

CHARO CUENCA

ONCO-PSICÓLOGA de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

“COMPARTIR LA EXPERIENCIA CON OTRAS MUJERES MASECTOMIZADAS ES UNA FORMA DE ENCONTRAR AYUDA ”



El cáncer de mama es el problema oncológico más frecuente entre la población femenina de los países occidentales. En nuestro país se diagnostica este mal a más de 15.000 mujeres cada año. Más de dos tercios de ellas logran esquivar a la muerte, una proporción que lleva años aumentando, debido, entre otros factores, a los avances científico-médicos, a la detección precoz que proporcionan las mamografías y a la mejora de la cobertura sanitaria.

Hoy se plantean necesidades diferentes para las mujeres afectadas por el cáncer de mama: conviven más tiempo con la enfermedad



y deben atenderse cuestiones no estrictamente médicas. De entre ellas, según lo manifestado por las mujeres diagnosticadas de esta enfermedad, se considera básico el servicio de atención psicológica, particularmente cuando el tratamiento ha incluido la mastectomía o extirpación del pecho afectado por el cáncer. Charo Cuenca, onco-psicóloga de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), es una de las especialistas que las diversas

organizaciones ponen a disposición de estas mujeres.

Hablamos con ella en la sede de AECC Navarra, comunidad autónoma pionera en el tratamiento del cáncer de mama y en la que el 90% de las mujeres invitadas a revisión] por las autoridades sanitarias acude, desde hace ya dos décadas, a realizarse chequeos voluntarios. Según Charo Cuenca, Navarra debe servir de ejemplo a otras comunidades autónomas: la atención psicoló-

gica inmediata se proporciona en Navarra en los propios centros hospitalarios.

“Es muy importante detectar cuanto antes si una mujer necesita ayuda, pero los problemas pueden surgir una vez se está en casa”, alerta Cuenca, que añade que siempre que se precise ha de procurarse un tratamiento psicológico a estas mujeres. Por su experiencia en el trato con pacientes y con personal sanitario que viven en relación directa con el cáncer, Cuenca considera que el perfil actual de la mujer mastectomizada hace que la ayuda psicológica sea clave y asegura que *“los resultados son muy alentadores”*. ➤

¿Por qué damos tanta importancia a la pérdida del pecho?

Al hecho de padecer cáncer, que es ya de por sí una situación muy dura de vivir, se suma la extirpación de uno o los dos pechos, una alteración externa y evidente del cuerpo, que nos recuerda la enfermedad y que, en cierta medida, la muestra socialmente. Pero es que, además, el pecho es una zona muy íntima, no es una pieza más de nuestra figura. En esa zona reside parte de la sexualidad femenina, es un lugar en el que se identifican las emociones, la sensibilidad y la maternidad. Incluso cuando se muestra en desfiles, en la playa o en el arte, se hace reconociéndole su importancia y su significado especial.

¿Cuándo se comenzó a percibir la necesidad de atención psicológica a las mujeres sometidas a masectomía?

Se valoró que, al término de tratamientos médicos inmediatos, las mujeres masectomizadas sufrían episodios de estrés, unidos a estados de ansiedad y depresión que no eran sólo consecuencia de padecer cáncer. El cuadro clínico era muy concreto en las mujeres que compartían la pérdida del pecho. Por eso se implantó una asistencia especializada que reforzara el tratamiento médico y que detectara, igualmente de manera precoz, síntomas de una depresión más allá del post operatorio.

¿Cuáles son esas alarmas?

Principalmente, el llanto, el insomnio, los cambios bruscos de humor, la dificultad para tolerar el reflejo de su imagen en el espejo y la pérdida de la libido, porque, como hemos dicho, el pecho es una zona muy sexual para la mujer. Los psicólogos de oncología colaboramos con el personal sanitario para hacer frente a estos cuadros e indicar el tratamiento más adecuado una vez se reciba el alta clínica.

¿Por qué se recomienda a las pacientes que participen en asociaciones o acudan a grupos de terapia o encuentro con mujeres masectomizadas?

Dado que se vive la alteración de una parte muy íntima de la mujer, que cambia su figura y su estética, y dado que se necesita la aceptación de esta nueva imagen, compartir la experiencia con otras mujeres es una forma de encontrar ayuda. En esos grupos se observa a otras mujeres que han pasado por lo mismo y se comprueba que una masectomía no es tan extraña y que no hay nada de lo que avergonzarse.

“Antes se practicaba una cirugía más preventiva. La de ahora es menos agresiva, y en esto tiene mucho que ver la psicología”

Todos conocemos casos en que se ha extirpado totalmente el pecho a una mujer con cáncer de mama cuando quizá no hubiera sido necesario.

Los avances que se han producido y se siguen produciendo en el campo de la medicina, de la cirugía y de la oncología son meteóricos, y la percepción es aún mayor si nos percatamos de que han ocurrido en pocas decenas de años. Antes se practicaba una cirugía más preventiva. La de ahora es menos agresiva, y en esto tiene mucho que ver la psicología.

Desde este campo de lo psicológico se ha insistido estos últimos años en que es fundamental ofrecer a las pacientes calidad de vida sin alterar su sensibilidad más allá de lo necesario, pues no hacerlo puede incidir negativamente en su recuperación.

¿Hasta qué punto recomiendan una cirugía estética posterior a la terapéutica?

Su conveniencia corresponde decidirla al oncólogo y al cirujano, naturalmente, junto con la paciente. Se comprueba si la prótesis y la intervención son viables e inocuas, y, a partir de ahí, la paciente decide. Sin duda, la cirugía estética puede ser una gran ayuda psicológica, y no sólo para mujeres jóvenes. También quien ha cumplido 60 años tiene derecho a que se le practique, pues sigue siendo una mujer que tiene un cuerpo al que quiere y cuidar.

Precisamente, aunque es la edad adulta la que registra una mayor incidencia de este tipo de cáncer, la mujer joven también está expuesta a la enfermedad.

Además de la pérdida del pecho, el tratamiento ocasiona pérdida de fertilidad. ¿Una razón más que justifica la asistencia psicológica?

Como consecuencia más del tratamiento que de la operación, lo habitual es provocar una menopausia anticipada. Y, efectivamente, ésta es otra de las razones por las que las mujeres masectomizadas, aunque no estuvieran en edad fértil, precisan de mayor atención, más allá del tratamiento oncológico.

Aunque representan sólo el 1% de los casos, también los hombres padecen cáncer de mama. ¿Para ellos supone el mismo golpe anímico que para las mujeres? Las consecuencias psicológicas son mucho menores para ellos, similares a las que pueden derivarse de otro tipo de cáncer.

¿Cómo pueden ayudar la familia y los amigos a una paciente?

Como con cualquier cáncer o con otra enfermedad grave, lo primero que desea y necesita la enferma es respeto y espacio para poder reaccionar. Se ha de permitir que exprese sus emociones, sean llanto o

enfado. Y aunque parece fácil apoyarlas, tendemos a la condescendencia y al engaño piadoso, y las personas necesitamos que se nos trate desde la inteligencia, que los familiares no se violenten al comprobar la debilidad de la enferma. A partir de ahí, hay que procurar darles apoyo y cariño.

La relación de pareja también puede verse afectada. Entre otras cuestiones, el espacio de las relaciones sexuales puede verse alterado.

Al principio, la persona enferma y, en menor medida, su pareja, quedan bajo un estado de ansiedad que desequilibra y provoca un periodo de despistes y de mayor sensibilidad. También surge la inapetencia sexual, derivada del tratamiento farmacológico o de la situación psicológica. Esto es normal. Sin embargo, lo que sucede en el caso de una mujer masectomizada es que la inape-

tencia puede prolongarse como consecuencia de la pérdida de autoestima de su cuerpo. Si no se mejora tras varias semanas de recibir el alta médica, es aconsejable acudir al médico de cabecera o comentar la situación con el equipo que se ha ocupado de la operación para que derive al paciente a un psicólogo.

¿La pérdida de autoestima se autoestima con la nueva imagen que la mujer ve reflejada en el espejo?

Cada persona es un mundo y reacciona como puede, por lo que todas las reacciones primarias son correctas y comprensibles. Algunas mujeres deciden en el hospital hacerse las curas ellas mismas, mientras que otras no soportan descubrirse y necesitan un lento proceso de adaptación para congraciarse con su nuevo cuerpo. Ahí la pareja, cuando existe, juega un papel fundamental: en la medida en que el otro miembro acepta ese

cambio, está reafirmando a la enferma, y para ella será más fácil afrontar este reto acompañada. Y puede ser la pareja quien aconseje pedir ayuda para ambos a un especialista. Es importante, porque a veces una misma niega su problema mientras acepta el de su pareja, y por lo general, suele ser más eficaz resolver las dudas los dos juntos, aunque pueda hacerse de forma individual.

Una vez en la consulta del psicólogo, ¿qué sucede?

El mero hecho de acudir a un profesional es una señal de aceptación de la nueva situación. Supone un paso más difícil para la mujer masectomizada que para su pareja. Para explicar su pérdida del apetito sexual, en ocasiones, la mujer pone como excusa que ya no gusta a los demás y, en especial, a su pareja, cuando eso normalmente no es cierto: ha podido modificarse la idea que tiene de sí misma y de su cuerpo, pero no tanto la que tienen los demás. Por eso es tan importante acudir a terapia si se dan estas dificultades, y recordemos que si bien en este cáncer la necesidad de apoyo psicológico es mayor, el índice de superación del problema es superior al de otros cánceres. ◀

