



**E**l cáncer es en nuestros días, conjuntamente con el sida, un azote para la población a escala mundial. Generalmente su diagnóstico se relaciona con una sobrevida corta y es visto como sinónimo de dolor. Aún persisten muchos criterios erróneos en la población relacionados con esta enfermedad y su vinculación con el fracaso terapéutico, la muerte, la incapacidad y la desfiguración por pérdida de funciones, sin dar crédito a la posibilidad del individuo de intervenir en su propio proceso de salud-enfermedad.

Otro factor que influye en cómo se asume el diagnóstico es la comunicación o no de la enfermedad al paciente. Investigaciones realizadas en nuestro país revelan que la población en general, no desearía que se le comunicara su condición de enfermo de cáncer y ciertamente, en la práctica asistencial, se ha corroborado que la mayoría de los profesionales de la salud satisfacen ese deseo que consideran implícito.

En resumen, las personas siempre tendrán una percepción general de sus síntomas, por lo tanto la enfermedad tiene un carácter subjetivo en todos los estadios de su desarrollo y en la adaptación a la misma influirán básicamente: las características de personalidad, el tipo de comunicación establecida en la familia, las especificidades del tratamiento a seguir en términos de tiempo, su complejidad y efectos adversos.

Jennifer Middleton (psicóloga que trabaja hace muchos años con este tipo de pacientes) hace reflexiones interesantes en relación con esta enfermedad. Refiere que la persona con cáncer, tiene dos opciones: vivirla como una tragedia o aprovecharla para su crecimiento personal.

El trabajo con estos pacientes debe garantizar en lo posible, redes de

# Trenzando la esperanza

*Por Clara Pérez Cárdenas  
Jefa de Dpto. de Psicología  
Polic. Doc. Mario Escalona Reguera  
(Alamar)*

## MUJER

Ten en cuenta que la evaluación de tu cuadro depende directamente en gran medida del modo en que asumas tu vida desde el momento mismo del diagnóstico. La vida no termina ahí.

Es indispensable que te decidas a luchar por una vida con igual o mejor calidad. No dejes de ser profesional, obrera, madre, esposa, hija o hermana; cada uno de esos roles, siguen teniendo contenido propio y exigencias para tu desempeño con éxito y cada uno de los que te rodea necesitan de ti como siempre.

Piensa en esto y permíteles darte amor, pero garantízales recibir las muestras de cariño que habitualmente les has prodigado.

Acepta y cumple con responsabilidad el tratamiento, cualquiera que este sea; confía en la atención que recibes del grupo de profesionales que te atiende.

apoyo social, educando a cada uno para que sean realmente efectivos e impriman fuerzas al afectado para vivir con calidad. El apoyo será más beneficioso en la medida en que se brinde por diferentes vías, por ejemplo: visitas al domicilio por parte del personal de salud, encuentros entre personas con la misma afección y una organización adecuada del trabajo en grupo.

Por supuesto, las acciones no pueden dirigirse solo al enfermo, pues la familia también precisa de ayuda durante todo el proceso de la enfermedad. El tratamiento debe ser multidisciplinario y cada especialista tener bien establecido su rol. El alcance psicológico de este problema de salud es importante y está matizado por el miedo que la sociedad proyecta en el mismo, de ahí que, dentro del grupo de trabajo, el psicólogo ocupa una posición central.

Las pacientes aquejadas de cáncer de mama no escapan de estos elementos descritos. En estos casos, la recuperación se produce muy lentamente porque ellas se sienten doblemente

amenazadas: por la enfermedad en sí y por todo lo que culturalmente se trasmite de esta, como el temor al desenvolvimiento de la vida sexual de la pareja, no tanto por su propia satisfacción como la del esposo, que ahora pudiera sentirse desilusionado por la situación física de su compañera.

Básicamente por estas razones, hace alrededor de tres años me surgió la idea de realizar un trabajo asistencial en el área de salud que beneficiara directamente a pacientes aquejadas de cáncer, pues en la práctica profesional había identificado que en la Atención Primaria a estas, “faltaba algo”. Me daba la impresión de que las mamas se convertían en una zona vedada a la exploración del profesional, quien quedaba tranquilo por la atención de la paciente en el nivel Secundario de Salud.

En esta motivación por apoyar a estas mujeres jugó un papel protagónico una de las personas más allegadas: *mi madre*, quien murió lejos de mí, sin poder acompañarla durante su enfermedad, sin poder escuchar sus temores, ni apoyarla.

Tampoco en mi formación profesional afronté nunca esta experiencia, por lo que ahora se convertía en un reto que yo me imponía. Durante meses revisé bibliografía, preparé condiciones; pero realmente no sabía cómo empezar, por más que examinaba el asunto, “no arrancaba”. El detonante para iniciar esta labor fue el esposo de una mujer joven de 34 años que acudió angustiado al departamento de Psicología de mi policlínico buscando ayuda, porque su compañera estaba negada a continuar el tratamiento con citostáticos que le habían indicado y que tantas reacciones adversas le provocaba. Ellos no saben, ni sabrán, cuán importantes fueron para que este trabajo se iniciara.

Sentí miedo. De pronto estaba atrapada en un conflicto. Necesitaba dar respuesta a esa demanda asistencial, pero dentro de mí reconocía que no estaba preparada aún para asumir tal encomienda. Fue este el momento de convocar al Equipo Multidisciplinario de Atención a Pacientes Oncológicos, conformado por un especialista en Medicina General Integral, uno en Medicina Interna, un trabajador social, y una

enfermera, a los cuales les había transmitido la idea de asistencia con carácter integral en la propia comunidad. Fue así como N.F.T. se convirtió en la primera paciente de este grupo.

En este momento después de un año de trabajo, nos hemos dado cuenta de cuánto podemos hacer, cuánto apoyamos y orientamos a la familia en momentos críticos de la convivencia cotidiana con nuestras pacientes.

Las experiencias del Equipo Multidisciplinario de Atención a Pacientes Oncológicos creado en el área del policlínico Dr. Mario Escalona Reguera, en Alamar, Ciudad de La Habana, han demostrado qué importante papel juega cada miembro en la atención a estas pacientes y cómo puede irse modificando el protagonismo de uno y otro, según el estadio de la enfermedad, sin perder de vista que es básico el apoyo psicológico siempre y que todos los profesionales implicados deben estar preparados para responder a esta demanda permanente de las pacientes.

Es un trabajo con un costo emocional muy alto. Recuérdese que estamos a tiempo completo en el área de salud y llega a establecerse un vínculo muy fuerte con ellas y sus familias. Entre las mujeres atendidas en el año de trabajo del equipo, el 92.5 por ciento están aquejadas de carcinoma mamario. Es decir, se reproduce en nuestro universo de trabajo lo que se

## FAMILIA

Todos deben apoyarla en este difícil proceso de adaptación y para lograrlo con efectividad es recomendable no exagerar en demostraciones de afecto y cuidados hacia ella. Con actitud sobreprotectora solo se lograría dañarla. En nada le favorecería llevarla a asumir el papel de paciente en todo el sentido de la palabra.

Escucharla, compartir sus preocupaciones y facilitarle no lo que creamos que necesita, sino lo que ella realmente solicita, es una fórmula favorable a esta mujer y a la dinámica de las relaciones familiares.

observa en nuestra población en general en cuanto a la frecuencia de esta patología. Hemos podido corroborar que está cumpliéndose el programa de pesquijaje de cáncer de mama que se lleva a cabo en nuestro país, pues generalmente se hacen los diagnósticos por los autoexámenes realizados por las pacientes o por las mamografías; sin embargo, no es habitual que conozcan su diagnóstico y manejen las terminologías médicas, expresando frecuentemente, "lo que tengo no es nada malo", "tenía células que me quitaron con la cirugía". En general ellas desarrollan mecanismos de defensa de negación no solo ante el afrontamiento a este problema, sino también al tratamiento.

Es denominador común en estos casos encontrar uno o varios conflictos que han permanecido en el tiempo previos al diagnóstico de la enfermedad. Los más frecuentes fueron los problemas de pareja (comunicación no amplia, clara y directa, así como infidelidad), alcoholismo en algún familiar cercano (dígase esposo o hijo) y carencia afectiva por pérdida de algún familiar o figura parental importante, por ejemplo: un hijo con discapacidad internado en una institución especial, muerte de la madre, viudez repentina.

Todas tienen una vida sexual afectada, en ningún caso por rechazo de los esposos, sino por autoestima femenina deteriorada, al verse mutilada de una sección del cuerpo de tanta significación; las pacientes refieren sentir pena a mostrar su desnudez a su pareja, aunque sea de años. Muchas refieren que no fueron preparadas para una mastectomía.

En relación al tratamiento con citostáticos, el ciento por ciento de las pacientes refirió malestar anticipado. También reflejan altas defensas; ellas consideran que les pusieron los sueros "por prevención", "porque a todas nos los indican". Lo que

más verbalizan las pacientes es su "temor a las reacciones del suero, estando tan lejos de la casa"; preferirían recibirlos en el área de salud. Siempre dan a esta modalidad de tratamiento una valoración muy negativa, ya sea por la sintomatología que les produce (sequedad en la boca, vómitos, náuseas), como por el temor a tener que trasladarse desde el lugar donde reciben el tratamiento a sus hogares, distancias difíciles de recorrer con los malestares antes descritos.

En medio de estas condiciones aparecen en sus vidas un grupo de personas, generalmente especialistas que

vacidad, si ella no lo permite o no lo desea.


Después de un año de realizar este trabajo, nos atrevemos a asegurar que nuestras pacientes valoran la atención recibida en términos alentadores. Consideran que con nuestro trabajo en la atención primaria de salud, logran un ambiente verdaderamente familiar, pues estamos más cercanos a ellas y en esa misma medida tenemos la posibilidad de tener contactos, tanto en consulta, como en sus hogares e incluso durante sus gestiones cotidianas por la comunidad. Todo esto hace que exista una relación mayor y se sientan confiadas

para poder preguntar abiertamente lo que necesitan y quieran saber en relación con su enfermedad, con la seguridad de que serán escuchadas y que recibirán respuestas respetuosas, francas y sin apuro, vivenciando además que con nuestra intervención han logrado aliviar innumerables conflictos en todas las esferas de sus vidas.

Es importante destacar que la mayoría de ellas ha recurrido a otras fuentes buscando *control de la enfermedad*, dígase cultos religiosos, tratamientos de otro tipo (cromoterapia, biopreparados). Siempre se ha respetado el criterio de las pacientes, tanto para acceder a esos tratamientos colaterales, como para dejarlos si así lo deciden, pero no las hemos presionado ni abandonado.

Por último, es importante señalar que generalmente hemos recibido retroalimentación a través de las propias pacientes, reforzando nuestro trabajo en la comunidad con ellas y

sus familias.

Ha sido magnífico poder orientarlas, incluso para evitar expresiones verbales y no verbales de cansancio las cuales pudieran hacer sentir a nuestras pacientes como carga o molestias para todos. En última instancia, nuestro trabajo les ha posibilitado una más alta calidad de vida, en un período en que tanto la necesitan, ante todo por nuestra disposición de escuchar y acompañar siempre. 



las citan a consulta al Policlínico, o las visitan con cierta sistematicidad, o las llaman por teléfono a la casa, o incluso al trabajo y que en incontables oportunidades encuentran en su diario quehacer por el barrio. Esa es nuestra primera meta: acompañar a la paciente durante todo el proceso de vida, de manera que se sienta escuchada y acompañada y nunca sola, aunque cuidando de no invadir sus espacios y no irrumpir en su pri-