

## Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS

Clara Pérez Cárdenas<sup>1</sup>

La Oncología, como especialidad de la Medicina, dispone de hechos que confirman la existencia de tumoraciones malignas en nuestros antepasados. Durante un tiempo, las neoplasias malignas se consideraron desde un ángulo somático, estando los factores psicológicos prácticamente ignorados por el médico, quien priorizaba su atención hacia el tumor y la forma de tratarlo. Con el tiempo se ha demostrado que la enfermedad oncológica es un fenómeno más complejo, donde la vida o la muerte dependen de muchos factores, entre los que por supuesto, no se pueden excluir, los psicológicos.<sup>1-5</sup>

De este problema de salud se tiene un estereotipo muy negativo. Existen prejuicios y creencias en la población que hacen más difícil la aceptación de la enfermedad por parte del individuo al que se le diagnostica, así como a su evolución, lo que generalmente hace que sea visto por los que lo rodean y por sí mismo, cuando tiene algún conocimiento de su diagnóstico, como un condenado a muerte.<sup>6</sup> Es una enfermedad que crea y fomenta el terror y es concebida como un símbolo de dolor, desgracia y aislamiento.<sup>7,8</sup> Resulta indispensable entonces, educar a la población en que, a pesar de que es una enfermedad seria y frecuente, no significa que sea inevitablemente fatal.<sup>9</sup>

Existen elementos importantes a tener en cuenta en la evolución de estos pacientes: el apoyo social con que cuentan, y el estilo de afrontamiento que habitualmente han exhibido en su vida ante eventos importantes.

Cáncer y muerte no deben ser considerados sinónimos. Esta enfermedad, ciertamente genera inseguridad, ansiedad, tristeza y muchas veces determina en los pacientes comportamientos que correspondieron a etapas ya superadas en su vida, pero todo eso depende del tipo de afección, de su grado de gravedad, de la personalidad del paciente, de la reacción ante la enfermedad, del criterio de sí mismo, de la apreciación que tenga de la intensidad de sus conflictos no resueltos y de su entorno, matizado o modulado además, por factores sociales y culturales.<sup>10</sup>

Esos efectos, provocados por el diagnóstico de cáncer, no son observados solo en el enfermo, pues afectan también a sus familiares,<sup>11</sup> al médico y al resto del personal de salud responsable. Aquí expresamos algunas de las afectaciones posibles en uno de los elementos de este proceso, el paciente, con el propósito de sensibilizarnos con su problema y realizar acciones con él de manera más efectivas e integrales.

### Métodos

Se realizó un estudio de carácter descriptivo-analítico en un Grupo Básico de Trabajo (GBT) del área de salud del Policlínico "Dr. Mario Escalona Reguera", en Alamar, en el período comprendido entre septiembre de 2000 y abril de 2002. El universo de trabajo lo conformaron todos los pacientes oncológicos de ese GBT (50 casos), obtenidos por la revisión de las fichas familiares de cada uno de los consultorios médicos que conforman ese grupo, independientemente del sexo y del tipo de cáncer (prevalencia al inicio del estudio). Fueron excluidos aquellos casos en estadio terminal, que por cuestiones éticas, no fueron entrevistados, así como los pacientes de edad pediátrica.

Los datos primarios se obtuvieron a partir de la técnica de la entrevista, que se realizó por la autora a los pacientes, con previo consentimiento de su voluntad para participar en este estudio. Se llevó a efecto en labor de terreno (hogares de los pacientes), y se aplicó una escala valorativa de la enfermedad, el Idare y el Zing (estas 2 últimas como pruebas psicométricas para medir ansiedad y depresión respectivamente). Siempre se trabajó con los pacientes en sus hogares y generalmente se visitaron en más de una oportunidad para no agotarlos. La entrevista fue la primera herramienta siempre (anexo).

Para procesar los datos obtenidos conformamos categorías para el análisis de la entrevista y la calificación habitual de las otras pruebas aplicadas; utilizamos la hoja de cálculo *Excel* y trabajamos en general con *Word* como editor. Se aplicó el por ciento como procedimiento estadístico.

## Resultados

El 41 % de las mujeres y el 27,3 % de los hombres, saben que son pacientes oncológicos. En cuanto a la valoración que se hace de la enfermedad vimos que, el 80 % de los casos, la considera fuente de temor por el creciente deterioro de la salud que le conceden, el 74 % de los entrevistados teme a las recidivas, y el 64 % de ellos está preocupado por las nuevas y posibles intervenciones quirúrgicas que la enfermedad puede acarrearles.

El 58 % de los entrevistados no expresa cambios en su vida después de saberse enfermos (sepan o no cuál es exactamente el diagnóstico). En general, sigue siendo la familia el primer elemento de la red de apoyo social de estos pacientes (tablas 1 y 2).

TABLA 1. Reconocimiento de cambios posteriores al diagnóstico

Variable/sexo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Reconoce cambios	17	43,6	4	36,4	21	42
No reconoce cambios	22	56,4	7	63,6	29	58
Total	39	100	11	100	50	100

Fuente: Entrevista.

TABLA 2. Evaluación de los pacientes del apoyo social que reciben

Grupo/categoría	Bien						Regular						Mal					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%	Femenino	%	Masculino	%	Total	%	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Familia	38	97,43	11	100	49	98	1	2,56	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Amistades	37	94,87	11	100	48	96	2	5,12	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
Vecinos	37	94,87	11	100	48	96	1	2,56	0	0	1	2	1	2,6	0	0	1	2
Compañeros de trabajo	8	20,51	2	18,2	10	20	1	2,56	0	0	1	2	1	2,6	10	0	1	2
Equipo APS	35	89,74	10	90,9	45	90	3	7,69	1	9,1	4	8	1	2,6	0	0	1	2

Equipo atención secundaria	37	94,87	11	100	48	96	1	2,56	0	0	1	2	1	2,6	0	0	1	2
----------------------------	----	-------	----	-----	----	----	---	------	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	---

En el 100 % de los pacientes que intervienen en este estudio se constata ansiedad a altos niveles, y la depresión se corrobora en alrededor del 60 % de los entrevistados. El 54 % niega haber estado inmerso en conflictos importantes en un período de 1 año y más, previo al diagnóstico de la enfermedad. El 68 % de los casos tuvo un estilo activo de afrontamiento a la enfermedad (tabla 3).

TABLA 3. Evaluación del estilo de afrontamiento asumido por los pacientes

Afrontamiento/sexo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Afrontamiento activo	25	64,1	9	81,8	34	68
Afrontamiento pasivo	14	35,9	2	18,2	16	32
Total	39	100	11	100	50	100

Fuente: Entrevista.

## Discusión

Nos propusimos, en primer lugar, precisar si los pacientes que habíamos identificados por hoja de cargo en cada consultorio del Médico y Enfermera de la Familia, sabían que eran enfermos oncológicos y conocían su enfermedad. Los datos obtenidos nos resultan muy inferiores a lo que esperábamos. Ni la mitad de los pacientes, independientemente del sexo, pero más críticamente visto entre los hombres, saben qué les está pasando.

El hecho de desconocer el diagnóstico de la enfermedad, a nuestro juicio, entorpece la relación terapéutica que debe establecerse entre el médico y el paciente, además de ser irrespetuoso ignorar el derecho que tiene cada persona a tomar sus propias decisiones en la vida. Consideramos que no debe ser "informar al paciente de manera formal porque hay que darles a conocer su diagnóstico", sino, proporcionarle a cada paciente, la información que solicite, que es indicativo de lo que va necesitando y queriendo saber, para permitirle así ser más responsable y activo de su propio proceso de salud.

Nos interesó explorar qué valoración hacen de la enfermedad, y las respuestas en este caso justifican la ansiedad de estos pacientes. Evidentemente la enfermedad para ellos se ha convertido en algo terrible; además de ser la salud que va deteriorándose y esto es un aspecto fuerte a tener en cuenta, están a la expectativa de las recidivas que han conocido que suceden en otros pacientes de su propia comunidad, de su familia o de una intervención quirúrgica. En general entre los entrevistados, esta enfermedad tiene un impacto negativo muy fuerte por todo lo culturalmente establecido en cuanto a ella.

Ninguno de los pacientes estudiados teme al contagio de otros familiares o personas cercanas, ni a la esterilidad producto de su enfermedad, y entre los hombres no encontramos temor alguna a la pérdida de su atractivo sexual ante su pareja ni a cambios en esta esfera de la vida en general, elemento este que sí en alguna medida encontramos entre las féminas, aunque tampoco en cifras alarmantes.

No refieren una autoestima negativa ni una limitación en sus tareas desde el punto de vista laboral por su enfermedad; esto entre los hombres nos impresiona debido a la necesidad de cuidar la imagen socialmente asignada de fuerte, de capaz, de resistente.

El hecho de que la mayoría de los implicados en este estudio no reconozcan cambios en sus vidas después de realizado el diagnóstico de la enfermedad (tabla 1), pudiera explicarse por lo insidioso de ella y por el hecho de ser personas, en la mayoría de los casos, que recién se inician en el rol de pacientes oncológicos. Sin embargo, al profundizar en la actitud de cada uno ante la vida, antes y después del diagnóstico de la enfermedad, sí se constatan cambios, pues aunque el por ciento de los que refieren que no han tenido una actitud favorable en ambos momentos, decrece considerablemente entre aquellos que describen su vida como enfermos.

El apoyo social fue otra de las variables de nuestro análisis, y descansa básicamente en la familia, después en las amistades, en tercer lugar entre los vecinos y el equipo de atención secundaria (hospitales), y es en el cuarto lugar donde aparecen los equipos de atención primaria de salud (Médico y Enfermera de Familia). Este resultado nos preocupa, en tanto que la comunidad es el espacio, en el que en una organización de salud como la nuestra, están creadas las condiciones para un seguimiento integral de estos casos, lo que nos hace pensar que, incluso el personal de salud, evade el intercambio con el paciente con cáncer porque tampoco puede escapar del impacto negativo de esta enfermedad, o porque no fueron académicamente preparados para el tratamiento a estos individuos en esa importante esfera de la vida de todos, que es la vida de afectos, mucho más en la vida de los que sufren.

Todos los pacientes puntúan en *ansiedad alta* al aplicarle el Idare, y prevalece un número de casos con diagnóstico de *alto nivel de ansiedad*, que refieren síntomas de depresión neurótica concomitando.

Poco más de la mitad de los casos entrevistados niega todo conflicto no resuelto con los que convive, desde antes del diagnóstico de la enfermedad; sin embargo, no es despreciable la cifra de los que sí lo reconocen. En estos casos se refieren a que vivieron la pérdida de un familiar muy cercano, o tuvieron acontecimientos muy impactantes, como un proceso judicial por problemas de propiedad de vivienda, la pérdida de la visión, un cambio económico en sentido negativo o una inadaptación marcada a su nuevo entorno; por ejemplo, una permuta realizada por la familia con la que el paciente está en desacuerdo, pero tiene que vivir en ese nuevo lugar. Nótese que hay un denominador común: la pérdida o el temor a la pérdida de "algo" que tiene sentido personal para el paciente.

En la entrevista realizada pudimos precisar que entre los pacientes de nuestro estudio hubo un estilo de afrontamiento activo a la enfermedad, es decir, ante esta, iniciaron una conducta de búsqueda de información, solicitud de ayuda profesional, o realizaron acciones para la solución del problema por la vía de la medicina verde (remedios) o la incorporación a cultos religiosos. El grupo de los que se centraron en sí mismos, en lo que estaban sintiendo, sufriendo, preocupados, sin buscar soluciones o alivios, fue el menor.

Consideramos que los comportamientos extremos entorpecen el desarrollo adecuado del proceso terapéutico, pero es preferible una actitud activa por parte del paciente, pues esto lo dota de mejores condiciones para luchar contra su enfermedad, lo que exige del equipo de salud una capacidad y preparación tal, que garantice que la búsqueda sea de un profesional capaz de asumir el reto, preferiblemente en la propia APS y no de otros recursos o vías.

## Conclusiones

1. La mayoría de nuestros pacientes no conocen, ni el diagnóstico ni las características de su enfermedad, valorándola como fuente de temor marcado al creciente deterioro de la salud. Se resisten a reconocer cambios en la vida posteriores a su diagnóstico, describiéndose a sí mismos y a su ambiente de forma positiva, y se comprobó que siempre aparece la familia como primer elemento en la red de apoyo social y se da una mejor evaluación del equipo secundario en este sentido, en relación con el Médico y Enfermera de la Familia.
2. En la totalidad de nuestros pacientes se constatan síntomas de ansiedad (media y alta) y en la mayoría de los casos la depresión concomita con ella. Igualmente, no observamos diferencias importantes entre los que reconocen o no la presencia de conflictos vividos desde antes del diagnóstico de la

enfermedad y aún no resueltos; en caso de referirlos, apuntan mayormente a pérdidas de familiares cercanos. Generalmente exhiben un estilo de afrontamiento activo, caracterizado básicamente por la búsqueda de apoyo.

## **Anexo**

### Guía de entrevista

Objetivo 1 de la investigación general:

- Características de la enfermedad.
- Diagnóstico que ha recibido por esas características descritas.

Objetivo 2 de la investigación general:

- Reconocimiento de cambios.
- Actitud hacia la vida antes y después de la enfermedad (entusiasmo, pesimismo, alegría de vivir, vida sin sentido, tiene metas inmediatas y mediatas).
- Vivencias que le reportan el apoyo social que recibe (familia, vecinos, compañeros de trabajo, Médico y Enfermera de la Familia, equipo de la atención secundaria).

Objetivo 3 de la investigación general:

- Presencia de síntomas (ansiedad y depresión).
- Presencia de conflictos importantes desde antes de la enfermedad no resueltos aún.
- Tipo de conflicto.

Objetivo 4 de la investigación general:

- Estilo de afrontamiento (evaluación de los modos de afrontamiento).

### Cuestionario de estilo de afrontamiento

De las siguientes proposiciones, marque con una cruz (X) la que describe lo que usted ha hecho, sentido o ha pasado, durante su enfermedad. De marcar varias, señale con una F la fundamental.

\_\_\_ Trato de conocer a fondo lo que realmente tengo, sus causas, efectividad del tratamiento, consecuencias, preguntando a los médicos o a otras personas que han padecido de los mismo, buscando libros y publicaciones que se refieran a esa temática.

\_\_\_ Trato de convencerme de que este es un problema pequeño, que no tengo que preocuparme, que no tiene importancia.

\_\_\_ No he querido pensar en eso, me distraigo con cualquier otra cosa, para evitar todo pensamiento o conversación al respecto.

\_\_\_ Me puse pesimista, solo he pensado que todo ha terminado para mí.

\_\_\_ Pienso y repito para mí que no tengo nada.

- \_\_\_ Trato de realizar actividades para distraerme y disminuir la atención sobre la enfermedad.
- \_\_\_ Cambio la forma inicial de ver el problema y lo que había pensado de él.
- \_\_\_ Pienso que en cualquier caso todo saldrá bien, no voy a tener problemas.
- \_\_\_ Trataré de eliminar el problema por mí mismo con medicamentos que he oído decir que sirven, remedios, masajes, etcétera.
- \_\_\_ Acudí inmediatamente al médico sin pensarlo dos veces.
- \_\_\_ Asisto sin falta al tratamiento y sigo las indicaciones exactamente.

## Referencias bibliográficas

1. Peterson B. Oncología. Moscú: Editorial MIR; 1982:5-7.
2. Ruiz O. Cáncer. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996:3-4.
3. World Health Organization (WHO) Cancer. Causes, Occurrence and Control. Lyon:OMS; 1990 (Publicación científica, 100).
4. Cruz J. Mecanismos de producción del cáncer. En: Tratado de Medicina Interna. Ed Inter-Americana Press (en prensa).
5. Hollan JC. Historial overview. En: Handbook of psychological. New York: Oxford University Press; 1990.
6. González R., Psicología para médicos generales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1990:5.
7. Chaplin J, Morton R. A prospective longitudinal study of pain in head and neck cancer patients. New Zeland: 1999.
8. Llorca G, Derecho J, Gomes J, Cañizo A. Trastornos psicopatológicos en las neoplasias otorrinolaringológicas. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1991;19(5):258-62.
9. Waterhause J. Cancer handbook of epidemiology prognosis. Livingstone: Edimburg Churchill; 1994:3.
10. Bustamante J. Psicología médica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989:2-5.
11. Murphy D. Cancer in families. Massachusetts: Harvard University Press; 1991:7-8.

Recibido: 8 de julio de 2003. Aprobado: 4 de agosto de 2004.

Lic. *Clara Pérez Cárdenas*. Antonio Cobo # 214 entre Darder y La Guardia, Reparto D'Beche, Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>1</sup> **Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Auxiliar de la Facultad "Calixto García". Máster en Psicología Clínica.**