personal, conyugal, familiar y laboral.

Toda esta gama de vivencias, se acepte o no, son muy reales para una gran cantidad de mujeres de nuestro país; además, aparte de las que sufren por cáncer, hay muchas otras que por diferentes razones ven extirpados o anulados sus órganos reproductores y, todas ellas requieren de un profesional que sea

capaz de enfocar integralmente su dolencia al realizar una intervención psicosocial que responda a las demandas, no solo de la mujer portadora de la enfermedad, sino también de su cónyuge y de su familia.

Con un enfoque de esta naturaleza se supera, al menos en lo posible, la frialdad del avance científico y tecnológico, muy propio de la estructura de medicina biológica que hasta el momento impera en nuestro país. Estructura tal que, al no considerar al cliente/paciente como miembro activo del equipo de salud ni la satisfacción de sus necesidades (emocionales y sociales), favorece el surgimiento de crisis situacional a nivel personal, conyugal y familiar generando desajuste emocional y disfunción en la relación socio familiar que, de no intervenir profesionalmente, puede generar angustia y depresión afectando negativamente el proceso de atención inmunológico y generar con ello el avance acelerado de la enfermedad.

Es aquí donde el profesional de Trabajo Social tiene una alta necesidad de capacitarse, no solo para superar esos mitos (ante los cuáles ha estado expuesto y a lo mejor ha asumido y reforzado directa o indirectamente), sino también para responder adecuadamente y así satisfacer las demandas psicosociales que a nivel personal, familiar, conyugal y laboral, enfrenta la población femenina afectada que no encuentra respuesta en otras profesiones.

BIBLIOGRAFIA

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

BEAUCHAMP, TOM L. Y MCCULLOUGH, LAURENCE B. (1987). Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona, España, ed. Labor, S. A.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL-MINISTERIO DE SALUD. sf. Manual de normas y procedimientos en patología cervical y colposcopia. Sección salud de la mujer. 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.

CHAVES QUIROS SEIDY MARIA. "Oportunidades y limitaciones para la mujer portador de lesión ginecológica-cancerosa- Diseño de un modelo de atención integral para la C. C. S. S. Tesis de maestría ULACIT, San José, Costa Rica, 1997.

DONABEDIAN, AVEDÍS. (1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, ed. La Prensa Médica Mexicana S. A. (tr. The definition of quality and approaches to its assessment).

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

JARAMILLO ANTILLÓN, JUAN. (1993). Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

MOYA DE MADRIGAL, LIGIA. (1993) "Conozcamos...Cáncer de cuello y de mama en Costa Rica", Revista Mujer, salud y desarrollo. Año 2, vol 1, N 4, San José, Costa Rica, pp. 19-24.

QUESADA CASTRO, RODOLFO (1994). "Dinámica demográfica y tendencias de la mortalidad en América Latina y el Caribe" Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social Vol. 2, N° 1, Primer semestre, N° 1, San José, Costa Rica, EDNASSS, p. 47-55.

RIGGIONI, RAYMUNDO. (1991). "Sexualidad y derechos reproductivos de la mujer". Mujer y Salud. Primer Foro Nacional. Colegio de Médicos y Cirujanos, Costa Rica.