

LA MUJER FRENTE A LA ENFERMEDAD Y A LA MUERTE



Dr. Santiago Soto O.
Decano Facultad de Medicina, UFT

Síntomas más comunes de la mujer

Las enfermedades más frecuentes e importantes en la mujer, y no relacionadas con el embarazo, originan los siguientes síntomas: ciclos irregulares o ausencia de ciclos; coágulos con la menstruación; cólicos menstruales; cambios importantes en el estado de ánimo antes o durante el período (el llamado "síndrome de tensión premenstrual"); dolor de cintura: dolor durante la relación sexual (dispareunia); flujo vaginal; hemorragia menstrual abundante o muy larga; hemorragias genitales fuera del período menstrual; dolor abdominal bajo; esterilidad o infertilidad; manchado café al terminar el período menstrual; menstruación dolorosa (dismenorrea); náuseas, vómitos o mareos cuando va a llegar el período menstrual, y dolor mamario (mastodinia).

Muchas enfermedades causan síntomas inespecíficos y poco intensos a los cuales la paciente se acostumbra; por ejemplo, los fibromas uterinos, los quistes ováricos e incluso el mismo cáncer del ovario, distienden lentamente el abdomen y/o causan dolor de cintura, y no es raro que las pacientes se automediquen sustancias para "la digestión" y analgésicos hasta que los síntomas las obliguen a acudir al médico cuando la enfermedad ha avanzado bastante y ya es tarde para un tratamiento sencillo.

El diagnóstico de la enfermedad trofoblástica –tumor formado en lugar de un embarazo, y que puede volverse maligno–, usualmente se diagnostica cuando ya es muy tarde para el tratamiento, pues las embarazadas suelen practicarse la primera ecografía tardíamente. De allí que nunca será mucho insistir en que la primera ecografía se practique apenas exista la menor sospecha de embarazo. Lo mismo vale tener siempre presente que, ante la menor sospecha de estar embarazada, no debe practicarse ningún examen radiológico ni usar isótopos radioactivos.

Las hemorragias anormales son usualmente causadas por tumores, hiperplasias endometriales, cánceres, etcétera, que son tratadas equivocadamente con estrógenos, los cuales empeoran la enfermedad. De otro lado, si hay embarazo con hemorragia, por ejemplo por placenta previa, el bebé sufrirá los efectos de los estrógenos. Muchísimas pacientes han sido sometidas a colonoscopías, estudio radiológico de colon, con el diagnóstico presuntivo de "inflamación" del colon, mientras la causa de sus síntomas se origina en tumores uterinos, adenomiosis, endometriosis, etcétera, y han recibido el tratamiento equivocado. Este error implica que la enfermedad avanza y que no se han tomado las medidas terapéuticas correctas.

Muchas enfermedades presentan síntomas similares, o incluso no se manifiestan hasta que han avanzado demasiado. Por ejemplo, una enferma con dolor lumbar atribuido a patología renal, puede tener también fibromas en el útero, y éstos, a su vez, también pueden producir dolor de cintura. El curar lo primero no curará lo segundo, sin contar con que generalmente todos los

dolores de cintura son equivocadamente atribuidos a "enfermedad de la columna" y tratados como tales. Igualmente, muchos problemas abdominales crónicos son erróneamente tratados con antiparasitarios y "digestivos", correspondiendo, en realidad, a tumores uterinos y/o quistes ováricos, que continúan creciendo durante el tiempo del tratamiento equivocado. La intensidad con que se manifiestan las enfermedades es inicialmente débil, por lo que la sola consulta médica no las detectará. Usualmente, los exámenes de sangre, orina, glicemia, citología, etcétera, son insuficientes para establecer un diagnóstico certero. En los padecimientos de progresión lenta, como son la mayoría de tumores uterinos, quistes ováricos, infecciones, la enferma se acostumbra a sus síntomas e, incluso, llega a considerarlos normales.

El confundir a los tumores con el embarazo es frecuente, pues ambos pueden detener la menstruación y distender el abdomen. Sin embargo, el embarazo es un proceso normal mientras el tumor es una condición patológica, por lo que el diagnóstico equivocado es catastrófico.

Las hemorragias genitales tienen diferentes orígenes, a saber: problemas hormonales; endometriales; irritación del cuello uterino; tumores; placenta previa; amenaza de aborto, entre otros. Todas esas hemorragias simularán menstruaciones, confundiendo el diagnóstico. Desafortunadamente, estas hemorragias suelen tratarse a ciegas (sin exámenes), con estrógenos, con lo cual puede que desaparezca la hemorragia, pero se agrava el problema, pues los estrógenos estimulan el crecimiento de los tumores y especialmente del cáncer; o si existe embarazo no detectado, los efectos sobre el bebé son muy graves.

La mujer desempeña un destacado papel como educadora en la adopción de hábitos saludables dentro de la familia, marcando -desde la infancia- unas costumbres que tienden a mantenerse a lo largo de toda la vida. Por esta razón, su conocimiento acerca de temas como la repercusión de una dieta equilibrada y la realización de ejercicio en la prevención de enfermedades, alcanza una especial importancia.

Por otra parte, por sus características fisiológicas y sociales, la mujer está expuesta a una serie de enfermedades, algunas de ellas exclusivas de su sexo (cáncer de mama y del cuello de útero), así como alteraciones frecuentes en determinados momentos o etapas de su vida, en los que el organismo se ve sometido a cambios hormonales (embarazo y menopausia). Reconocer los síntomas y tomar las debidas precauciones constituyen también el mejor camino para preservar su propia salud. Ella depende, en gran medida, de un conjunto de decisiones personales que se toman día tras día y definen un comportamiento.

Está comprobado que un elevado número de enfermedades y dolencias se prevendrá mediante la simple adquisición y mantenimiento de hábitos saludables, que prolongan y mejoran la

calidad de vida y evitan muertes prematuras. Éstos son algunos de ellos:

- 1) La realización de ejercicio con regularidad, que genera múltiples beneficios tanto físicos (puesto que permite controlar el peso, evitando la obesidad y sus consecuencias) como psicológicos (al incrementar la sensación de bienestar). La actividad física ayuda a prevenir o retrasar la aparición de diabetes, enfermedades circulatorias y del corazón (angina de pecho e infarto) y trastornos de las grasas (colesterol, triglicéridos).
- 2) Seguir una dieta sana, que asegure el aporte equilibrado de todas las sustancias nutritivas esenciales, es una instancia básica para la prevención. La alimentación inadecuada está en el origen de las enfermedades del corazón (que aumentan con la hipertensión y con los niveles elevados de colesterol, asociados a comidas ricas en grasas y sal); cáncer (cuyo riesgo aumenta con dietas pobres en frutas y verduras), y diabetes y caries dentales (relacionadas con el consumo excesivo de azúcares, dulces y harinas), por citar sólo algunas. Aunque las características de una dieta sana varían según la edad, sexo, peso y estado de salud de cada persona, existen unas recomendaciones útiles para todo: aumentar el consumo de verduras y frutas y optar por los lácteos desnatados; disminuir el consumo de grasas animales (mantequilla, tocino, embutidos, carnes grasas, yema de huevo...), azúcar, dulces y harinas refinadas (no integrales) y evitar el alcohol.
- 3) Cuidar la higiene, tanto personal como de los alimentos. Una higiene insuficiente favorece las caries, enfermedades de transmisión sexual, gripe, tuberculosis y otros problemas de salud.
- 4) Controlar el exceso de estrés. El estrés en sí mismo no es perjudicial, puesto que es una reacción de adaptación ante las situaciones que se producen en la vida. Sin embargo, el exceso de estrés genera un estado que, con el tiempo, se traducirá en enfermedades como el infarto miocárdico o la angina de pecho, hipertensión, depresión, úlceras gástricas, trombosis cerebral, alergias, etcétera. Para combatir el estrés es necesario aprender a dosificar las obligaciones y valorar el tiempo libre.
- 5) Desarrollar comportamientos de auto-observación. La mejor manera de prevenir algunas enfermedades es la detección precoz, mediante la auto-observación y la realización de pruebas o chequeos médicos periódicos, cuando existen factores de riesgo.

Las enfermedades de la mujer

Cáncer de mama

Es el cáncer más frecuente y el que más muertes produce actualmente entre las mujeres. Sin embargo, su porcentaje de curación total es muy elevado, siempre que se detecte en las primeras fases de la enfermedad. Por ello, es muy importante aprender a reconocer los primeros síntomas mediante la realización de autoexploraciones periódicas. Al principio, conviene practicarlas cada dos o tres días, hasta que el paciente determinado se fami-

liarice con las características de sus propias mamas, que varían de volumen y textura a lo largo del ciclo menstrual. Luego, basta con hacer la autoexploración una vez al mes, aproximadamente una semana después de la regla, que es cuando éstas tienen un tamaño menor, por lo que resulta más fácil descubrir cualquier anomalía. Para realizar la autoexploración, hay que seguir dos pasos: observar y explorar.

Observa las mamas delante del espejo, con buena luz:

- Con los brazos caídos. Compruebe su aspecto: ¿Tienen su tamaño y forma habitual? ¿Su piel es lisa, sin arrugas ni asperezas? ¿Tienen alguna parte retraída? ¿Su borde interior está bien perfilado?
- Con los brazos levantados. Compruebe lo mismo y, además, si existe alguna diferencia entre las mamas y entre las axilas.
- Haciendo fuerza con los brazos hacia afuera, de modo que los músculos del tórax se tensen, observar si hay anomalías.
- Girando el cuerpo, con los brazos en alto. Se comprueba, de este modo, que el perfil de las mamas sea el de siempre.
- Muy cerca del espejo. Observar cuidadosamente el pezón (ver si ha cambiado de tamaño, está retraído, tiene costras o llagas o si sale líquido por él), frotarlo y ver si hay algún cambio. Comprobar si las areolas poseen el tamaño, color y forma habitual.

Palpar las mamas con la mano plana y los dedos estirados, presionando lentamente contra el plano duro del tórax. A continuación, la paciente debe tumbarse, imaginando que la mama está dividida en cuatro cuadrantes cuyo centro es el pezón:

- Palpación de la mama izquierda. Colocar primero un cojín bajo el hombro izquierdo y la mano izquierda bajo la cabeza. Palpar después con la mano derecha, con los dedos juntos y estirados, los cuatro cuadrantes de la mama izquierda.
- Palpación de las axilas. Se exploran lentamente, con la punta de los dedos, buscando la presencia de bultos, durezas, dolor.

Además de las auto-exploraciones periódicas, es conveniente que, a partir de los 40 años, las mujeres acudan al médico para realizarse una mamografía. En caso de antecedentes familiares (madre, abuela, tía o hermana que hayan padecido cáncer de mama), esta prueba debe realizarse mucho antes, puesto que el riesgo de desarrollar este tipo de tumor aumenta considerablemente.

Aunque el 95 % de los bultos hallados en el pecho no son cáncer, sólo analizándolos se puede determinar si son benignos o malignos. La curación total depende de la rapidez del diagnóstico y del tratamiento. Por eso, cuando se detecte un bulto o anomalía o haya cualquier sospecha, se debe acudir inmediatamente al médico.

Cáncer de pulmón

Aunque, en la actualidad, el cáncer de mama es el que más muertes ocasiona entre las mujeres, de mantenerse los mismos niveles de consumo de tabaco, será superado por el cáncer de pulmón en un plazo cercano a los diez años.

La tendencia experimentada en otros países avanzados se ha convertido en un importante aviso y ha encendido la luz de alarma. En 1990, como consecuencia de la adopción del hábito generalizado del consumo de tabaco por las mujeres, las muertes por cáncer de pulmón ya han superado a las muertes por cáncer de mama en países como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia o Noruega. La clara relación causa-efecto entre el tabaco y este tipo de cáncer indica que, allí donde las mujeres han intensificado su consumo, en 15 o 20 años más tarde, si no se adopta ninguna medida al respecto, se seguirá la misma tendencia.

Cáncer de cuello de útero

El cáncer de cuello de útero se supera con éxito cuando se interviene a tiempo puesto que, al tratarse de un tumor muy localizado, se puede extirpar en su totalidad. La única forma efectiva de prevenir este cáncer es mediante la realización de la citología cérvico-vaginal, que consiste en tomar una muestra de secreciones y células del fondo de la vagina y del cuello del útero y estudiarlas a través del microscopio. Esta prueba, que se suele realizar en la misma consulta del centro de salud, es indolora, rápida, sin riesgos para el paciente y muy precisa.

Todas las mujeres a partir de los 20 años, o antes, si mantiene relaciones sexuales, deben realizarse una citología vaginal con una frecuencia que debe ser, inicialmente, anual. Posteriormente, en caso de que los resultados sean normales, puede pasar a ser cada tres años. Ésta es la única manera, en la actualidad, de detectar a tiempo un posible tumor.

Otras enfermedades frecuentes en la mujer

Existen algunas enfermedades frecuentes en la mujer que tienen en común unas mismas medidas preventivas, basadas en la adopción de hábitos de vida saludables.

Osteoporosis

La osteoporosis, o descalcificación de los huesos, es una enfermedad que afecta a todo el esqueleto, al producirse una disminución de la masa y resistencia de los huesos. Aunque pueden padecerla ambos sexos, es mucho más común en la mujer, especialmente a partir de la menopausia.

La osteoporosis en sí misma no posee síntomas. Sin embargo, puede generar complicaciones, puesto que favorece las fracturas. Las más habituales son:

- Las fracturas de las vértebras, que pueden producir pérdida de estatura y dolor de espalda.

- La fractura de cadera, que es más grave. Casi todos los pacientes ingresan en un hospital, y un 90 % de los casos son operados. Un año después de la fractura, el 30 % han fallecido y los restantes, con frecuencia, quedan con secuelas, no valiéndose por sí mismos como antes.

Prevención de esta enfermedad a través de:

- El consumo de alimentos ricos en calcio (leche y sus derivados: queso, yogur). Tras la menopausia es conveniente que éstos sean desnatados, para evitar el aumento de peso y altos niveles de colesterol.
- La realización frecuente de ejercicio moderado (como caminar), evitando ejercicios en los que exista riesgo de caída y, por lo tanto, de fractura.
- La reducción del consumo de tóxicos, como alcohol, tabaco y café.
- El tratamiento con estrógenos (que son las hormonas que producen los ovarios antes de esta etapa) al llegar la menopausia; además, disminuye el riesgo de infarto y aumenta la calidad de vida de las mujeres. Debe seguirse bajo control médico, porque aún se discute el problema costo-beneficio, dado que estas hormonas pueden influir en afecciones cardiovasculares y tumorales.

Hipertensión arterial

Es el aumento de presión arterial de la sangre de forma permanente. Su importancia radica en los daños que produce sobre la retina, el corazón, los riñones, el cerebro y las arterias, en general.

La tensión alta es, además, uno de los principales factores de riesgo de infarto del miocardio y de trombosis y hemorragias cerebrales. La mejor manera de prevenirla es llevar una vida sana: cuidar la alimentación (comer verduras y frutas frescas y evitar las grasas animales), realizar ejercicio físico, controlar el peso, descansar y combatir el estrés y reducir la ingesta de sal.

Obesidad

Se considera que existe obesidad cuando el peso supera en un 25% el peso ideal. Aunque puede originarse por problemas hormonales, normalmente se produce simplemente porque se consumen más calorías de las necesarias y, al no quemarse, se acumulan en forma de grasa. La obesidad aumenta el riesgo de enfermedades como diabetes, cáncer o infarto. Se previene mediante una dieta ajustada a la actividad física y con la realización frecuente de ejercicio.

Diabetes

Es una enfermedad caracterizada por el aumento de azúcar (glucosa) en la sangre. Si no se sigue un tratamiento y no se controla adecuadamente la glicemia (nivel de glucosa en la sangre), se pueden producir lesiones irreversibles en ojos, corazón, riñones,

nervios, etcétera. La obesidad es el factor de riesgo más importante para el padecimiento de diabetes, sobre todo en el tipo que aparece en adultos, normalmente después de los 40 años.

Trastornos del aparato circulatorio

Son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción del infarto de miocardio y de la embolia pulmonar. Los trastornos más habituales son la arteriosclerosis, angina de pecho, tromboflebitis y várices. Su prevención se basa en evitar el consumo de tabaco, seguir una dieta equilibrada (con pocas grasas animales), evitar la obesidad, realizar ejercicio físico moderado con regularidad, no permanecer durante mucho tiempo de pie y controlar la hipertensión.

Depresión

En nuestra sociedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres. Las posibles razones son, principalmente, las diferencias genéticas, las presiones sociales a las que está sometida la mujer occidental y el choque entre los patrones educativos tradicionales (basados en el mantenimiento de unas funciones específicas para su sexo) y sus propias aspiraciones. La depresión presenta ciertos síntomas característicos que indican la necesidad de solicitar ayuda profesional:

- Tristeza y llanto fácil.
- Pérdida de interés general y de la capacidad para disfrutar.
- Pérdida de motivación, que hace que incluso las tareas y de cisiones más simples se conviertan en difíciles e imposibles.
- Fatiga total y absoluta.
- Inquietud y agitación.
- Pérdida o aumento de apetito (y consecuente pérdida o aumento de peso).
- Insomnio o sueño excesivo.
- Desinterés por el sexo.
- Pérdida de auto-confianza, que lleva a evitar el contacto con los demás.
- Irritabilidad.
- Sentimiento de ser una persona inútil, indefensa y desesperanzada.
- Pensamientos suicidas.
- Empeoramiento en algún momento del día, generalmente por las mañanas.

La mayoría de los pacientes pueden y deben ser tratados por su médico de cabecera, quien, dependiendo de sus síntomas, de la gravedad de la depresión y de las circunstancias de cada caso, sugerirá un tratamiento basado en alguna forma de ayuda para exteriorizar los problemas (psicoterapia), en fármacos antidepresivos o en combinación de ambos. También, corresponde al médico recomendar la visita al psiquiatra cuando se precise recibir ayuda más especializada.

Cómo llevar un embarazo saludable

En la actualidad, las mujeres llevan mejor su embarazo y tienen bebés más sanos que en otras épocas. Esto se debe al desarrollo de los conocimientos médicos y a la mejora de los equipos de atención sanitaria, pero el factor clave está en unos buenos cuidados durante el embarazo:

- Lo más importante es sospechar el embarazo lo antes posible para, a continuación, interrumpir el consumo de cualquier medicamento hasta consultar al médico.
- Evitar el tabaco. Si la paciente fuma durante el embarazo, el corazón del bebé no se desarrolla bien, se duplica su riesgo de muerte prematura, se incrementan sus problemas respiratorios y se le impide crecer normalmente.
- Evitar el alcohol. Su consumo durante el embarazo produce el síndrome alcohólico fetal, que hace que el bebé tenga bajo peso tanto al nacer como con posterioridad. El alcohol, además, puede producir daños en el cerebro del niño e, incluso, retraso mental.
- Es fundamental una buena alimentación. Es recomendable seguir una dieta rica y variada (que incluya pan, cereales, verduras, frutas, pescado, carne, huevos, legumbres y leche) y beber agua abundantemente. Una mujer embarazada necesita aproximadamente unas 2.300 calorías al día.
- Realizar ejercicio moderado, salvo que el médico advierta lo contrario. Es recomendable andar, nadar, pasear en bicicleta y realizar una rutina de gimnasia suave. No convienen ejercicios bruscos o con riesgo de caídas.
- Tratar de llevar una vida normal, descansando lo necesario. La actividad sexual se puede mantener si no existen complicaciones ni riesgos de abortos.
- Seguir los consejos y recomendaciones del médico.

Qué es la menopausia

La menopausia es el cese de la menstruación por efectos de la edad. Se considera que se ha producido cuando transcurren entre 6 y 12 meses sin menstruaciones. La menopausia se produce durante el climaterio, etapa de la vida de la mujer en que su organismo se adapta a la falta de hormonas sexuales, que suele producirse entre los 45 y los 55 años.

La menopausia es un proceso natural y, en consecuencia, no es una enfermedad. Sin embargo, se pueden prevenir los trastornos menopáusicos o tratarlos, cuando hayan aparecido. Sus efectos más frecuentes son sudoraciones, hormigueos, depresión, irritabilidad, insomnio, dolores de cabeza y osteoporosis. Para combatirlos es conveniente:

- Seguir una dieta equilibrada, pobre en hidratos de carbono y grasas, y rica en calcio y proteínas (leche, queso, yogur, carne o pescado).
- Limitar el consumo de café, alcohol y tabaco, que intensifican los efectos menopáusicos.

- Realizar ejercicio físico moderado (gimnasia, natación, bicicleta) para fortalecer la musculatura y disminuir la pérdida de calcio en los huesos. Seguir las recomendaciones terapéuticas del ginecólogo.

La mujer como paciente. Enfermedades crónicas y cómo las sobrelleva

Existen diferencias difíciles de comprender entre hombres y mujeres en lo que dice relación con morbilidad y mortalidad en la expresión de las enfermedades. Las causas de mortalidad entre las mujeres jóvenes son accidentes, homicidio y suicidio. En la edad cercana a los 50 años, el cáncer mamario es levemente la causa más común de muerte, por sobre la enfermedad cardiovascular y el cáncer pulmonar. En las mujeres mayores de 65 años, ya se aprecia como causas más frecuentes de mortalidad la enfermedad cardiovascular, el cáncer pulmonar y los accidentes cerebro-vasculares.

Se estima que las diferencias en morbilidad y mortalidad se explican en parte por factores psicológicos, tales como roles mal definidos, pobreza, participación en la fuerza laboral y en los estilos de vida. Resulta evidente, de otro lado, que la mujer tiene depresión, angustia, fenómenos de pánico y trastornos como bulimia y anorexia nerviosa, que son dos o tres veces más frecuentes que entre los hombres. La condición social de la mujer hace que las enfermedades se comporten de manera diferente, a veces más tórpido que entre los varones: la mayoría de las veces marginada en el trabajo; presas de la feminización de la pobreza; el 65% de ellas golpeadas por sus cónyuges; 12% de ellas acosadas sexualmente en el trabajo; 45% jefes de hogar; 20% de las mujeres de más de 65 años viviendo por debajo de la línea de la pobreza; 70% de ellas sometidas a impactos de presión psicológica en su vida familiar, etcétera.

Pareciera que el varón puede enfermarse tranquilo, reposar y tratarse con más soltura que la mujer, la cual, a pesar de su afección, debe seguir, frecuentemente, cumpliendo con las obligaciones familiares y con los deberes de estado. Si bien ellas se preocupan de que el cónyuge enfermo vaya al médico, se haga las exploraciones de laboratorio que el médico le ha solicitado y se tome su medicación, no es menos cierto que existe, entre un alto porcentaje de hombres, desidia respecto de su mujer, incluso no interesándose en la enfermedad de ésta y mucho menos aún en acompañarla al médico o a sus exámenes. La enfermedad de la mujer concita, en el cónyuge, una sensación de abandono, casi una traición hacia él, una suerte de soledad que lo aparta de ella. Es así como la mujer busca protección en el médico, estableciendo con este profesional una relación estrecha fruto de la cual el médico comienza a conocer el drama íntimo, inconfesable socialmente, en el que destacan el menosprecio del esposo, la opresión física y psíquica a que se somete a la mujer, la avaricia del esposo, el ser obligada a pedir dinero al marido cada día para los menesteres del hogar y ser forzada a la relación sexual

so pena de castigar a los hijos si ésta se niega. De esta relación médico - mujer enferma, ha nacido la estadística de la violencia intrafamiliar y de las disfunciones sexuales del varón que se empinan sobre un 52% en las estadísticas más optimistas.

Desde esta perspectiva, se comprende la génesis de este grave problema de la violencia intrafamiliar: el hombre, incapaz de cumplir su función sexual, ceda a su mujer, la somete a coacciones y aumenta el castigo a los hijos. El hombre afectado por esta disfunción sexual, a su vez, se siente menos varón y en el trabajo presenta rasgos de irritabilidad y menor rendimiento, se vuelve pendenciero, bebedor, falta al hogar los fines de semana, crea círculos cerrados de amigos, se deprime. La depresión, a su vez, tratada sin corregir la disfunción sexual, apareja mayor impotencia y se cierra un círculo vicioso dentro del cual los perdedores son la mujer y los hijos.

Sobrellevar una enfermedad no es grato para la mujer. Si no trabaja, y con el producto de su trabajo pueda comprarse las drogas necesarias para su alivio o curación, debe pedir. Poco a poco, se da cuenta de que el gasto en el que hace incurrir a su esposo provoca en éste resistencia o mal carácter o un trato poco cordial. Estas razones provocan que la mujer viva con dolor crónico o se trate a medias o, simplemente, no se preocupe por su afección basal, dando paso a morbilidad mucho mayor. La búsqueda de alivio la hace, después, pedir ayuda o amparo entre sus amigas y éstas le recomiendan medicinas alternativas que, está demostrado, no son una buena decisión en cuanto no promueven la curación con un grado de seguridad. Ni hablar de afecciones como la incontinencia urinaria, la craurosis vulvar, las diarreas crónicas, las enfermedades del mesénquima, que son enfermedades que estigmatizan al núcleo mismo del ser mujer, provocando rechazo por parte del cónyuge y depresión, angustia y pánico en la enferma.

El ser humano parece mantener una lucha permanente entre la vida (lo constructivo, lo amoroso) y la muerte (lo dañino, lo destructivo). La alternativa que plantea la psicología es ir haciendo el proceso de duelo ante las diferentes pérdidas y ante la enfermedad, que es un detrimento de la salud. Las mujeres sufren estadísticamente más depresiones. Una de las hipótesis que explica esta situación se refiere a que las mujeres se enfrentan a mayor número de pérdidas: la del hijo en el parto, la del flujo menstrual, la del himen, etcétera.

En la mujer, el desencadenamiento de su enfermedad produce verdaderos "momentos de ser". Éstos se distinguen de los "momentos de no-ser" que emergen de la médula misma de la vida cotidiana. Son momentos de choque violento, de horror específico y de derrumbe físico, todopoderosos, que actúan sobre ella como una fuerza aplastante.

La enfermedad hace marginarse a la persona y la lleva desde la ciudad de los sanos a la ciudad de los enfermos. La mujer

enferma, como el hombre, no sólo tiene temor y angustia por su afección, sino que teme abandonar la prole, dejar solo al hombre, y es víctima de un profundo rechazo hacia todo el que está sano, siendo presa de un aislamiento social, cultural y religioso que va erosionando su núcleo de seguridad. A diferencia del varón, que se convierte en luchador, la mujer se hace dependiente, afectiva y efectivamente, de la necesidad de mantener a su lado prole y cónyuge, desde los cuales busca obtener los medios para su curación.

El miedo es un tema del que no se habla o se habla poco. Pero es un síntoma que existe y que padecen, en mayor o menor grado, todos los enfermos. Los tratados de medicina suelen ignorarlo. Difícilmente, se lee que una enfermedad produce miedo. En cambio, sí se lee que puede provocar dolor, limitación de la movilidad o delirio. El miedo lo sufren todos los pacientes por la gran inseguridad que genera la enfermedad. Ella actúa sobre el espacio corporal y realmente el espacio corporal da seguridad, intimidad y libertad. La mujer es mucho más consciente que el hombre de este espacio corporal. Una persona enferma pierde su espacio corporal: se le introducen catéteres y sondas, se le inyecta, se le corta. Una persona con una enfermedad tiene miedo al futuro, al dolor y, sobre todo, a silenciarse sin poder compartir sus miedos, por la disminución personal que ello apareja.

La muerte y la mujer

Cualquiera sea la connotación asignable, una vez que la gente sabe que padece una enfermedad —y, muy especialmente, si la enfermedad es crónica—, se produce una serie de cambios que afectan la percepción de sí mismos y de la vida. Eso significa alteración en planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón es bastante simple: ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal, es esencial en la construcción y evaluación de la auto-imagen. Lo contrario representa un choque muy serio, que no solamente inhabilita, sino que también amenaza la visión normal que la persona tiene de sí misma y ello la hace sumamente vulnerable.

De modo que ajustarse a una enfermedad que potencialmente es una amenaza fatal, en realidad constituye un proceso que, amén de incapacitar, llena de incertidumbre. La adaptación también depende de las características de la enfermedad, máxime en aquéllas que provocan vergüenza, por cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal. Hay enfermos que deben usar ayudas exteriores muy visibles para la excreción fecal o urinaria y ello crea exageradas impresiones sobre el impacto social que tales ayudas producen. Suelen también ocurrir desajustes debidos a las restricciones que la enfermedad impone, a causa del temor desencadenado por los procedimientos médicos aplicados o las consecuencias a largo plazo del tratamiento que se sigue o, también, por efecto de la separación de la familia.

Es obvio que la aproximación del desenlace final no se experimenta hoy del mismo modo que en tiempos pasados. La idea de la muerte ha cambiado, como también el modo de morir. Hace unas cuantas décadas, cuando el enfermo sabía que se aproximaba el final, se le veía en su casa generalmente rodeado de sus familiares, más interesados los unos en asuntos 'prácticos', pero todos convencidos de que nada o muy poco podían hacer. La visita de un sacerdote acompañado de un monaguillo era algo inevitable, y el acto de la extremaunción indicaba que el asunto había escapado de las manos del médico. El impacto emocional de semejante acto sobre el enfermo y sobre la familia, simplemente sugería la presencia explícita de la muerte; con ella, la resignación.

En la actualidad, habida cuenta de los grandes avances de la medicina, cuadros etiológicos que antes terminaban en la muerte ahora son controlables y los enfermos considerados graves suelen vivir —en realidad, agonizando— períodos de tiempo más prolongados. Los progresos notables logrados en cirugía, en las técnicas de reanimación y en el trasplante de órganos, prolongan la hora final del desenlace, aumentando las expectativas de vida de manera francamente impresionante. Sin embargo, este encarnizamiento terapéutico también produce agonías muy prolongadas. Todo esto sugiere, por un lado, que enfrentar enfermedades irreversibles en pacientes terminales puede ser un ordenado proceso asignable a la tecnología médica para tratar de extender la duración del sufrimiento y, por el otro, que la resignación de antaño está siendo sustituida por la esperanza, que siempre será por la curación total y por una vida más larga, especialmente si el enfermo terminal es una persona joven. Esta manera de ver al enfermo terminal —como centro de una disputa encarnizada entre la vida y la muerte—, ciertamente ha hecho que la misma noción de 'muerte' cambie hasta asumir connotaciones sorprendentes. Pensar sobre una persona que agoniza, típicamente produce sentimientos de tristeza, junto con admiración por el trabajo que los médicos realizan, para mantenerla respirando. Conversar sobre las cualidades del enfermo moribundo ya no es tan importante, como hablar sobre las cualidades de una tecnología médica muy avanzada que se efectúa en el centro hospitalario o en la clínica.

Uno de los factores que afecta seriamente la manera como la persona enferma y su familia se adaptan a la enfermedad terminal, es la edad de la víctima. Cuando muere una persona de 80 años, la noción de 'muerte' pareciera ser más 'apropiada' que cuando muere una de 20. En este último caso, la muerte suele ser calificada como 'inoportuna' o prematura. En cualquier situación, adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés, que normalmente serán enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo, y entre los cuales se mencionan el apoyo social y el sentido de control personal. De un modo u otro, el enfermo y sus familiares más próximos se las arreglan para lograr una

adaptación razonablemente buena a la condición actual. Los viejos suelen pensar y hablar más sobre sus males y sobre su decreciente salud y aceptan que sus días de vida están por terminar. Cuando, además, realizan una evaluación de su vida pasada y encuentran que han obtenido cosas importantes, la dificultad para adaptarse a la enfermedad terminal es menor. No ocurre lo mismo entre los niños, la gente joven y de mediana edad, quienes siempre esperan la recuperación en medio de una gran ansiedad.

Se ha propuesto un modelo secuencial de cinco fases que es seguido por la gente en trance terminal. Sin embargo, la creencia de que el proceso de adaptación al acto de morir sigue tal secuencia, puede no ser absolutamente válida, pues en la mayoría de los casos las emociones y los patrones de ajuste fluctúan: unas personas pasan por una fase determinada más de una vez —rabia, por ejemplo—; otras experimentan distintas reacciones al mismo tiempo, y hay quienes parecen saltarse las fases. La misma evidencia parece indicar que las personas que alcanzan la etapa de 'aceptación' de una muerte inminente, suelen morir más pronto que quienes no la alcanzan. El modelo propone las siguientes fases:

Negación. Frente al diagnóstico de la enfermedad y ante el pronóstico de muerte, la persona se rehúsa a creer que el asunto tenga algo que ver con ella. El paciente terminal suele asumir que en alguna parte se cometió un error, que los reportes médicos están equivocados o que las pruebas clínicas se refieren a otra persona. La fase de negación suele movilizar a los pacientes a buscar una segunda opinión, pero muy pronto esta fase se desvanece para dar paso a otra de indignación, hostilidad y rabia. Esta condición se observa en hombres y mujeres, pero en la mujer es muy fuerte. Su condición de columna vertebral del hogar la lleva incluso a negar su enfermedad. Es poco frecuente que ella busque segundas opiniones. Generalmente, es la familia la que la obliga, a diferencia del hombre, el que resulta ser mucho más desconfiado de la figura del médico.

Rabia. De pronto, el paciente terminal se da cuenta de que su situación es realmente seria y entonces se convierte en una persona iracunda, unas veces plena de resentimiento hacia quienes lucen saludables y otras veces estallando en toda clase de recriminaciones y denuestos, echando la culpa de su situación a sí mismo, a la familia, la enfermera, el médico y a casi todo el mundo, Dios incluido. Esta fase puede superponerse a la anterior, exigiendo, especialmente del cónyuge, una conducta activa respecto de ella, de su amor, de su solidaridad. La mujer, mucho más creyente en Dios, raramente lo incluye en sus pesares y persiste en su creencia.

Negociación. En esta fase, el enfermo intenta alterar de algún modo su condición por la vía de un "acuerdo" que, generalmente, se establece con Dios. El paciente se abre a un rimero de pro-

mesas de cambiar, de mejorar, de hacer las cosas en lo sucesivo de modo diferente, que parecen ser la alternativa viable hacia su intenso deseo de mejorar. Esta fase pasa desapercibida en la mujer (por lo contrario, muy marcada en el hombre), ya que ésta no tiene o no le parece tener razones para cambiar o para hacer "mejor las cosas". De hecho, es el hombre el que, habitualmente, es el que somete a la mujer y/o a la familia, a situaciones estresantes o humillantes, a condiciones de carencia afectiva y económica, elementos que, después, le producen sentimientos de culpa que ante una enfermedad terminal son insoportables y le obligan a pedir perdón.

Depresión. Ocurre cuando los acuerdos no alteran el panorama y las promesas no funcionan. Simultáneamente, el tiempo se acaba. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas del pasado y las que no van a realizarse en el futuro. La traducción de todo esto es la desesperanza y con ella surge la fase depresiva. La mujer, mucho más afectiva que el hombre, puede que mire hacia atrás y recuerde o se dé cuenta de tanto dolor producido por el cónyuge, traiciones, situaciones de indignidad, violencia, engaños, incumplimiento de mínimas metas, desagrado o faltas de consideración de los hijos, hechos o circunstancias que hacen más dolorosa esta fase.

Aceptación. Cuando el paciente permanece enfermo durante largo tiempo, seguramente alcanzará esta última fase. La depresión deja de ser un problema y el enfrentamiento de la muerte podrá sobrevenir en calma y tranquilidad. El tipo de apoyo familiar ofrecido debe estar orientado hacia la cancelación final de sentimientos negativos y temores. Esta fase es común a hombres y mujeres. En el caso de la mujer, quizás, un tanto más marcada, sobre todo por la preocupación de los hijos o de los nietos.

En especial, como enfermo terminal, ella tiene necesidades de naturaleza física, psicológica y religiosa que deben ser atendidas. En el plano puramente psicológico, requiere seguridad —necesita confiar en la gente que la cuida y tener la certeza de que no será abandonada a su suerte—; pertenencia —necesita ser querida y aceptada además de comprendida y acompañada hasta el final—; consideración —quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas, que le sea ofrecida toda la ayuda necesaria y que pueda acceder a alguien a quien confiarle sus temores o sus preocupaciones—.

Así, la fase terminal comienza cuando el médico juzga que las condiciones del enfermo han empeorado y que no hay alternativas de tratamiento disponible para invertir o para detener el camino hacia la muerte. Es cuando suele iniciarse un tratamiento de tipo paliativo, generalmente encaminado a reducir el dolor y la incomodidad, pero que no debe entenderse como dirigido a resolver definitivamente la situación actual de la persona enferma. A partir de aquí, se plantean situaciones estresantes para el enfermo, que invaden también a la familia; de paso, las tensio-

nes involucran al equipo médico que, a juzgar por las creencias generalizadas, debe estar allí para salvar vidas.

Normalmente, en tales situaciones, las decisiones a tomar resultan ser todas muy difíciles. Es bastante seguro que el médico enfrente una serie de reclamos procedentes de distintas vías que le harán sentir la sensación de fracaso y que, irremediablemente, le llevará a distanciarse psicológicamente del enfermo terminal. Distanciarse significa que el médico y el resto del personal, en primer lugar, decidirán no preocuparse por las reacciones emocionales del enfermo y, luego, evitarán alarmarse por los evidentes cambios físicos que están ocurriendo, tratarán de ignorar el paso del tiempo (una dimensión que progresivamente se agota) y, al final, reducirán los niveles de ansiedad ante los signos que acompañan la proximidad de la muerte. Frente al enfermo que luce agonizante, siempre surge el temor de hacer o no algunas cosas. Nada puede ya garantizarse. Lo normal es que se tienda a aislar al individuo precisamente cuando más compañía y ayuda necesita. Una buena forma de intervenir en tales situaciones implicaría el empleo combinado de terapias farmacológicas y conductuales que alivien el dolor físico y el sufrimiento general y, al mismo tiempo, movilicen recursos psicológicos y espirituales del enfermo, capaces de facilitar, por lo menos, la percepción, interpretación y manejo de los síntomas.

El dilema de decir o no decir al enfermo que la muerte está próxima siempre ha originado controversias. Hay quienes sugieren que el paciente tiene derecho a saberlo —cuanto antes mejor—, pero siempre aparece en el seno de la familia alguien que piensa que lo mejor es no informarlo. Otros argumentan que tal dilema carece de sentido, porque el paciente terminal muy pronto reconoce que está muriendo y entonces lo mejor es convocarlo, junto a la familia, para ofrecer la explicación profesional necesaria y comenzar a prepararse psicológica y legalmente para lo inevitable. En realidad, lo que parece importante es evaluar los deseos del enfermo: algunos desean saberlo, otros no. Hay enfermos terminales que parecen tener menos dificultad que otros en el manejo de la situación. En algunos casos, será necesario ofrecer psicoterapia individual dirigida a ayudar al paciente a controlar la situación, cuestión que bien pudiera reducirse a escuchar lo que tenga que decir sobre sus asuntos pendientes, dar apoyo y reducir la ansiedad. La idea es lograr que el enfermo no se considere abandonado por su médico y que cuente con alguien que le visite, alivie su dolor y le ofrezca alguna clase de consuelo, de modo que la persona no se considere muerta antes de morir.

El otro dilema es decidir dónde morirá el enfermo. Hay quienes resuelven prodigar atención en el seno de la familia, lo que suele convertirse en una experiencia realmente avasallante. Pero la verdad es que, con algunas variaciones entre distintos países, la mayoría de las personas muere en hospitales, lo cual parece ser una buena alternativa, debido a que es allí donde está la mejor

experiencia para ofrecer el apoyo y los servicios que el enfermo terminal requiere. Básicamente, ello supone el ofrecimiento de una mejor 'calidad de vida', más enriquecida, mediante la prestación de cuidados generalmente dirigidos a reducir la incomodidad y el dolor; pero que también puedan cubrir las áreas psicosocial y espiritual. En el medio hospitalario, la 'unidad de cuidado' debiera estar conformada por el paciente y su familia. La verdad es que el cuidado de un enfermo terminal por su familia deriva en situaciones en las cuales cada individuo es afectado por todos los demás y, al mismo tiempo, por lo que ocurre en el enfermo. Esto implica que, de una u otra forma y en algún momento, todos requerirán cuidados institucionales, de manera que ya no se trata de planear modelos de atención únicamente dirigidos al enfermo terminal para el manejo de los síntomas y el alivio del dolor sino, más bien, enfocados a la atención de toda la unidad familiar.

La adaptación sugiere pasos que van desde comprender los niveles reales de gravedad y buscar información sobre el problema o los problemas que se manejan, hasta administrar cuidados médicos: control de dosis, aplicación de inyecciones. Supone, también, incorporar rutinas de actividad que funcionen de modo paralelo a las necesidades del enfermo. Requiere ofrecer apoyo instrumental y emocional o buscarlo cuando sea necesario. Exige planear sobre la base de dificultades no conocidas pero que puedan presentarse y, finalmente, sugiere concretar una perspectiva global de la situación, sobre la base de las disponibilidades que ofrece el entorno inmediato. Muy probablemente este último paso sea el definitivo en la toma de decisiones particulares en relación con cada enfermo en estado terminal. A este respecto, si el cuidado es en la casa de la paciente, son las hijas las que asumen el cuidado materno: medicamentos, alimentación, limpieza de la enferma, aseos de partes íntimas, cosa que los varones –incluido el esposo– no entregan porque no se atreven o por pudor. El cónyuge continúa con sus obligaciones laborales y los hijos varones no sienten afectadas sus vidas. En cambio, las hijas se entregan con más abnegación al cuidado de la madre. La mujer tiene, a causa de esta situación, una mayor sensación de abandono. El hombre, en esta misma condición, cuenta con el esmerado auxilio de las hijas sumado al de su mujer y esto le da la grata sensación de estar protegido y acompañado. En cualquiera de estas fases que se han descrito, la mujer y el varón enfrentan la muerte envueltos en la singularidad de la propia cultura, quizás estructurados por la fe y con muy diferentes sentimientos respecto de lo que se deja.

La singularidad de la cultura permite enfrentar la muerte con las angustias aprendidas de otras experiencias y con una fe que nunca es suficiente como para dar una verdadera paz en la entrega a un futuro desconocido y temido, porque hasta ahora la misericordia de Dios constituye un valor que el hombre común aprecia poco, y porque su propia soberbia lo lleva a no perdonarse a sí mismo, erigiéndose en un Dios castigador y homolo-

gando al Supremo Hacedor a esa imagen deletérea que provoca, en último término, la desesperada angustia del partir.

Un hombre con recta intención en el vivir y con la humildad de reconocer la misericordia de Dios, no debiera temer a la muerte. La mujer tiene una existencia más cercana a la muerte que el varón, porque la ha enfrentado en cada parto y la ha cercado en cada familiar que cuida, sintiéndola –temiéndola– en cada enfermedad de los hijos; posee más modestia en el pensar en la compasión de Dios hacia el ser humano.