

TRABAJO DE REVISIÓN

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

ENFOQUE ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA SALUD-SOCIEDAD EN PACIENTES CON MASTECTOMÍA

My. Jesús E. Borbón Mendoza¹ y My. Abraham I. Beato Canfux²

RESUMEN

Se presenta una valoración socio-ética sobre los problemas psicológicos, familiares, económicos y laborales a los que están expuestas las pacientes con cáncer mamario y se les realiza mastectomía. El estudio realizado permitió corroborar cómo los problemas antes mencionados inciden de forma significativa en la vida de estas pacientes. Se confiere gran importancia al diagnóstico precoz de la enfermedad, la rehabilitación integral de estas pacientes y la función predominante que tiene la sociedad y el estado cubano en la búsqueda de una mejor calidad de vida de estas enfermas.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA MAMA/cirugía; MASTECTOMIA/psicología; MASTECTOMIA/economía; MASTECTOMIA/rehabilitación; CALIDAD DE VIDA; BIOETICA; CIRUGIA PLASTICA.

Las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos.¹

La pérdida de una o ambas mamas traen para la mujer sufrimientos de todo tipo, los cuales pueden ser variables en cada caso.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por la ciencia, la industria y las instituciones públicas y privadas de los países desarrollados del planeta, la guerra contra el cáncer se considera todavía un capítulo oscuro en la historia de la medicina científica.

Según el planteamiento de la profesora *Vidal Casero*, el cáncer constituye uno de los problemas de salud más importantes de su comunidad. Actualmente es la segunda causa de muerte después de las enfer-

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Plástica.

² Especialista de I Grado en Cirugía Plástica. Profesor Asistente.

medades cardiovasculares, pero pasa a ser la primera en las personas menores de 65 años de edad.²

En este medio la palabra cáncer es profundamente impresionante y estigmatizante. Al decir del registro nacional del cáncer, su ubicación en la mama de la mujer tiene una tasa de incidencia de 23,5 por cada 100 000. Con una población femenina de 4 millones de mujeres en la edad proclive a la enfermedad (entre 20 y 59 años), son de esperar 1 040 nuevos casos cada año. Este registro señala igualmente que cada 3 años habrá morbilidad de 1 058 casos, por lo que se deduce una mortalidad de 352 enfermas por año. Con este ritmo es fácil admitir el diagnóstico de 3 nuevos casos de cáncer femenino cada 24 h y una muerte en el mismo tiempo, lo que representa alta prevalencia en Cuba. Estadísticamente está demostrado que la localización en la mama de esta enfermedad es la primera causa de muerte en la mujer.³

El cáncer de la mama presenta diferentes características; es una enfermedad multifocal, multifactorial, polimorfa y heterogénea, se desarrolla y crece en un terreno individualizado, tiene expresiones biológicas concretas y fases bien definidas, por lo que reclama de un tratamiento selectivo. La aplicación de este exige el conocimiento de todos los medios acumulados y aprovechados contra el fundamento básico de la enfermedad.

El aprovechamiento de los recursos existentes sostenidos por los conocimientos adquiridos y la voluntad cada vez más creciente por erradicar o mejorar las expectativas de vida de estas pacientes, ha llevado a muchos científicos del mundo a no desear en la solución de tan grave mal.

Los recursos terapéuticos han ido desde la cirugía, radiaciones, ionizaciones, quimioterapia (hormonas y drogas

antitumorales), hasta más recientemente, la inmunoterapia.

La rehabilitación ha surgido como ciertamente expresa el doctor *Clark*, del Anderson Hospital de Houston, como una nueva dimensión en el tratamiento del cáncer. Es una extraordinaria compensación con múltiples oportunidades refrendada por los ensayos clínicos. Se construye una nueva silueta donde la psiquis y el cuerpo de la paciente armoniosamente adquieren una capacitación integral.³

La rehabilitación tiene por finalidad reubicar a estas enfermas dentro de la sociedad con el máximo de prerrogativas e integridad suficientes para que recuperen todas sus facultades en la fase de "curación", y en el peor de los casos, cuando la enfermedad progresa y la esperanza tiende a perderse, se encuentre protegida con todo el amor humano.

SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL

Como expone el doctor *Julio Suárez Jiménez*, en el período transcurrido desde 1989 hasta la fecha, Cuba ha sufrido una grave crisis económica como consecuencia de causas de origen fundamentalmente externo, que situó al país en uno de los momentos más complejos de su historia como nación independiente. El impacto de la crisis en los servicios de salud presenta retos de difícil solución en un país con un universal y gratuito sistema de salud, incluyendo servicios de tecnología de avanzada y una realidad en que el acceso a créditos externos por una parte y a mercados de medicamentos, insumos y equipos médicos por la otra, se dificulta por efectos del bloqueo, lo que encarecen y limitan su adquisición.⁴

Ante esta situación las autoridades del Ministerio de Salud Pública han definido las bases para un nuevo momento de reforma

sectorial dentro del proceso permanente de reformas del sector de la salud iniciado a partir del año 1960. Para ello, se identifican como objetivos alcanzar mayor efectividad y eficiencia en la gestión de la salud, mejorar la calidad de los servicios y garantizar la equidad y sostenibilidad del sistema, manteniendo su carácter público y universal sin acudir a fórmulas privatizadoras.

Como se expresa en la introducción, el número de mujeres que padecen cáncer mamario y que a su vez se les realiza mastectomía en este país, es elevado y gran parte de ellas se encuentran sin un tratamiento definitivo desde el punto de vista reconstructivo, por lo que se considera que el reto fundamental de esta especialidad, es promocionar e incorporar al sistema de salud cubano un programa nacional que permita dar solución a este creciente problema; sin embargo, se necesitan una serie de recursos materiales y tecnológicos que son altamente costosos en su adquisición, lo que limita de forma sustancial la aplicación de los métodos terapéuticos y quirúrgicos más avanzados. No obstante el disponer o no de los recursos materiales para la reconstrucción mamaria se considera de vital importancia la capacidad que tienen las pacientes para elegir o decidir el o los métodos de tratamientos. Esto forma parte de uno de los elementos básicos de la ética médica actual, que se define como el principio de la Autonomía; que no es más que la facultad que tiene una persona determinada para gobernarse a sí misma, no obstante, como se exponen por *María del C. Lara* y *Juan Ramón de la Fuente*, la decisión de una paciente en relación con una intervención médica se basa también en la información que ha recibido, la que estará sujeta a la capacidad cognositiva y volitiva para actuar de manera autónoma, sus expectativas de vida tanto social como familiar, así como

la esperanza de obtener una mejor calidad de vida.⁵

Independientemente de la actividad quirúrgica restauradora, estas pacientes necesitan un programa más integral e interdisciplinario en el que estén incluidos ginecólogos, cirujanos plásticos, psicólogos, fisioterapeutas, etc., además de contar con un alto nivel de comprensión de la familia y de la sociedad.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor *Jorge Psillakis* que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mamectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, autodesvaloración, etc; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar.⁶

En relación con este aspecto los autores *Francisco Perera* y *Mirtha Suárez*, plantean como la pérdida del órgano (mama), requiere adaptación psicológica y social de la paciente y sus familiares los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema.⁷ La terapéutica psicológica es diversa y va desde la psicoterapia individual hasta las terapias de grupo, las que ayudan a compartir problemas, sentimientos y soluciones. Participan además, pacientes con mastectomía recuperadas y adaptadas las que exponen sus experiencias, se discuten las formas en que se deben cuidar la mama afectada, el uso de prótesis, etcétera.

Por otra parte, el doctor *José M. Suárez Fernández* afirma que la mujer a la que se le realiza una mamectomía se afecta por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social.³

En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consulta se presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la enorme importancia que se le confiere al logro de una adecuada y eficaz relación médico-paciente, por lo que se debe tener presente los parámetros establecidos por *Lain Entralgo* quien plantea 3 aspectos: a) saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades.⁸

El libro de *Ética y Deontología Médica* refrenda como un elemento de elevada importancia en la atención médica, la relación médico-paciente que constituye una modalidad de relaciones interpersonales y está predeterminada por la necesidad que tiene el enfermo de ser atendido y la atención obligada del médico. Varios factores intervienen en dicha relación: la enfermedad del individuo que lo convierte en paciente, la técnica del médico, la personalidad de ambos y los papeles que desempeñan.⁹

PROBLEMAS FAMILIARES

La paciente y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad

y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que estas pacientes necesitan de las personas más importantes en sus vidas y sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema. Se debe tener presente además que la aparición de la enfermedad y su tratamiento pueden afectar el *status* social de la paciente por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía. Téngase en cuenta además que la enfermedad es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación tanto natural como posterapéutica.¹⁰

PROBLEMAS SOCIO-LABORALES

La incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes. Lo anterior se corrobora por *Bonadonna* y *Robustelli*, los que al discutir los problemas socio-económicos de estas enfermas plantean el posible rechazo por parte de la persona para quien trabajan, así como la falta de asistencia por parte de la seguridad social para la adquisición de prótesis y del reconocimiento de la necesidad de tratamientos rehabilitadores.¹¹

En esta sociedad los problemas planteados por los autores no se presentan, y existe un programa de asistencia y seguridad social equitativo y con particular atención a las personas con pérdida de la integridad

física. De ahí que el estado cubano cumple con uno de los principios éticos, el principio de la justicia, donde a una persona se le ofrece un trato justo, debido o merecido. Cualquier negativa a ofrecer un bien, un servicio o información a quien tiene derecho a ello, sería algo injusto. De la misma manera sería injusto imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido.

CALIDAD DE VIDA

En la literatura consultada el licenciado *Ubaldo González Pérez* y otros, explican que el término calidad de vida es de reciente aparición y ha sido divulgado principalmente dentro de las ciencias médicas. Pero el concepto donde está contenido refleja una antigua preocupación del hombre como medio para alcanzar el bienestar y la salud.¹²

Puede deducirse que este término es la expresión de un concepto mucho más amplio que el de su acepción puramente médica, el cual recoge las inquietudes del hombre acerca de cómo alcanzar una vida con mayor calidad y cuando esta no es idónea ni racional, puede dañar tanto la salud como el ecosistema.

Uno de los elementos básicos a criterio de los autores, para garantizar la calidad de vida necesaria de las pacientes con mastectomía lo es sin duda la rehabilitación integral de estas.

Según expresa *Vittorio Ventafridda* en el *Manual de Oncología Médica*, la medicina física y rehabilitadora es aquella cuyo objeto es la prevención, diagnóstico y tratamiento de las secuelas de los procesos patológicos, así como de los defectos congénitos y de las minusvalías adquiridas, utilizando para ello agentes físicos y medios rehabilitadores a fin de conseguir la obten-

ción por parte del individuo de sus capacidades físicas, psíquicas, laborales, económicas y sociales óptimas, según la entidad de la minusvalía. Se define como el tercer tiempo de la medicina, esto es, el tercer aspecto de la lucha contra la enfermedad.¹²

El significado de la medicina rehabilitadora se encuentra en la recuperación de la capacidad potencial que existe en un paciente inválido, incapacitado o inadaptado, mediante el estudio y aplicación de los diversos principios médico-quirúrgico, ortopédicos, fisioquinesiterápicos y de recalificación o calificación profesional que sean necesarios para que, independientemente del grado y la duración del déficit incapacitador o invalidante, el sujeto pueda utilizar al máximo sus capacidades.

La asistencia rehabilitadora debe ser multidisciplinaria, compuesta por un médico oncólogo, cirujanos plásticos, fisiatras, personal de enfermería, asistentes sociales y por un psicólogo. Es también importante la presencia de una persona cuidadosamente preparada y seleccionada que tenga la misma deficiencia física y que sirva de modelo positivo (identificación positiva).

Los tratamientos rehabilitadores deben llevarse a cabo, en la fase inicial, en centros adecuados dotados de los elementos necesarios para la fisioterapia y para la terapia del dolor, y cuyo objetivo es desempeñar el papel de filtro y unión entre el hospital y la comunidad.

La primera etapa de rehabilitación es el diagnóstico funcional de la minusvalía, es decir, el diagnóstico del daño funcional que se deriva de la enfermedad y la determinación de cuál será la capacidad funcional que le quedará a la paciente. Junto a la recuperación parcial o total de las funciones afectadas, se debe aprovechar al máximo las capacidades que le restan teniendo en cuenta a la persona como conjunto en función de su estado de salud. Importancia

tendrá a su vez, programar la asistencia domiciliar de estas enfermas.

Los mayores problemas de rehabilitación pueden clasificarse como físicos, psicológicos y sociales. Con la ayuda y el aliento apropiado la mayor parte de los pacientes aceptan y aprenden a adaptarse a los efectos invalidantes potenciales o reales de la neoplasia. Los déficit funcionales, las complicaciones y los posibles efectos locales de los tratamientos constituyen con frecuencia el objetivo principal de los esfuerzos del equipo rehabilitador. Estos déficit no influyen solo sobre las funciones motoras y sensoriales, sino también, alteran la percepción de su imagen corporal.¹³

El mejoramiento de los conocimientos sobre los signos y síntomas del cáncer mamario favorecen lo que para nosotros es la única forma de poder disminuir las

mastectomías, el diagnóstico precoz de la enfermedad.

El carcinoma mamario representa un problema de salud de elevada importancia con implicaciones económicas y sociales. Es cien veces más frecuente en la mujer que en el hombre y se acompaña de una alta morbilidad y mortalidad.

En un intento por disminuir su incidencia se le ha conferido particular valor al diagnóstico precoz de esta entidad, y se han desarrollado, sobre todo en los últimos 15 años, los exámenes sistemáticos en la población femenina mediante examen clínico, mamografía y termografía en mujeres asintomáticas; criterio que compartimos en toda su extensión y aunque desde el punto de vista económico puede resultar más costoso al sistema de salud, estos garantizan una mayor y mejor expectativa de vida.

SUMMARY

A socioethical assessment on the psychological, family, economic and working problems the female patients with breast cancer have to face after mastectomy is presented. The study carried out allows to corroborate how the above mentioned problems influence significantly on the life of these patients. Great importance is given to the early diagnosis of the disease, to the comprehensive rehabilitation of them and to the predominant role played by the Cuban state and society in the search for a better quality of life of these ill women.

Subject headings: BREAST NEOPLASMS/surgery; MASTECTOMY/psychology; MASTECTOMY/economics; MASTECTOMY/rehabilitation; QUALITY OF LIFE; BIOETHICS; SURGERY, PLASTIC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roa TT. Glándula mamaria: Conceptos generales. Indicaciones quirúrgicas. En: Coiffman F. Texto de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986: 955-77.
2. Vidal Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. Atención Farmacia 1999; 1(6):10-2.
3. Suárez Fernández JM. Actualización del tratamiento del carcinoma mamario. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985:320-28.
4. Suárez Fernández JM. El sistema de salud en Cuba: desafío hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pú 1997;23(1-2):5-16.
5. Lara MC, Fuente JR de la . Sobre el consentimiento informado. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):431-8.
6. Psillakis JM. Reconstrucción de mamas en pacientes mastectomizadas. En: Coiffman F. Texto Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986: 1019.
7. Perera F, Suárez M. Enfermedades de las glándulas mamarias. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996: 123-9.

8. González Menéndez R. La nueva dimensión en la relación médico-paciente en nuestros días. En: Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:105-11.
9. Menéndez Alonso D, Smith Smith VV, Ramírez Márquez A, Ortega A. Ética y deontología médica: Texto básico. La Habana; 1990:44-72.
10. Soriano J, Norat T, Arrébola J, Fleitas G. Algunas consideraciones en torno al cáncer. En: Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:165-72.
11. Bonadonna G, Robustelli Della Cuna S. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985: 418-42.
12. González Pérez U, Grau Ávalo J, Amarillo Mendoza MA. La calidad de vida como problema de la bioética: sus particularidades en la salud humana. En: Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:279-85.
13. Ventafirda V. Principios de la rehabilitación. En: Bonadonna G, Robustelli Della Cuna G. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985:972-8.

Recibido: 2 de noviembre del 2000. Aprobado: 27 de marzo del 2001.

My. *Jesús E. Barbón Mendoza*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.