

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, la prevención terciaria y trabajo comunitario.

Alonso Triana, Lena¹
Díaz Díaz, Dania²

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas/Vicedecana General, Matanzas, Cuba, lenaalonso.mtz@infomed.sld.cu

Resumen: El trabajo comunitario desde la dimensión extensionista resulta vital para llevar a cabo acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. El proyecto comunitario Amazonas por la Esperanza trabaja la prevención terciaria, que pretende la reeducación, rehabilitación y reinserción de las pacientes en estudio. Este trabajo tiene como objetivo, diseñar un programa de intervención psicoeducativa para pacientes con cáncer de mama, atendidas en el servicio de Oncología del Hospital José Ramón López Tabranes. Se diseñó una intervención para 30 pacientes con cáncer de mama, siguiendo criterios de intencionalidad definidos por la autora. Se emplearon como instrumentos el Cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida, así como una guía de entrevista y de observación. Se constató que las necesidades de aprendizaje más frecuentes en las pacientes fueron: la creencia que son personas inútiles, que no pueden expresar su sexualidad, que no tienen posibilidades de elaborar proyectos de vida y que no resulta útil tener un sentido de vida. La mayoría de las pacientes mostraron una calidad de vida mala y la minoría, una calidad de vida regular. La Dimensión función física en las pacientes se comportó de manera que la mayoría se encontraba baja, mientras que un número reducido de pacientes presentaron altos niveles. El rol físico mostró cifras altas de afectación, el rol emocional se encontró afectado en la mayoría de la muestra. La intervención psicoeducativa diseñada, contó con 6 sesiones tomando en cuenta las necesidades identificadas así como los niveles bajos de calidad de vida constatados.

Palabras clave: cáncer de mama, prevención terciaria, proyecto comunitario, calidad de vida, intervención psicoeducativa.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un desafío para los seres humanos, pues se produce un deterioro que daña el funcionamiento, biológico, psicológico y social de los pacientes (1). Las personas le otorgan a la salud un valor muy alto, razón por la cual la aparición de la enfermedad supone siempre una situación de crisis. No sólo para el ser que la padece, sino para la familia, originando estados displacenteros de ira, culpa, angustia, rabia y sentimientos de pérdida con respecto a su vida anterior. Los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte a nivel mundial. En la actualidad se estima que de 9 millones de casos nuevos de cáncer, 4 millones se sitúan en países desarrollados y 5 millones en países en desarrollo. Según los pronósticos del Informe Mundial del Cáncer, se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta enfermedad en todo el mundo.

El cáncer es uno de los fenómenos más complejos de la naturaleza humana y resulta desde el punto de vista médico y psicológico una enfermedad muy difícil de abordar por la amplia multicausalidad que incide en su origen (4). Ésta enfermedad constituye un problema de salud a nivel mundial (5).

Los aspectos psicológicos están involucrados a la génesis y evolución de las enfermedades. De manera que los tumores malignos se acompañan de repercusiones psicológicas. En ellas están presentes estados emocionales negativos, no salutógenos, que se asocian a estilos de vida inadecuados, así como a una carencia de recursos psicológicos para enfrentar la situación potencialmente estresante, las limitaciones que llevan aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y el pronóstico e impacto para la vida futura(3).

Los datos anteriores muestran un panorama preocupante atendiendo a la incidencia y prevalencia de los tumores malignos a nivel mundial. Cuba no está exenta de esta realidad. Se afirma que dicha enfermedad ocupa la segunda causa de muerte en nuestro país (1). La calidad de vida en pacientes con cáncer de mama requiere especial atención. El impacto psicosocial expresado por las pacientes es directamente proporcional a la intensidad y prevalencia de los síntomas físicos suscitando en ellas el sufrimiento, el desgaste, la depresión y ansiedad (6). Para estas pacientes la muerte es amenazante y ante su inminencia diversos temores comienzan a percibirse. En forma más o menos manifiesta ellas demuestran el miedo a la muerte, al sufrimiento y la agonía (7). En Cuba estadísticas recientes muestran un panorama preocupante, que exige la introducción de acciones comunitarias desde una perspectiva científica para disminuir el número de casos que se diagnostican cada año con la enfermedad en el sexo femenino 19836 casos fueron diagnosticados este año para una tasa de 362.7. En Matanzas el número de mujeres por año supera 1279 en el sexo femenino para una tasa de 368.4 (8) Dicha provincia ha realizado acciones de salud e investigaciones desde la perspectiva médica y social en mujeres con cáncer de mama, sin embargo desde la perspectiva psicológica Matanzas carece de estudios en este sentido. La investigación presenta implicaciones prácticas pues ayuda a elevar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Posee relevancia social porque no solo se favorecerá a las mujeres objeto de estudio, sino también la familia, médicos, oncólogos, psicólogos. El estudio es viable, pues la autora dispone del consentimiento del personal humano y de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Los síntomas psicológicos aparejados al diagnóstico de la enfermedad y la intervención quirúrgica, suponen la aplicación inter - multi - transdisciplinaria entre oncólogos, psicólogos y otros especialistas capacitados, debido al impacto emocional que posee la enfermedad (9,10).

El presente estudio se propone, diseñar un programa de intervención psicoeducativa para pacientes con cáncer de mama, atendidas en el servicio de Oncología del Hospital José Ramón López Tabranes.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó una propuesta de intervención psicoeducativa para 30 pacientes con cáncer de mama. La investigación se efectuó en coordinación con el servicio de Oncología del Hospital José Ramón López Tabranes, en el período comprendido entre julio del 2016 a enero del 2017.

El universo de estudio es de 125 pacientes diagnosticadas en este servicio, con cáncer de mama. Se conformó una muestra de 30 pacientes de acuerdo con los criterios de intencionalidad definidos por la investigadora.

Criterios de inclusión para escoger la muestra fueron:

- Pacientes con cáncer de mama, que fueron operadas en el período evaluado.
- Pacientes que se encuentran entre los 36-65 años de edad, siendo el rango más vulnerable.
- Pacientes que estuvieran dispuestas a participar en la intervención psicoeducativa.

□ Criterios de Exclusión:

- Pacientes que tuvieran diagnóstico anterior de trastornos psiquiátricos.
- Pacientes que estuvieran hospitalizadas durante el período comprendido.
- Pacientes que por su estado de salud se les dificultara su movilidad hacia el local de encuentros.

Criterios de salida

Pacientes que hayan fallecido

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Método general dialéctico materialista ya que los aspectos que se abordaron tendrán como base el conocimiento científico procedente de la ciencia y los resultados del proceso investigativo podrán ser comprobados en la práctica.

Métodos del nivel teórico tales como análisis y síntesis, inductivo- deductivo, histórico- lógico, que permitirán determinar las referentes teóricas necesarios sobre el cáncer de mama.

Estos permitirán llegar a conclusiones parciales y finales y fundar todo el marco teórico de la investigación. Como método empírico se utiliza la encuesta con el objetivo de recoger toda la información necesaria con respecto al cumplimiento de los objetivos propuestos y analizar cada una de las variables.

Fuente primaria: Cuestionario SF16, entrevistas, observación

III. RESULTADOS

Se constató que las necesidades de aprendizaje más frecuentes en las pacientes fueron: la creencia que son personas inútiles, que no pueden expresar su sexualidad, que no tienen posibilidades de elaborar proyectos de vida y que no resulta útil tener un sentido de vida. Los síntomas que más afectan a las pacientes son el dolor, caquexia, estreñimiento, anorexia y vómito. La totalidad de las pacientes presentaron limitaciones funcionales en cuanto a la realización de actividades de esfuerzo físico, no ocurriendo así con las actividades de autocuidado donde solo una parte de la muestra presentó dificultades. Ante esta realidad las pacientes presentaron sentimientos de inutilidad, incapacidad y baja autoestima lo cual fue expresado a través de frases como “antes yo lo hacía todo, siempre he sido un apersona activa, imagina cómo me siento ahora, me siento inútil”; “me siento atada porque no puedo realizar ninguna actividad, veo a mi hija con mucho trabajo y no puedo ayudarla”. En todos los casos se evidenció la presencia de apoyo social por parte de la familia, principalmente hijos y hermanos, los cuales en su mayoría eran cuidadores primarios. Se percibe a la familia como la fuente de apoyo principal de las pacientes jugando un papel importante en la toma de decisiones de las mismas. Las cuestiones que más afectan a la familia

se refieren a la esfera económica dados los gastos en alimentación, transporte y otros, además de la sobrecarga, afectación de la vida laboral y bienestar emocional de los cuidadores y otros miembros cercanos. En la mayoría de las pacientes la comunicación es percibida como buena, sin embargo existen dificultades para tratar temas referidos a la enfermedad, la muerte y el futuro de la familia, aspectos que constituyen necesidades en las pacientes. Las pacientes con pareja describieron que su relación actual era mucho más cercana comparada con la de tiempo atrás, con una fuerte carga emocional y donde se expresaban lazos de complicidad y comprensión, sin embargo la esfera sexual ha permanecido afectada desde el diagnóstico de la enfermedad y se constató que existe en estas pacientes creencias irracionales asociadas a la sexualidad. Desde el punto de vista emocional la mayoría de las pacientes sienten tristeza, irritabilidad, nervios, inseguridad, angustia y miedo. Se constató la creencia de que la vida carece de sentido cuando se aproxima la muerte, así como la creencia de que los pacientes con cáncer ya no pueden disfrutar dado las afectaciones de la enfermedad y el tratamiento. De esta forma se expresó que “cuando se tiene cáncer la vida no es la misma se pierden los proyectos y los sueños”, “en este momento ya no hay salud, ni fuerzas, y se vive esperando...”. Además existe la creencia de que es imposible plantearse proyectos de vida en estos momentos dado al límite temporal y funcional en sus vidas. La muerte fue asociada en todos los casos con el dolor, la angustia, el sufrimiento, la agonía, se concibe como un momento intolerable, tanto para el paciente como la familia. Las principales preocupaciones estuvieron relacionadas con el bienestar y el futuro de la familia después del fallecimiento, principalmente de los hijos. A pesar de que la mayoría de las pacientes no practican la religión, presentan la creencia de un ser supremo, “Dios”, que las ayuda en el afrontamiento y transición de esta etapa, además se apoyan en la familia y tratan de disfrutar los momentos que les restan junto a esta.

La calidad de vida de las pacientes, según se muestra en la tabla 1 se mostró mala en la mayoría de los casos, dada a la compleja interacción que se establece entre los factores objetivos y subjetivos, en este caso tuvieron mayor fuerza los subjetivos que se relacionaban con su bienestar psicológico, teniendo el 86.66% de la muestra una calidad de vida mala, y el 13.33% una calidad de vida regular. La Dimensión función física en las pacientes se comportó de manera que 20 el (66.66%) de ellas se encontraba baja, mientras que 10 el (33.33%) se encontró alta, lo que demuestra que un número considerable de pacientes tenían afectada la autonomía, atendiendo a la capacidad de valerse por sí solos este resultado queda reflejado en la tabla 2, la dimensión rol físico en estas pacientes mostró cifras de 22 para (73.33%) baja en la mayoría de las mujeres y un (26.66%) u 8 pacientes alta según se muestra en la tabla 3, El rol emocional variable imprescindible a tener en cuenta al evaluar la calidad de vida se encontró afectada en la mayoría de la muestra según tabla 4 encontrándose baja en 28 (93.33%) de las mujeres y en 2(6.66%) alta, estando relacionada con la subjetividad y el bienestar psicológico así como con la satisfacción del paciente con su propia vida, es vital tenerla presente al evaluar calidad de vida.

Tablas

Tabla 1. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Calidad de vida	No de pacientes	%
Mala	26	86,66

Regular	4	13,33
Buena	0	0
Total	30	100

La calidad de vida se mostró mala en la mayoría de las pacientes atendiendo a la relación que se establece entre factores objetivos y subjetivos, donde la percepción de las pacientes de su propia vida, iba acompañada de emociones negativas y un inadecuado bienestar psicológico .

Fuente: Cuestionario SF-36

Tabla 2. Dimensión función física en pacientes con cáncer de mama.

Dimensión función física	No de pacientes	%
Alta	10	33,33
Baja	20	66,66
Total	30	100

La Dimensión función física en las pacientes se comportó de manera que 20 o el (66.66%) de ellas se encontraba baja, mientras que 10 el (33.33%) se encontró alta, lo que demuestra que un número considerable de pacientes tenían afectada la autonomía, atendiendo a la capacidad de valerse por sí solos.

Fuente: Cuestionario Sf-36,

Tabla 3. Dimensión rol físico en pacientes con cáncer de mama.

Dimensión rol físico	No de pacientes	%
Alta	8	26,66
Baja	22	73,33
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Sf-36

La dimensión rol físico en estas pacientes mostró cifras de 22 para (73.33%) baja en la mayoría de las mujeres y un (26.66%) u 8 pacientes alta.

Tabla 4. Dimensión rol emocional en pacientes con cáncer de mama

Dimensión rol emocional	No de pacientes	%
Alta	2	6,66
Baja	28	93,33
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Sf-36.

El rol emocional variable se encontró afectado en la mayoría de la muestra encontrándose baja en 28 (93.33%) de las mujeres y en 2(6.66%) alta, donde la subjetividad, el bienestar psicológico así como con la satisfacción del paciente con su propia vida, estaban afectados.

Programa de intervención psicoeducativa

Sesión 1 Título: Primeros pasos. **Objetivo.** Propiciar que las pacientes se conozcan.

Sesión 2 Título: Conociendo. **Objetivo** Elevar el conocimiento sobre el manejo de la anorexia y el insomnio.

Sesión 3 Título: En familia. **Objetivo:** Mejorar la relación de las pacientes con su familia.

Sesión 4 Título: Venga la esperanza. **Objetivo:** Lograr la construcción de metas a corto plazo en las pacientes.

Sesión 5 Título: Escondido en mí. **Objetivo:** Lograr la reelaboración del sentido de la vida en las pacientes.

Sesión 6 Título: No olvide que puede sonreír. **Objetivo:** Disminuir estados emocionales negativos como la ansiedad, depresión y miedo.

IV. CONCLUSIONES

- Se constató que las necesidades de aprendizaje más frecuentes en las pacientes fueron: la creencia que son personas inútiles, que no pueden expresar su sexualidad, que no tienen posibilidades de elaborar proyectos de vida y que no resulta útil tener un sentido de vida.
- La mayoría de las pacientes mostraron una calidad de vida mala y la minoría, una calidad de vida regular.
- La Dimensión función física en las pacientes se comportó de manera que la mayoría se encontraba baja, mientras que un número reducido de pacientes presentaron altos niveles. El rol físico mostró cifras altas de afectación, el rol emocional se encontró afectado en la mayoría de la muestra.
- Se diseñó una intervención psicoeducativa, que contó con 6 sesiones tomando en cuenta las necesidades identificadas así como los niveles bajos de calidad de vida constatados.

REFERENCIAS

- 1-Morales R. Conferencia de prensa. La Habana; 22 de marzo 2013.
- 2-Aguiar J, Hernández M, Gómez M. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial ICEPSS; 1994. p.13-4.
- 3-Alvarado S, Ángeles JA, Velázquez AG. Cáncer y Psicología. 3ª ed. V. 3; 2009. p. 157-60.
- 4- Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida: la Calidad de Vida. Puebla: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.172-218.
- 5- Martínez, J.W. (2014). Calidad de vida, Satisfacción, Dolor y Fatiga en pacientes con cáncer avanzado que se encuentran hospitalizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis en opción al grado de Licenciatura en Psicología Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- 6-Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/Latinos: Editorial Sociedad Americana del Cáncer; 2014.
- 7- Centeno C. Calidad de vida en mujeres con cáncer. Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.73 n.1 Santiago 2006. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200010>
- 8- Anuario Estadístico de Salud (2016). Ministerio de Salud PÚBLICA. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. La Habana 2016.
- 9-Grau J, García V. Calidad de vida y Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2015.
- 10- Rodríguez, D. (2013). Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y sistema general de seguridad social en salud (SGSS). Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 5 (1): 75-92. Consultado, marzo de 2014.
:<http://www.aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile>