

CÁNCER DE MAMA, POBREZA Y SALUD MENTAL: RESPUESTA EMOCIONAL A LA ENFERMEDAD EN MUJERES DE CAMADAS POPULARES¹

Rodrigo Sanches Peres²
Manoel Antônio dos Santos³

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las reacciones emocionales al cáncer de mama en un grupo de mujeres de clases populares. La muestra fue compuesta por 15 pacientes de una entidad de apoyo a las mujeres mastectomizadas. Datos obtenidos con una entrevista semi-estructurada se apreciaron de acuerdo con un sistema de clasificación que postula la existencia de cuatro categorías que se excluyen mutuamente: rechazo, estoicismo, aflicción y confrontación. Los resultados indican que el estoicismo fue la reacción emocional más frecuente en el grupo evaluado. La literatura científica muestra que el estoicismo puede contribuir a la reducción temporal del stress, pero que lleva gradualmente a un sentimiento de inutilidad que tiende a crear dificultades para el ajustamiento psico-social a la enfermedad y el tratamiento.

DESCRIPTORES: neoplasias de la mama; pobreza; salud mental; adaptación psicológica

BREAST CANCER, POVERTY AND MENTAL HEALTH: EMOTIONAL RESPONSE TO THE DISEASE IN WOMEN FROM POPULAR CLASSES

This study aimed to analyze the emotional response of a low-income group of women to the breast cancer. The sample was composed by 15 patients from a mastectomized women's support entity. Data were collected through individual face-to-face semi-structured interview. The results were appraised according to a classification system that postulates the existence of four categories mutually excluding: denial, stoicism, affliction and confrontation. The results obtained indicate that stoicism was the more frequent emotional response in the evaluated group. The scientific literature shows that stoicism can contribute to the temporary reduction of stress, but it gradually leads to a uselessness feeling which tends to make difficult the psychosocial adjustment to the disease and its treatment.

DESCRIPTORS: breast neoplasms; poverty; mental health; psychological adaptation

CÁNCER DE MAMA, POBREZA E SAÚDE MENTAL: RESPOSTA EMOCIONAL À DOENÇA EM MULHERES DE CAMADAS POPULARES

O objetivo do estudo foi analisar as reações emocionais ao câncer de mama em um grupo de mulheres de camadas populares. A amostra foi composta por 15 pacientes vinculadas a uma entidade assistencial de apoio a mastectomizadas. Os dados foram coletados mediante o emprego de roteiro semi-estruturado de entrevista individual e apreciados em conformidade com um sistema de classificação que postula a existência de quatro categorias mutuamente excludentes: negação, estoicismo, aflição e enfrentamento. Os resultados obtidos indicam que o estoicismo foi a resposta emocional mais freqüente entre as pacientes analisadas. A literatura mostra que tal reação pode contribuir para a redução temporária do estresse, porém, conduz gradativamente ao invalidismo que tende a dificultar o ajustamento psicossocial à doença e ao tratamento.

DESCRIPTORES: neoplasias mamárias; pobreza; saúde mental; adaptação psicológica

¹ Trabajo subvencionado por la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior; ² Psicólogo, Doctorando en Psicología, e-mail: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br; ³ Psicólogo, Docente, e-mail: masantos@ffclrp.usp.br. Departamento de Psicología y Educación. Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se caracteriza básicamente por la ocurrencia, en una de las estructuras que componen el órgano, de tumores malignos que se forman en virtud de la reproducción incontrolable de células que pasaron por un complejo proceso de transformaciones desordenadas y pueden evolucionar por extensión directa o diseminación como metástasis. Los principales síntomas locales son nódulos palpables y deformaciones, sobretodo protuberancias o retracciones, en la mama. También, secreción mamilar sanguinolenta y nódulos en las axilas pueden ser verificados ocasionalmente. Síntomas constitucionales tales como astenia, fiebre y adelgazamiento, también, componen el cuadro clínico⁽¹⁾.

En la actualidad la enfermedad en cuestión es del tipo de neoplasia maligna más común en la población femenina de diversos países. Además de eso, las tasas de incidencia aumentan a cada año como reflejo de la tendencia global a la predominancia de estilos de vida que fomentan la exposición a factores de riesgo. Las más recientes proyecciones del Ministerio de la Salud apuntan que solamente en Brasil, aproximadamente, 50.000 nuevos diagnósticos serían confirmados en 2006 y que el riesgo variaría de 38 casos en la región Centro Oeste a 71 casos en la región Sudeste por cada 100.000 mujeres. Por esa razón, el control del cáncer de mama se destaca como una preocupación creciente para los servicios nacionales de salud pública⁽²⁾.

En una serie de países desarrollados se verificó, en los últimos años, la reducción del tamaño promedio de los tumores mamarios y, consecuentemente, la disminución de las tasas de mortalidad por la enfermedad. Al final, el diagnóstico precoz aumenta el resultado del tratamiento. No obstante, el cáncer de mama todavía representa una de las mayores causas de muerte de la población femenina, sobretodo en las clases económicas menos privilegiadas. Eso ocurre porque debido a la convergencia de una serie de factores como bajo nivel educacional, carencia de informaciones y acceso restringido a las nuevas terapéuticas, en ese segmento de la población la práctica de la prevención secundaria es poco frecuente, inclusive en las naciones más ricas⁽³⁾. Además, entre los habitantes de un mismo país, que comparten de una misma cultura, se observa diferencias regionales importantes, en función de la clase social, de la edad, del género y de las actitudes, creencias y valores asociados a la salud y a la enfermedad.

En la literatura científica reciente se percibe que los estudios se han dirigido cada vez más para la

investigación de los factores psicosociales que estarían asociados a la dificultad del establecimiento del diagnóstico precoz del cáncer de mama. La mayoría de esos estudios apunta que, a nivel individual, creencias de comportamiento asociadas a la falta de información y a la percepción distorsionada de la enfermedad conducen, en mayor o menor grado, a evitar el auto examen de las mamas y restringen la demanda por la mamografía y por el examen clínico de las mamas en mujeres que viven en condición de pobreza⁽⁴⁻⁵⁾. Tal hecho puede ser comprendido llevándose en consideración que, a despecho de los actuales avances científicos en oncología, la palabra *cáncer* todavía es comúnmente vista en esa población como un sinónimo de dolor, sufrimiento, humillación, mutilación y muerte⁽⁶⁾.

Las creencias de comportamiento que dificultan la adhesión a los métodos utilizados en el diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres con menor poder adquisitivo también pueden influenciar la reacción emocional a la enfermedad y, así, comprometer sensiblemente la efectividad de las estrategias adoptadas por las pacientes en la lucha por la mantención de la propia vida⁽⁷⁾. Conocer tales creencias, por lo tanto, es indispensable para que los profesionales de la salud puedan evitar la descalificación de la experiencia popular del enfermarse y, así, encuentren medios de maximizar el alcance de sus intervenciones. Partiendo de ese principio, el presente estudio fue conducido con el objetivo de analizar las reacciones emocionales al cáncer de mama en un grupo de mujeres de baja renta. Tal propósito se justifica en fase a la escasez de investigaciones de esa naturaleza desarrolladas específicamente junto a esa población.

MÉTODO

Tipo de estudio

El presente estudio siguió un delineamiento descriptivo, transversal y cualitativo.

Marco teórico-metodológico

En un estudio clásico se definió una provechosa metodología para la evaluación del impacto psicológico del cáncer de mama. Las reacciones emocionales originadas por la enfermedad, en una muestra de sesenta y nueve pacientes, fueron evaluadas tres meses después de la ejecución de la terapéutica quirúrgica. Cinco años

después, esas respuestas fueron relacionadas al curso del tratamiento. Los resultados obtenidos apuntan que había una cantidad mayor de mujeres libres de la enfermedad entre aquellas que reaccionaron al cáncer de mama con negación o demostraron espíritu de lucha, de que entre aquellas que respondieron con aceptación estoica o sentimientos de desamparo. Además, sugieren que la movilización afectiva precipitada por el contacto con la realidad del diagnóstico se estructura sobre una red de creencias de comportamiento que sustentan determinados comportamientos de busca de salud⁽⁸⁾.

La referida metodología consiste en un sistema clasificatorio que postula la existencia de cuatro categorías mutuamente excluyentes de reacciones emocionales al cáncer de mama, a saber: *negación*, *estoicismo*, *aflicción* y *enfrentamiento*. La categoría *negación* se refiere a las respuestas que muestran una disociación de las experiencias psicológicas despertadas por el diagnóstico frecuentemente acompañadas de una actitud evasiva o de indiferencia. La categoría *estoicismo* comprende las reacciones emocionales basadas en la creencia de que se debe soportar heroicamente el sufrimiento. En ese caso, la enfermedad puede ser vista como una prueba que debe ser aceptada pasivamente o como un desafío a los límites humanos delante del cual nada resta a hacer a no ser conformarse.

En la categoría *aflicción* son clasificadas las respuestas que indican que el sufrimiento emocional vivenciado por la mujer en función de la enfermedad es demasiado intenso y sobrepasa los recursos de adaptación que ella es capaz de movilizar para contenerlo. Finalmente, en la categoría *enfrentamiento* son clasificados aquellos comportamientos, sentimientos y pensamientos que denotan una actitud de buscar confrontar directamente la situación. Vale destacar que se supone que el enfrentamiento focalizado en el problema es un recurso de adaptación positivo, al contrario del enfrentamiento centrado en la emoción, el cual caracterizaría las tres primeras categorías del sistema en cuestión.

Casuística

La población del presente estudio fue compuesta por cuarenta y dos pacientes que, en el período comprendido por la investigación (de Marzo a Diciembre de 2006), estaban inscritas en una entidad asistencial dirigida al soporte social a mujeres que

realizaron una mastectomía. La muestra fue compuesta por 15 pacientes seleccionadas que atendieron los criterios de inclusión definidos por los investigadores, o sea, que: a) sumaban de treinta a ochenta años de edad; b) habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama hacia por lo menos tres meses; c) no presentaban antecedentes psiquiátricos o sospecha de déficit intelectual; d) no presentaban evidencias de recidivas o metástasis y e) poseían renta familiar de hasta dos sueldos mínimos.

El promedio de edad de las participantes del presente estudio fue de 57,5 años con amplitud de variación de los cuarenta y nueve a los setenta y dos años. La Tabla 1 sistematiza una caracterización sociodemográfica de las mismas y apunta, a propósito de la ocupación actual, del estado marital y del nivel de escolaridad, respectivamente, que ocho pacientes eran dueñas de casa, nueve estaban casadas y siete no llegaron a completar la enseñanza fundamental. Además de eso, de entre las siete mujeres que ejercían alguna actividad remunerada, predominaron las ocupaciones de bajo prestigio social y que requieren bajo o ningún nivel educacional y de calificación profesional.

Tabla 1 - Caracterización socio demográfica de las mujeres con cáncer de mama. San Carlos - SP, 2006
Instrumento y materiales

Participantes	Edad	Escolaridad	Ocupación actual	Estado marital
1	49 años	Enseñanza fundamental incompleta	Limpiadora	Casada
2	58 años	Enseñanza media incompleta	Dueña de casa	Casada
3	66 años	Enseñanza fundamental completa	Dueña de casa	Casada
4	62 años	Enseñanza fundamental incompleta	Dueña de casa	Viuda
5	52 años	Enseñanza fundamental completa	Artesana	Unión libre
6	53 años	Enseñanza media Incompleta	Cocinera	Soltera
7	60 años	Enseñanza fundamental incompleta	Dueña de casa	Unión libre
8	55 años	Enseñanza fundamental incompleta	Dueña de casa	Casada
9	49 años	Enseñanza fundamental incompleta	Planchadora	Casada
10	57 años	Enseñanza fundamental completa	Dueña de casa	Soltera
11	64 años	Enseñanza media incompleta	Costurera	Casada
12	69 años	Enseñanza fundamental incompleta	Dueña de casa	Viuda
13	72 años	Enseñanza media completa	Auxiliar de enfermería	Casada
14	51 años	Enseñanza media completa	Promotora de vendas	Soltera
15	46 años	Enseñanza fundamental incompleta	Dueña de casa	Viuda

Instrumento y materiales

Para la colecta de los datos se utilizó un cuestionario semiestructurado de entrevista, un grabador y cintas de grabación. El cuestionario en cuestión enfatizaba los aspectos subjetivos relacionados a la apreciación que la paciente hace de su propia condición de salud y de las reacciones emocionales desencadenadas por la enfermedad. La opción por ese tipo de instrumento partió del principio de que un cuestionario semiestructurado sería capaz de viabilizar el examen de las reacciones emocionales suscitadas por el cáncer de mama, direccionando la investigación según determinados aspectos considerados de mayor relevancia por los investigadores y, al mismo tiempo, podría ofrecer a las participantes la oportunidad de configurar el campo de la entrevista conforme sus características individuales, auxiliándolas, así, a presentar, frente a las preguntas que les eran dirigidas, respuestas representativas de sus concepciones, valores y creencias⁽⁹⁾.

Procedimiento de colecta de datos

Las entrevistas fueron realizadas individualmente en situación cara a cara y gravadas en audio mediante el consentimiento de las participantes. Las conductas éticas preconizadas para investigaciones envolviendo seres humanos fueron integralmente observadas. A propósito, el presente estudio es parte de un proyecto más amplio, el cual contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la FFCLRP-USP. Todas las participantes formalizaron su anuencia con la investigación mediante firma de un término de consentimiento informado, que explicitaba sus derechos y enfatizaba el carácter voluntario de su participación en el estudio. Cabe señalar, también, que los investigadores arcaron con los gastos de transporte de las mujeres hasta la sede de la entidad asistencial, local donde se realizó la colecta de datos.

Procedimiento del análisis de los datos

Las grabaciones en audio fueron transcritas de modo integral y literal. Posteriormente, las reacciones emocionales al cáncer de mama referidas por las pacientes fueron clasificadas en cuatro categorías mutuamente excluyentes: negación,

estoicismo, aflicción y enfrentamiento, a partir del empleo de un sistema ya mencionado⁽⁸⁾. Con el intuito de evitar una eventual contaminación de los resultados, la aplicación del procedimiento de análisis de las entrevistas fue ejecutada independientemente por dos jueces especializados (psicólogos posgraduados). Las reacciones clasificadas de modo consensual fueron automáticamente aceptadas. Las discordancias fueron discutidas caso a caso por los investigadores con los jueces hasta que se alcanzó un acuerdo de consenso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que ocho de las quince pacientes (Participantes 1, 2, 3, 4, 6, 11, 12 y 15) encararon el cáncer de mama como una fatalidad delante de la cual la única actitud posible sería la aceptación pasiva. En esos casos, hasta mismo las pérdidas anatómicas decurrentes de la cirugía despertaron conformismo. Ese tipo de reacción emocional, sustentado por una creencia de comportamiento específica adoptada como una actitud de resignación, muchas veces se figura como un modo de sofocar emociones potencialmente desestructurantes, entre las cuales esta la indignación, la sublevación y la rabia por verse amenazada por una enfermedad que puede cortar su vida. Se observa, por lo tanto, que el *estoicismo* fue la reacción emocional más frecuente en la muestra en cuestión.

La necesidad de sofocar emociones precipitadas por el apareamiento de la enfermedad se torna comprensible llevando en consideración que la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama representa un importante trauma psicológico en la mayoría de los casos porque, como sustenta la literatura científica especializada, la enfermedad incide sobre el principal soporte simbólico corpóreo de la sensualidad y de la sexualidad de la mujer⁽¹⁰⁾. Además de eso, las consecuencias físicas y las repercusiones emocionales del tratamiento generalmente afectan a la imagen corporal, conduciendo, no en raras ocasiones, a rupturas en la identidad femenina. Desprovistas de la mama, muchas pacientes se sienten mutiladas de la parte que define su naturaleza. Por lo tanto, de acuerdo con lo que afirman diversos estudios, el cáncer de mama puede ser considerado como una de las enfermedades más temidas por las mujeres, independientemente de la clase social⁽⁶⁾.

La afirmación presentada a seguir ejemplifica como, en el discurso de una de las evaluadas, el estoicismo puede ser identificado.

En la hora yo quedé muy asustada. Solo que luego pasé [...] Porque nuestra vida ya está escrita, ¿no es verdad? Yo creo que todo es destino. Entonces, ¿que es lo que yo puedo hacer? Nada, ¿no es? (Participante 6).

La noción de "destino", que también surgió en las entrevistas como la expresión de la "voluntad divina", fue invocada en esos casos para justificar que, delante de lo que supuestamente le estaba designado ("escrito" en su *carma*), nada cabría hacer si no se conformar pasivamente. Algunas pacientes expresaban ese conformismo diciendo que se entregaron a las manos de una entidad superior o a las manos de los médicos, las cuales podrían supuestamente operar en conformidad con la "voluntad divina".

Reacciones emocionales de esa naturaleza tienden a conducir a una adhesión dudosa al tratamiento preconizado, pues, por más que la mujer consienta en seguir las conductas recomendadas, siempre habrá en su íntimo un espacio para la duda y la descreencia. Será que vale la pena se someter a tantas dificultades? Será que ese tratamiento es realmente la mejor solución? ¿Será que todo va a salir bien en el final? Cuestionamientos análogos a esos pueden surgir, dado que, si todo está predefinido por el destino trazado para cada una, la existencia de medios eficaces para influenciar el curso aparentemente irremediable de los acontecimientos sería poco probable.

Esa incredulidad también se manifiesta de un otro modo. Tres pacientes (Participantes 5, 9 y 13) demostraron que, cuando el diagnóstico fue confirmado, desconsideraron la gravedad de la enfermedad y, en función de eso, retrasaron el inicio del tratamiento. O sea, la enfermedad condujo, en esos casos, a la *negación*. Vale destacar inclusive que, tal como ilustra la afirmación presentada a seguir, una de las examinadas mencionó que, mismo después de haber concluido el tratamiento, dudaba de la malignidad de su tumor.

Yo hice la quimio y el tumor desapareció. Ahí yo creía que no era cáncer. Tanto es que no volví al médico cuando estaba fijada la cirugía. Yo solo hice la cirugía después porque me da cuenta que el tumor estaba volviendo. Solo que, para decirle la verdad, hasta hoy yo tengo mis dudas (Participante 5).

Notase, así, el descrédito del saber científico y de la autoridad médica.

La ocurrencia de ese fenómeno posiblemente se encuentra asociada a la condición de pobreza en que viven las participantes del presente estudio, una vez que, para personas de baja renta, estar enfermo significa perder el único recurso del cual se dispone para sobrevivir: la capacidad para el trabajo⁽¹¹⁾. Negar la enfermedad puede, así, ser una forma de mantener la rutina de quehaceres domésticos o actividades profesionales y favorecer la satisfacción de necesidades básicas como alimentación y vivienda. Además, frecuentemente se cree, en el contexto de las camadas populares, que "mujer no se puede dar el lujo de estar enferma", dado que cabe a la figura femenina un papel fundamental para la manutención del bienestar familiar, el cual muchas veces impide su propio bienestar.

Apenas los pacientes (Participantes 8 y 10) reaccionaron al cáncer de mama con *enfrentamiento*, pues buscaron activamente obtener informaciones sobre el propio pronóstico, no se rindieron delante de las dificultades inherentes al tratamiento, no se sintieron estigmatizadas por la enfermedad y no alimentaron resentimiento por la mutilación, u opresión por sentimientos de vergüenza. El relato presentado a seguir demuestra como, en el discurso de una de las mujeres, esa reacción puede ser identificada.

Yo le pregunté al médico como iba a ser. Fue la primera cosa que yo hice. Él me explicó derecho. Ahí yo hice todo lo que yo tenía que hacer. [...] ¿Sabe, que en el hospital yo conocí una mujer que no aceptó hacer el tratamiento? ¡Y ella no lo hizo mismo! Tanto es que se murió!. Eso nunca pasó por mi cabeza! (Participante 8).

La busca activa de informaciones junto a los profesionales de salud frecuentemente traduce el deseo de sentirse nuevamente en control de los acontecimientos de su vida. Ese sentimiento básico es parcialmente sustraído por la irrupción de una enfermedad grave como el cáncer de mama. Así, adoptar una actitud combativa y realista frente a la enfermedad puede tener un carácter compensatorio, esto es, representar una tentativa de reponer el autodomínio sobre aquello que le está sucediendo. Asumir ese tipo de postura frente a la propia enfermedad puede hacer la diferencia, determinando probablemente aquellas que sobreviven y aquellas que mueren por desconsiderar el peligro, como referido anteriormente en la evaluación de la reacción emocional presentada por la Participante 8.

Sin embargo, se resalta que para que se pueda enfrentar la enfermedad se hace necesario un

envolvimiento subjetivo con el propio cuerpo. La literatura científica apunta que, de modo general, en las clases populares los recursos físicos personales son utilizados en demasía en el trabajo⁽¹¹⁾. En contrapartida, poca atención es dedicada a las experiencias corporales fuera de ese contexto. O sea: una relación reflexiva con el cuerpo parece ser incompatible con su uso en el desempeño de actividades productivas. Ese raciocinio explicaría, al menos parcialmente, el hecho del *enfrentamiento* haberse destacado como una reacción emocional al apareamiento del cáncer, lo que no es común entre las participantes del presente estudio.

En dos casos (Participantes 7 y 14) se observó una movilización emocional acentuada durante la entrevista, lo que justifica la clasificación de la *aflicción* como reacción emocional predominante. Posiblemente eso ocurrió porque la perspectiva del retorno del cáncer era vivenciada como una amenaza eminente, análoga, del ponto de vista metafórico, a aquella que representa, en la mitología, la espada de Damocles. Angustia y sensación de persecución aparecieron en el discurso de esas participantes, monopolizando sus preocupaciones con una posible recurrencia del cáncer de mama, tal como se puede apreciar en el relato presentado a seguir.

Mira, nadie sabe lo que yo estoy pasando. Estoy asustada, desesperada! El médico dijo que la cirugía no es una seguridad. Yo pensaba que era solo tirar el tumor y ya. Solo que él dijo que puede volver en otro lugar. Hay un riesgo muy grande (Participante 14).

Algunos de los motivos asociados al predominio del estoicismo en el presente estudio son fácilmente discernibles teniéndose en vista que diversas investigaciones apuntan cuan perturbador puede ser el cáncer de mama. En una de ellas se constató que más de un cuarto de las mujeres diagnosticadas hacia un año cumplían los criterios para el diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico, sobretodo ansiedad, depresión y disfunción sexual, aunque en su forma leve⁽¹²⁾. Otra investigación reveló que cuatro en cinco pacientes experimentan reacciones de sufrimiento psicológico delante del diagnóstico y mitad de ellas con intensidad suficiente para ser consideradas portadoras de un trastorno psiquiátrico⁽¹³⁾.

Con todo, los resultados del presente estudio sugieren que en pacientes de baja renta la construcción de la experiencia popular de enfermarse es influenciada de modo específico por una asociación

automática entre el cáncer de mama y un doloroso proceso de deterioración física sin paralelo en la existencia humana. Tal asociación parece ser especialmente acentuada en esa población y, como ya mencionado, proviene esencialmente de la falta de información y de la aproximación emocional con el cáncer de un modo general. Además de eso, generalmente fomenta creencias de comportamiento que dificultan la adhesión a la prevención secundaria y, como consecuencia, impiden el diagnóstico precoz⁽⁴⁾. Es justamente por ese motivo que la clase social de las pacientes es considerada un importante factor de pronóstico en el cáncer de mama⁽¹⁴⁾.

Investigaciones indican también que la reacción emocional al cáncer de mama más frecuente, en la muestra del presente estudio, tiende a promover, en pacientes con tumores en diferentes localizaciones, la contención de esfuerzos cuyo empleo en las transacciones entre el individuo y el contexto serían potencialmente oportunos para la promoción de su salud física y mental. A pesar de que contribuye para la reducción temporaria del estrés, ese proceso conduce gradualmente a una *invalidez*, que se extiende mas allá de las limitaciones objetivas impuestas por la enfermedad y, así, puede comprometer el ajuste dinámico a las demandas inherentes a cada una de las etapas que se suceden, del diagnóstico al tratamiento⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Las reales implicaciones de esa *invalidez* para la salud mental de pacientes de camadas populares todavía son desconocidas, dado que las investigaciones que sustentan sus asociaciones con el estoicismo no fueron desarrolladas específicamente junto a esa población. Sin embargo, parece razonable pensar que, el fenómeno en cuestión, al promover un déficit en el desempeño de la capacidad productiva e intensificar la privación material, afectaría drásticamente el sentido de autoeficacia, o sea, la percepción de ser competente para la ejecución de actividades diarias diversificadas, en mujeres que viven en situación de pobreza. Al final, parece un proceso continuo y progresivo de alejarse del modo de producción capitalista vigente en el mundo globalizado.

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de que el número de pacientes escuchadas fue relativamente reducido, el presente estudio apunta que la reacción emocional de mujeres

de clases económicas populares al cáncer de mama puede estar relacionada a las consecuencias de la condición de pobreza, lo que frecuentemente incluye acceso limitado a las informaciones y a los recursos de tratamiento. Además, sugiere que, en esa población, estrategias de poca adaptación tienden a ser escogidas en el manejo de las repercusiones emocionales de la enfermedad y del tratamiento. Los resultados encontrados también corroboraron con evidencias que son frecuentes en pacientes con cáncer

de mama ciertos trazos de personalidad, como la tendencia a suprimir emociones, sobretudo la rabia, y de responder al estrés usando un estilo de enfrentamiento represivo⁽¹²⁾. Ciertamente nuevas investigaciones son necesarias, sin embargo los resultados refuerzan la notoria necesidad de programas multidisciplinares de educación en salud compatibles con el universo cognitivo y afectivo de mujeres de baja renta para la popularización de la prevención secundaria del cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional do Câncer (BR). Falando sobre doenças de mama. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1996.
2. Instituto Nacional do Câncer (BR). Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2006.
3. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2137-50.
4. Gonçalves SMCM, Dias, MR. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Estud Psicol (Natal)* 1999; 4(1):141-59.
5. Thomas SM, Fick AC. Women's health. Part II: individual, environmental and economic factors affecting adherence to recommended screening practices for breast cancer. *J La State Med Soc* 1995; 147(4):149-155.
6. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(2):149-54.
7. Lazarus RS. Coping with the stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1992; 44:11-31.
8. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979; 2(8146):785-87.
9. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Moraes; 1994.
10. Daune F. Aspects psychologiques du cancer du sein. *Rev Med Brux* 1995; 16(4):245-7.
11. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1989.
12. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res* 1987; 31(3):385-92.
13. Lovestone S, Fahy T. Psychological factors in breast cancer. *British Med J* 1991 May, 302(6787):1219-20.
14. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1):113-31.
15. Gimenes MGG, Queiroz E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG, Fávero MH, organizadoras. *A mulher e o câncer*. Campinas (SP): Psy; 1997. p. 173-96.
16. Alves LCA. Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer. *Psiquiatria Médica* 2000 [citado 2007 jan 03]; 33(4), outubro-dezembro 2000. Disponível em URL: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm.