

Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas

Clara Pérez Cárdenas
Master en Psicología Clínica
Especialista en Psicología de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas Calixto García
Cuba



Ver Perfil del autor

Artículo Publicado el 15 de diciembre de 2006

Resumen

Se realizó un estudio a pacientes oncológicas de un grupo básico de trabajo del Policlínico Docente "Mario Escalona Reguera", en Alamar, Ciudad de La Habana, en el que se exploraron algunas variables psicológicas con el objetivo de identificar el grado de conocimiento que tienen estas mujeres acerca de su enfermedad, actitud hacia la vida, percepción que tienen de su ambiente y de sí mismas, valoración que hacen del apoyo social que reciben, presencia de síntomas psiquiátricos, reconocimiento de conflictos previos a su enfermedad y estilo de afrontamiento que adoptan ante ésta. Se utilizó la técnica de la entrevista, aplicándose escalas valorativas, test psicométricos y un cuestionario.

Los resultados muestran que la mayoría de estas pacientes desconocen su enfermedad, no reconocen cambios en su actitud ante la vida y se describen a sí mismas y al ambiente de manera positiva; el apoyo social mejor evaluado es la familia, mientras que el equipo de atención primaria de salud no ocupa posiciones envidiables. En todas las pacientes se constata ansiedad y en la mayoría depresión; no hay diferencia notable entre las que reconocen o no, la presencia de conflictos previos a la enfermedad y se señala pérdida familiar como acontecimiento significativo, ocupando el primer lugar. Las pacientes asumen fundamentalmente un estilo de afrontamiento activo.

Introducción

La oncología, como rama del conocimiento, dispone de hechos que confirman la existencia de tumoraciones malignas en nuestros antepasados (1). Durante un tiempo, las neoplasias malignas se consideraron desde un ángulo somático, siendo los factores psicológicos prácticamente ignorados por el médico, quien priorizaba su atención en el tumor y en 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, sin excluir los psicológicos (2) (3) (4) (5).

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 también dificultan su evolución, lo que generalmente hace que sea visto por los que lo rodean y por sí mismo - cuando se posee algún conocimiento de su diagnóstico - como un condenado a muerte (6). Es una enfermedad que crea y fomenta el terror, concebida como un símbolo de dolor, desgracia, aislamiento (7), por lo que resulta indispensable educar a la población en que es una enfermedad seria y frecuente, pero no inevitablemente fatal (8). Cáncer y muerte no deben ser considerados sinónimos.

Esta enfermedad es generadora de inseguridad, ansiedad, tristeza (9) y a veces determina en los pacientes comportamientos que correspondieron a etapas ya superadas en sus vidas. Todo esto depende del tipo de afección, del grado de gravedad de la misma, de la personalidad del paciente, del criterio que se tenga de sí mismo y de la apreciación de la intensidad de sus conflictos, matizado o modulado además, por factores sociales y culturales (10). El efecto de un diagnóstico de cáncer no es observado en el enfermo solamente. Este hecho afecta a los familiares del paciente (11), al médico y al resto del personal de salud responsable.

Existen elementos importantes a tener en cuenta en personas con este diagnóstico: el apoyo social con que cuenta y el estilo de afrontamiento que habitualmente ha exhibido en su vida ante eventos importantes. Podemos referirnos además, al conocimiento o no que tenga de su diagnóstico. En la literatura se aborda este aspecto de manera muy polémica, pero a consideración de la autora, que el paciente conozca su diagnóstico es signo de que el equipo de salud que lo atiende lo respeta como persona. Además, esa información le permitirá al paciente tomar decisiones trascendentales respecto a su vida.

La autora asume que debe evaluarse en cada caso concreto qué es lo más prudente hacer, sin embargo, al iniciar su atención es importante para los profesionales de la salud saber si los pacientes identifican o no "*lo que tienen*", para orientar así la comunicación general en función de ese elemento.

Objetivos

1. Precisar si las pacientes conocen o no su diagnóstico y las características que atribuyen a su enfermedad (valoración que tiene de ésta).
2. Identificar la actitud de las pacientes hacia la vida y la percepción que tienen de sí y de su ambiente, así como sus vivencias relacionadas con el apoyo social que reciben.
3. Constatar presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estas pacientes, y los conflictos no resueltos previos a la enfermedad.
4. Determinar el estilo de afrontamiento que desarrollan las pacientes ante la enfermedad.

Método

El universo de estudio lo conformaron 50 mujeres cubanas mastectomizadas (que son la prevalencia de este problema de salud en el año 2000) de todos los consultorios del grupo básico de trabajo donde labora la autora de la investigación, dato recogido de las Fichas Familiares (documento básico en el trabajo de dispensarización del médico de familia).

Los datos primarios se obtuvieron a partir de la técnica de la entrevista que se realizó a las pacientes con previo consentimiento por escrito de su voluntad para participar en este estudio, llevándose a efecto en labor de terreno (visita a sus hogares) realizado por la autora.

Además, fueron aplicados test psicométricos que permitieron medir el nivel de ansiedad y depresión de las pacientes.

Se utilizó el porcentaje como procedimiento estadístico, confeccionándose tablas y gráficos para facilitar el análisis de la información.

Discusión de resultados

El objetivo principal de la investigación es precisar si las pacientes conocen o no su diagnóstico y las características de su enfermedad. Puede apreciarse que sólo el 41% de ellas (16 casos) saben que son pacientes oncológicas; las otras desconocen lo que les está pasando.

El hecho de desconocer el diagnóstico hace difícil la relación terapéutica que se establece entre médico y paciente,

además de ser irrespetuoso ignorar el derecho de cada persona a tomar sus propias decisiones en la vida. La tarea del profesional de la salud no debe ser "informar por informar", pero debe proporcionársele a cada paciente la información que necesite y que esté en condiciones de aceptar en cada momento.

En cuanto a la valoración que hacen de su enfermedad, en primer lugar se observa que para ellas la enfermedad se ha convertido en temor a una salud en creciente deterioro (31 de los casos, para un 79.5%); en segundo lugar, se teme a las recidivas (71.8%, es decir, 28 de los casos) y en tercer lugar, es temor a una nueva intervención quirúrgica (25 mujeres que representan el 64% del total).

En general, la enfermedad tiene impacto negativo fuerte, en gran medida suponemos que por todo lo culturalmente establecido en cuanto a ella. Ninguna de estas pacientes teme al contagio, ni a la esterilidad producto de su enfermedad; pocas refieren temor a perder el atractivo a la pareja y cambios en la vida sexual en general; tampoco refieren impedimento laboral por su enfermedad.

Sólo el 43.6 % de las entrevistadas expresa cambios posteriores al diagnóstico, lo que pudiera explicarse por lo insidioso de la enfermedad o por ser personas que recién comienzan su rol de pacientes. Sin embargo, al explorar su actitud ante la vida previo y posterior a la enfermedad, sí se constatan cambios; aunque el porcentaje es favorable en ambos momentos de la vida, decrece significativamente el número de aquellas que refieren apreciación favorable de su vida "estando enfermas" (94.9 previo al diagnóstico y 51.3% posterior a éste).

El apoyo social es otra variable de análisis. Descansa básicamente en la familia (97.43%) como primer elemento en la red; después se encuentran las amistades y los vecinos (94.87%). Se refieren al equipo de atención secundaria (personal de hospitales) en el 94.87% de los casos y sólo en cuarto lugar se menciona el equipo de Atención Primaria de Salud (APS), es decir, el 89.74% del total de entrevistadas.

Preocupa la valoración respecto a la comunidad y a la organización de salud como la que existe en Cuba, donde están creadas las condiciones para un seguimiento integral de los casos, por lo que se piensa que el personal de Salud no es evaluado entre los primeros en el intercambio con el paciente con cáncer por los propios pacientes porque, como se dijo al inicio, él tampoco puede escapar del impacto negativo de la enfermedad, o no fue académicamente preparado, en términos de entrenamiento, para el abordaje de estos individuos.

Prevalece el número de casos con diagnóstico de alto nivel de ansiedad (71.8%) y de nivel medio (28.2%) y se refieren síntomas que se corresponden con una depresión neurótica en el 66.7% de las pacientes. Estos datos son semejantes a los que se encuentran en la literatura general sobre el tema y tienen palpables manifestaciones en las pacientes.

Al abordar la vivencia de conflictos no resueltos previos a la enfermedad, el 51.3% los niega, pero no es despreciable la cifra de aquellas que sí lo reconocen, refiriéndose a que vivieron la pérdida de un familiar cercano o la pérdida de "algo" que tiene alto sentido personal para las pacientes.

En la entrevista realizada se precisa que el 64.1% de estas mujeres tiene un estilo de afrontamiento activo a su enfermedad; ante este acontecimiento se inició una conducta de búsqueda de información, solicitud de ayuda profesional o acciones para la solución del "problema" por la vía de la medicina alternativa, remedios o incorporación a cultos religiosos. El resto se han mantenido centradas en sí mismas, en lo que sienten y en sus preocupaciones, sin buscar soluciones.

Se considera que comportamientos extremos entorpecen el desarrollo adecuado del proceso terapéutico. Se prefiere una posición activa por parte de la paciente, pues esto la dota de mejores condiciones para luchar contra su enfermedad; sin embargo, esta actitud exige de parte del equipo de salud una capacidad y una preparación tal, que garantice que dentro de esa búsqueda las pacientes tengan en cuenta, y con fuerza, a esos profesionales que tienen al alcance de sus manos en la propia área donde residen, profesionales por ser capaces de brindarles la atención integral que ellas necesitan, donde es tan importante la comunicación y tener en cuenta los elementos psicosociales del problema.

Es importante poder asumir el reto de manera personal y no dejar que sean otras o vías u otros recursos a los que acudan las pacientes como primera opción. Esto exige preparación y entrenamiento, sobre todo en comunicación, tanto con las pacientes como con sus familias.

Conclusiones

La mayoría de las pacientes con quienes se realizó el estudio no conocen ni el diagnóstico de su enfermedad, ni las características de la misma; por lo tanto, son frecuentes en ellas al hablar de su problema de salud, expresiones tales como: "esto que tengo".

La enfermedad es valorada como fuente de temor marcado al creciente deterioro de la salud, a las recidivas y a la posibilidad de una intervención quirúrgica. Se resisten a reconocer cambios en la vida posteriores a la enfermedad, describiéndose a sí mismas y a su ambiente de forma positiva.

Aparece la familia como primer elemento dentro de la red de apoyo social y se da una mejor evaluación del equipo secundario de salud en relación con el médico y la enfermera de la familia.

En la totalidad de las pacientes se constatan síntomas de ansiedad (medio o alto), y la depresión está presente en la mayoría de los casos. No hay diferencia importante entre las que reconocen o no la presencia de conflictos previos al diagnóstico y son las pérdidas familiares lo más referido por las pacientes, en caso de vivenciar algún conflicto.

Generalmente exhiben un estilo de afrontamiento activo que se caracteriza básicamente por la búsqueda de apoyo y el desarrollo de gran adherencia terapéutica.

(1) Peterson, B. (1982). *Oncología*. Moscú: Editorial MIR, p. 5-7.

(2) Ruiz, O. (1996). *Cáncer*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica, p. 3-4.

(3) World Health Organization (WHO) (1990). *Cancer: causes, occurrence and control*. Lyon: OMS, Publicación científica. 100.

(4) Cruz, J J. Mecanismos de producción del cáncer. En: *Tratado de Medicina Interna*. Ed. Inter-Americana Press. (en prensa).

(5) Holland, J C. (1990). Historial overview. En: Holland, J C; Rowland, J H. *Handbook of psycho oncology*. New York: Oxford University Press.

(6) González, R. (1990). *Psicología para médicos generales*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica, p. 5.

(7) Chaplin, J. Morton, R. (1999). *A prospective, longitudinal study of pain in head and neck cancer patients*. New Zealand.

(8) Llorca, G; Derecho, J; Gómez, M J; Cañizo, A. (1991). Trastornos psicopatológicos en las neoplasias otorrinolaringológicas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 19 (5): 258 - 262.

(9) Waterhouse, J. (1994). *Cancer. Handbook of epidemiology prognosis*. Livingstone: Edinburgh Churchill, p. 3.

(10) Bustamante, J. (1989). *Psicología médica*. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación, p. 2-5.

(11) Murphy, D. (1991). *Cancer in families*. Massachusetts: Harvard University Press, p. 7-8.

Bibliografía

- Bustamante, J. (1989). *Psicología médica*. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Cruz, J J. Mecanismos de producción del cáncer. En: *Tratado de Medicina Interna*. Ed. Inter-Americana Press (en prensa).
- Chaplin, J. Morton, R. A (1999). *Prospective, longitudinal study of pain in head and neck cancer patients*. New Zealand.
- González, R. (1990). *Psicología para médicos generales*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica.
- Holland, J C. (1990). Historial overview. En: Holland, J C; Rowland, J H. *Handbook of psycho oncology*. New York: Oxford University Press.
- Llorca, G; Derecho, J; Gómez, M J; Cañizo, A. (1991). Trastornos psicopatológicos en las neoplasias otorrinolaringológicas. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 19 (5): 258 - 262.
- Murphy, D. (1991). *Cancer in families*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Peterson, B. (1982). *Oncología*. Moscú: Editorial MIR.
- Ruiz, O. (1996). *Cáncer*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica.
- Waterhause, J. (1994). *Cancer. Handbook of Epidemiology Prognosis*. Livingstone: Edinburgh Churchill.
- World Health Organization (WHO). (1990). *Cancer: causes, occurrence and control*. Lyon: OMS, Publicación científica, 100.