

ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Clara Pérez Cárdenas¹

RESUMEN: El cáncer es una enfermedad que ha sido asociada a dolor y muerte. Como en cualquier paciente que sufre una enfermedad crónica, en estos enfermos, se alteran las relaciones del individuo enfermo con su medio, así como sus roles preestablecidos. Hay algunos cambios que pueden identificarse como comunes; por ejemplo, la inquietud que experimentan relacionada con su presente y su futuro, incluyendo la preocupación por la calidad de vida que podrán llevar. Por todo esto es importante el trabajo en equipo para poder abordar al paciente con cáncer de manera integral, con una visión biopsicosocial. Lo novedoso de nuestra propuesta es precisamente el hecho de llevar a cabo nuestra atención lo más tempranamente posible, cercano al diagnóstico de la enfermedad, para poder acompañar al paciente y a su familia en todo el proceso, buscando que gane en calidad de vida y apoyo, en el propio escenario donde se desarrolla la enfermedad, es decir, en la comunidad en la que vive. En este trabajo exponemos brevemente nuestro estilo de trabajo como grupo en el área de salud, que incluye 4 tareas básicas: capacitar a los equipos de salud en el tratamiento a estos pacientes, el diagnóstico psicológico a cada caso, la identificación de necesidades concretas de cualquier tipo de cada paciente y el trabajo con las familias para brindar apoyo y prepararlos incluso para el duelo.

DeCS: ATENCION AL PACIENTE/psicología; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

El cáncer es una enfermedad conocida desde las antiguas civilizaciones. Su nombre deriva de la palabra *kankros*, que significa cangrejo y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad "atrapan" y destrozan a sus víctimas".¹ Es una enfermedad con causas endógenas y exógenas, y el estrés facilita su surgimiento y evolución en la medida en que debilita el sistema inmunológico del paciente (González V.

Aplicación de un sistema psicoterapéutico a pacientes con cáncer. Trabajo de Diploma. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología, 1989).

El alcance psicológico de este problema está matizado por la connotación social que tiene. El temor que genera depende de la vivencia que provoca en el paciente de falta de control sobre la enfermedad ("no puedo hacer nada"), y las cifras de mortali-

¹ Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Profesora Asistente de la Facultad "Calixto García".

dad por esta causa; de ahí que su diagnóstico genere imagen de soledad y desamparo, mucho más en el caso del cáncer de mama, por el valor de esta como órgano sexual y las afectaciones frecuentes que se describen en esta esfera de la vida de las pacientes. (Rodríguez H. La desensibilización sistémica aplicada a pacientes neoplásicos con tratamientos quimio-terapéuticos. Trabajo de Diploma. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología, 1990) (Formigo B. Estudio psicológico longitudinal en pacientes atendidos en servicios de mastología del INOR. Trabajo de Diploma. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología, 1991). La depresión y la ansiedad son los síntomas frecuentemente encontrados en la anamnesis de estos casos, y siendo una vivencia personal no puede desprenderse de la connotación cultural.^{2,3} En la adaptación a la enfermedad influyen algunas variables como la edad del paciente, las características de su personalidad, así como el tipo de comunicación que tenga establecido con su familia, lo que determinará el grado de aproximación o aislamiento que tendrá a partir del momento de conocer su problema de salud y las características del tratamiento a seguir, dígase tiempo de duración, complejidad o efectos adversos (Abreu MT. Comunicación de diagnóstico al paciente con cáncer. Trabajo de terminación de la especialidad en Psicología de la Salud. Universidad de La Habana. Facultad "Calixto García" 1997).

En general, la población no desea que se le informe sobre su diagnóstico.⁴ Este elemento, asociado a inevitables experiencias de hospitalización, conspira en contra del paciente, por lo tanto el equipo que asuma su atención debe verlo en su integridad biopsicosocial. No pueden ignorarse las distintas etapas que atraviesa el paciente durante el proceso de su enfermedad y en todas tener en cuenta el control de síntomas y la comunicación con él.⁴

Desarrollo

La práctica profesional de varios años nos ha situado casi siempre (para no ser absolutos) ante la experiencia de observar una consulta, realizada por un Médico de Familia no pocas veces especialistas en Medicina General Integral, a una paciente mastectomizada. Es curioso ver, cómo en el examen físico se obvia la zona donde antes estuvo su mama, y hoy una cicatriz "visible" que tanto mueve su mundo emocional generalmente en sentido de la depresión y de la autoestima devaluada, sin una comunicación abierta y cara a cara con la paciente como la que se desarrollaría ante cualquier otra esfera dañada. Al observador le da la impresión de que la unidad biológica, es decir, el paciente, queda fraccionado, y que una parte del cuerpo (sus mamas) no son objeto de su investigación; es como decir que esa porción ya la atiende otro especialista (el oncólogo) en la atención secundaria y es de su sola competencia.

¿Qué hay detrás de esta actitud profesional? A nuestro juicio, el Médico y la Enfermera de la Familia no escapan de la fuerte connotación que tiene esta enfermedad como sinónimo de dolor y muerte, y no están preparados para el abordaje psicológico de esa paciente que sufre, que tiene múltiples temores y que convive con una familia que afronta, por esa misma causa, una crisis paranormativa. Es una experiencia que se repite ante cualquier tipo de cáncer, sólo que el de mama es el más frecuente. Estas fueron las razones que nos impulsaron a presentar un proyecto de investigación al MINSAP, que incluye tareas de actualización a los equipos básicos de trabajo en el nivel primario para la atención integral a estos pacientes, y lograr así minimizar los efectos antes expresados, además de contemplar el funcionamiento de una consulta interdisciplinaria especial para

estos casos. Precisamente en este trabajo daremos una visión general de su funcionamiento.

Este equipo de trabajo es conocido en nuestra área de salud como equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos (EMAPO), que lo integran el psicólogo, el especialista en Medicina General Integral, la enfermera, un especialista en medicina interna y la trabajadora social, y se evalúa y da seguimiento a estos pacientes independientemente del sexo, edad y tipo de cáncer diagnosticado.

Los casos llegan a nuestra consulta, previa remisión de su Médico de Familia, donde quedan explícitos algunos datos que dan al equipo una primera aproximación al paciente. Debe quedar identificado si este conoce o no su diagnóstico real, colocando las letras CD si domina que tiene cáncer, y NCD en la situación contraria, pues el abordaje del caso no es el mismo en uno u otro caso. El paciente se inscribe en la recepción del policlínico para ser valorado por la **consulta especial**, que es el nombre que se le ha designado para que en la comunidad no se pueda establecer la identificación de los pacientes aquejados por esta enfermedad, lo que quizás limitaría su asistencia y crearía una predisposición negativa que no favorecería nuestro trabajo.

En el primer contacto con el paciente se inicia una historia clínica que incluye datos generales y de interés para cada uno de los miembros del equipo. Por ejemplo, se consideró necesario conocer la localización del tumor primario y los años de diagnóstico, la presencia o no de metástasis y su localización, el tipo de tratamiento indicado en la atención secundaria (quimioterapia, drogas, radiaciones o combinado) y la existencia de síntomas en el momento de la evaluación, incluidos los psicológicos. También los especialistas van conformándose una visión de cuáles son las áreas de con-

flicto del paciente, cuál ha sido su estilo de afrontamiento habitual ante situaciones fuertes, cuáles son las redes de apoyo social con que ha contado y cuenta el paciente, así como su situación económica para asumir la enfermedad.

Una vez incorporado este paciente a nuestro servicio, es visitado por la técnica en psicometría del Departamento de Psicología para aplicarle, en su propio hogar, una batería de pruebas que permita precisar cómo se evalúa el paciente a sí mismo y a su entorno, caracterizar el modo de afrontamiento a la enfermedad y la presencia e intensidad de síntomas de ansiedad y depresión.

Con todos estos elementos se impone decidir qué acciones de salud corresponden a cada caso en nuestro nivel de atención, programándose consultas y visitas de terreno por el equipo o por algún miembro de éste, según las necesidades reales y sentidas por el paciente. Para nosotros es de suma importancia conocer a nuestros pacientes para poder incidir en el mejoramiento de su calidad de vida. No podemos perder de vista que nos proponemos acompañarlo por todo el proceso de su enfermedad, dándole tanta importancia a él como a su familia desde el instante más próximo posible al diagnóstico, etapa de franca angustia y depresión, sin pretender sustituir en modo alguno, porque sería ilógico, la atención que reciben del nivel secundario; por el contrario, apoyándolos en su propio escenario donde transcurre la enfermedad: su familia y su comunidad.

Conclusiones

Es oportuno referirnos a nuestras primeras experiencias en este trabajo en el área de salud del Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera", donde laboramos

todos los integrantes del equipo. Se han atendido a mayor número de mujeres que a hombres, encontrando predominio de cáncer de mama, y entre éstas, a mujeres mastectomizadas, lo cual explica la relativa frecuencia con que nos vemos obligados a realizar dinámica de pareja, por ser considerables las afectaciones en la esfera psico-sexual.

Otras acciones han ido encaminadas al mejoramiento de las dinámicas familiares donde conviven estos pacientes, realizándose en estos casos entrevistas individuales a hijos o hermanos, o dinámicas con estos grupos como un todo.

Aún es escaso el número de remisiones hechas por los médicos para esta consulta especial, lo que nos hace pensar en que efectivamente existe cierta resistencia

para abordar directamente con el paciente el tema de su enfermedad y poder enviarnoslo, definiendo si el enfermo conoce o no de su diagnóstico, lo que implicaría profundizar en una entrevista con este objetivo; no obstante, confiamos, que con la capacitación a los equipos primarios de trabajo del área (médicos-enfermeras), esta dificultad que hoy confrontamos se resuelva, y entre todos podamos lograr una atención más humana y digna a estos pacientes.

Son muchas las situaciones a las que nos hemos tenido que enfrentar sobre la marcha, pero en conjunto y con el deseo de todos de trabajar con estas personas en particular, hemos logrado para nuestra satisfacción una evaluación favorable de pacientes y familiares, lo que nos fortalece en nuestra motivación inicial.

SUMMARY: Cancer is a disease that has been associated with pain and death. As in any other patient suffering from a chronic disease, in these patients the relations of the sick individual with his environment, as well as his preestablished roles are altered. There are some changes that may be identified as common as, for instance, the uneasiness they experience in relation to their present and future, including the preoccupation about their quality of life. That's why it is so important the team work to treat the patient with cancer in a comprehensive way and with a biopsychosocial view. What is new about our proposal is precisely the fact that we want to give them our attention as early as possible, very close to the diagnosis, in order to accompany the patient and his family during the whole process so that he may improve his quality of life and have our support in the same setting where the disease develops, that is, in the community where he lives. In this paper, we offer a brief explanation of our style of work as a group in the health area and of our 4 basic tasks: the training of the health teams to treat these patients, the psychological diagnosis of each case, the identification of concrete needs of any type in every patient and the work to be done with the families to give them our support and to prepare them even for mourning.

Subject headings: **PATIENT CARE/psychology; PRIMARY HEALTH CARE.**

Referencias bibliográficas

1. Aguiar J, Hernández M, Gómez M. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Edit I.C.E.P.S.S., 1994:13-4.
2. Evans D, Pettito JM. Depression in the medical setting: biopsychological interaction treatment. Philadelphia: University, 1999:20-37.

3. De C, Cavaceni A, Gamba A. Pain measurement in cancer patient: a comparison of six methods. En: Year book of pain. St. Louis: Mosby, Year Book, 1995;128-9.
4. Middlenton J. Yo (no) quiero tener cáncer. México DF: Editorial Grijalbo, 1996:120-42.

Recibido: 16 de enero del 2001. Aprobado. 13 de marzo del 2001.

Lic. Clara Pérez Cárdenas. Hospital "Calixto García". Avenida de Universidad y 27 de Noviembre, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.