

Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer

Life events and associated psychosocial factors: the cancer patients' experience

Rodrigo Cantú Guzmán¹ y Javier Álvarez Bermúdez²

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el impacto de los aspectos psicosociales en la enfermedad mediante una entrevista a cinco pacientes diagnosticados con cáncer y que recibían tratamiento; también se les aplicaron escalas cuantitativas para conocer sus niveles de estrés percibido y depresión actual. Se pudo corroborar que el cáncer es un suceso vital, pudiéndose observar el impacto emocional negativo del diagnóstico de cáncer, sobresaliendo la depresión, y el predominio de un apoyo social de tipo instrumental. Se sugiere considerar el apoyo psicológico dentro de los tratamientos médicos de la enfermedad, así como también promover estrategias para el trabajo de la expresión emocional y la calidad del apoyo social familiar.

Palabras clave: Cáncer; Impacto emocional; Apoyo social; Estrategias de afrontamiento; Aspectos psicosociales; Psicología de la salud.

ABSTRACT

The aim of this paper was to know the impact of psychosocial aspects on cancer disease, through a semi-structured interview to five patients diagnosed with cancer that were receiving medical treatment; some quantitative scales to investigate perceived stress and depression were also applied. Results show that cancer disease is a life event, and that the emotional negative impact is characterized by depression, and that an instrumental social support predominates. The authors suggest psychological support together with medical treatments, and also to promote new strategies to foster the emotional expression and to increase the quality of family social support.

Key words: Cancer; Emotional impact; Social support; Coping strategies; Psychosocial aspects; Health psychology.

Cualquier tipo de cáncer se caracteriza por el descontrol en el crecimiento de células. Si bien la reproducción de estas es por lo general cuidadosamente controlada por el cuerpo, tal control puede fallar, dando como resultado un crecimiento anormal de aquéllas y el desarrollo de un tumor, una masa o un bulto; cuando se refiere a la sangre, no se crea un tumor, sino que circulan a través de los teji-

¹ Departamento de Especialidades Médicas, Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Haití, Col. Mitras Centro, 64060 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-48-69-02, correo electrónico: rodrigocantu@yahoo.com.

² Subdirección de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-33-67-44, correo electrónico: jabnl@hotmail.com. Artículo recibido el 10 de septiembre de 2007 y aceptado el 24 de mayo de 2008.

dos, en donde se desarrollan (National Cancer Institute, s.f.; National Foundation for Cancer Research, 2005). De ahí que algunos investigadores argumenten que el cáncer no es una enfermedad sino muchas enfermedades que ocurren en diferentes partes del cuerpo. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007), los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en México y por dicha causa fallecieron 63,128 personas en ese año, lo que representa 12.7% del total de defunciones registradas.

Sin duda alguna, al igual que otro tipo de enfermedades, el cáncer genera una serie de efectos de tipo emocional, conductual y social que interactúan entre sí; dichos factores psicosociales se van transformando a la par que la vivencia de la enfermedad (Álvarez, 2002). Según Leventhal, Leventhal y Van Nguyen (1985), el cáncer crea nuevas percepciones, estructuras, roles y definiciones de quien lo padece y de su familia. Se ha encontrado que el cáncer produce un suceso vital en las personas que lo viven, en el cual los aspectos psicosociales influyen en el curso de la enfermedad una vez que ha aparecido (Bloom, 1988).

De acuerdo con Thoits (1983), aquellas experiencias objetivas de un suceso vital como padecer cáncer, que amenaza o interrumpe las actividades rutinarias de las personas, conllevan un reajuste de sus pensamientos y comportamientos. Dichos sucesos pueden dividirse ya sea de forma positiva o negativa, aunque si bien son los sucesos negativos los que pueden estar relacionados con la aparición de síntomas o eventos asociados a alguna enfermedad (Páez, Iraurgi, Valdosera y Fernández, 1993). Bloom (1988) define los sucesos vitales como aquellos eventos externos que provocan demandas adaptativas en la persona que pueden ser afrontadas exitosamente o que ocasionen algún conflicto interno físico o psicológico que termine en alguna otra forma de enfermedad. En otras palabras, los sucesos vitales son entendidos como aquellos eventos que provocan demandas que están fuera del alcance de la persona.

Rahe (1974) propone cinco aspectos que deben de considerarse al momento de revisar los sucesos vitales: la *experiencia pasada*, es decir, cómo ha manejado la persona anteriormente los sucesos estresantes; las *defensas psicológicas*, que es

la habilidad para lidiar con sucesos estresantes; las *reacciones físicas* ante los estresores; las *habilidades de afrontamiento*, esto es, la habilidad para atenuar o compensar las reacciones físicas, y la *conducta de enfermedad*, es decir, cómo la persona interpreta los síntomas y cómo decide buscar ayuda.

Vigotski (1972), por su parte, afirma que todas las emociones poseen elementos de tipo representacional y corporal, ya sean motores-expresivos o fisiológicos, así como también un elemento evaluativo (individual) determinante para la vivencia. Según Álvarez (2002), las emociones concebidas desde la perspectiva de la cognición social se basan en cómo las personas elaboran información sobre la afectividad y la manera en que esto repercute en sus procesos cognitivos; así, al surgir una emoción negativa se espera que sea acompañada también por pensamientos negativos. Algunos hallazgos en la investigación han demostrado ciertos aspectos positivos de la expresión emocional dentro del campo de la salud, versus aspectos negativos en la falta o supresión de la misma. Pennebaker (1989) apunta que la expresión emocional es una manera en la que las personas (pacientes) son capaces de afrontar pensamientos y emociones estresantes o negativos; por ende, la expresión emocional dentro del marco del modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad adquiere un papel importante en la disciplina de la psicología de la salud (Álvarez, 2002; Campbell, 2001).

Uno de los factores emocionales más estudiados es el estrés. En la mayoría de las definiciones del estrés se encuentran dos componentes: uno de origen externo (situaciones alrededor del sujeto) y otro interno (alteraciones internas en la persona, ya sean físicas o psicológicas) (Bloom, 1988). Según Lazarus (2000), la investigación sobre el estrés psicológico (también llamado estrés percibido) se basa en el constructo de la valoración, o bien del enfoque subjetivo; la idea principal aquí es que el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa las transacciones con el entorno; o sea, el estrés percibido no sólo se encuentra en el entorno ni es consecuencia de algunas características de personalidad, sino que más bien depende de alguna forma particular de relación entre la persona y su medio. Lazarus divide, así, el estrés en tres tipos: daño/pérdida, amenaza

y desafío. De acuerdo con Konz (2005), el estrés se refiere a una reacción individual ante una amenaza que está siendo percibida, en donde existe una respuesta fisiológica o biológica por los sistemas endocrino y nervioso, seguida de la percepción psicológica de amenaza, así como también por una respuesta estresante ante un ambiente sociocultural, lo que conduce a un modelo biopsicosocial.

Al momento en que un diagnóstico de enfermedad crónica se le da al paciente, señalan Moos y Tsu (1977), éste generalmente padece de un estado de crisis que se manifiesta en un desequilibrio social, físico y psicológico, es decir, la persona atraviesa un suceso vital; sin embargo, también se han encontrado escasas diferencias significativas en cuanto a las reacciones emocionales cuando se comparan sujetos con cáncer y personas sanas, esto ligado posiblemente a los diferentes estadios de la enfermedad (Andreu, Galdón e Ibañez, 1991).

Sandín (2003) sugiere que los efectos del estrés dependen de la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar una situación estresante, su preparación en su sociedad para afrontar problemas y la influencia de los patrones de conducta aprobados por esa sociedad. Bloom (1988) arguye que el estrés afecta la salud dependiendo de los recursos personales y de la personalidad, así como también de los recursos sociales, como por ejemplo un grupo de apoyo.

El estrés por sí mismo ofrece muy poca información sobre los detalles referente a la lucha de la persona por su adaptación, de acuerdo con Lazarus (2000); sin embargo, la emoción conlleva al menos quince formas distintas relacionadas a dicha adaptación; estas emociones son, a saber: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión; así, cada una de las emociones indica la forma en que la persona valora y maneja la situación, lo que reafirma la íntima relación entre el estrés y las emociones.

Según Valencia (2006), en la enfermedad del cáncer es muy común encontrar síntomas de depresión en los pacientes, asociados generalmente a temores, percepciones y al mismo estigma que ésta implica; sin embargo, uno de los principales temores es el de morir de forma dolorosa, añadido

al de la dependencia de otras personas por la creciente incapacidad física.

Otro factor relevante estudiado en los sucesos vitales es el soporte social, definido de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo caracteriza como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Bravo y Serrano (1997) definen este concepto como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. Páez y cols. (1993) lo describen como la existencia de relaciones con un significativo apoyo emocional, informacional y material, y no solamente como la inserción objetiva en una red social. Taylor (1999) argumenta que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, ya que en estos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se proporciona información sobre cómo otros han afrontado exitosamente dichos problemas. Se puede decir que el soporte social no sólo refiere a la pertenencia a un grupo con algún interés en común o recibir algún tipo de apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo (familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, entre otros) le brinda.

Vinaccia, Quiceno, Fernández y cols. (2005) han encontrado que el apoyo social otorgado a pacientes con cáncer de pulmón por parte del personal de salud y amigos pudiera estar relacionado con niveles adecuados de calidad de vida, confirmando la importancia de la calidad de las relaciones que los pacientes establecen con su medio para generar satisfacción. Contrariamente, Butler, Koopman, Classen y Spiegel (1999) explican que el efecto ya existente del cáncer puede ser aumentado por estresores sociales y repercutir en el ajuste psicosocial del paciente, por lo que deben tenerse ciertas precauciones ante la presencia de un ambiente social aversivo o de rechazo.

De ahí que la vivencia de un suceso vital como el padecer cáncer tenga un impacto en las diversas emociones que viven las personas, lo que puede afectar las relaciones entre los miembros de la familia y la relación de la familia con su con-

texto social (Leventhal y cols., 1985). Así, las emociones, y particularmente su relación con el estrés, no sólo tienen una implicación individual en términos de sus repercusiones psicológicas y fisiológicas internas, sino que también abarcan un componente social en donde las diferentes formas de entenderlo o manejarlo pueden también influir en la forma en cómo la persona se relaciona con las demás.

En cuanto al afrontamiento, Taylor (1999) refiere que, a pesar de que la mayoría de los pacientes con una enfermedad crónica manifiesta una serie de reacciones psicológicas, por lo general no busca algún tipo de apoyo psicológico, sino recursos internos o sociales para lidiar con ciertos problemas o para reducir su estrés psicológico. Páez y cols. (1993) refieren que la forma de afrontar negativamente los problemas de salud mental está asociada por lo común con la mayor frecuencia de sucesos vitales negativos y un menor soporte social. Otros autores, con una visión más individualista de la cognición (Leventhal y cols., 1985), señalan que el afrontamiento involucra una planeación y también una acción por parte de los individuos.

Shapiro (2002) argumenta que aunque el padecer cáncer puede llegar a tener grandes repercusiones en el estrés, también puede influir en un funcionamiento psicológico positivo; estudios como el de Collins, Taylor y Skokan (1990) reportan cambios positivos en las relaciones con familiares o personas cercanas, una mejor autoestima y mejores propuestas sobre el plan de vida de los pacientes.

Los sentimientos de rechazo, al contrario del apoyo emocional positivo, pueden ser descritos como un estresor agregado que, en combinación con eventos traumáticos del pasado y actuales, finalmente saturan y afectan las capacidades de afrontamiento de los pacientes (Butler, Koopman, Classen y Spiegel, 1999). Se entiende aquí por afrontamiento el modo particular de cada persona para sobrellevar una situación demandante, que implica la implementación de nuevas conductas y la propuesta de objetivos, o bien su carencia.

Lo anteriormente mencionado condujo al diseño de un estudio basado en entrevistas a pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer, en el cual se pretendió indagar el impacto emocional

ante el diagnóstico, su soporte social y el tipo de afrontamiento que actualmente empleaban, para corroborar o contrastar la teoría y las dimensiones de estudio señaladas, y apreciar si los datos encontrados eran semejantes o diferentes de los obtenidos en otros estudios.

MÉTODO

Participantes

Se tomó en cuenta una muestra diversa no homogénea. Participaron cinco pacientes: cuatro mujeres y un hombre, con una media de 54.4 años de edad y una desviación estándar de 14.4, diagnosticados con cáncer, derechohabientes de los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León (SMUANL). Un criterio de inclusión fue que estuvieran recibiendo tratamiento oncológico. Dos de las pacientes tuvieron diagnóstico de cáncer de mama, y los tres pacientes restantes de cáncer de piel, ovario y renal, respectivamente. Además, dos de los cinco pacientes presentaban metástasis. En cuanto al nivel de estudios, dos de ellos contaban con estudios de secundaria, uno carecía de estudios, otro había cursado la preparatoria y uno más tenía un posgrado. Referente al número de personas que habitaban con ellos, se obtuvo una media de 3.4, con una desviación estándar de 1.8. Ninguno de los pacientes recibía al momento algún tipo de apoyo psicológico en relación con la enfermedad.

Instrumentos

Para fines de este trabajo, se tomaron en cuenta algunas variables, deducidas de la literatura revisada. Estas fueron las siguientes: emociones (qué sintieron las personas al ser diagnosticadas), apoyo social (con quiénes se relacionaban y dialogaban los pacientes durante su enfermedad) y afrontamiento actual (qué dificultades habían encontrado en el curso de su enfermedad y cómo habían hecho frente a ellas).

Se realizó un diseño descriptivo, en el cual se utilizó un formato para llevar a cabo una entrevista semiestructurada, que consta de reactivos para indagar los datos sociodemográficos, así como

también de veintiún preguntas abiertas sobre cuestiones referentes al diagnóstico de la enfermedad y su repercusión en términos psicosociales.

Dicho formato fue elaborado por los presentes autores y se denominó “Formato entrevista de situación de enfermedad”, y consta de las preguntas que se enlistan en el Anexo.

Se aplicaron asimismo, en el término cuantitativo, la adaptación de la Escala de Estrés Percibido (PSS) de González y Landero (2005) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2006).

Escala de Estrés Percibido (PSS). La versión de González y Landero (2005) consta de 14 reactivos y es calificada por medio de una escala tipo Likert de cinco valores. La puntuación va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), invirtiéndose la puntuación en los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. Dicha escala se aplicó a una muestra aleatoria de estudiantes mexicanos y se obtuvo una consistencia interna de .83. La mayor puntuación corresponde al mayor estrés percibido.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La versión consta de 21 reactivos y se califica por medio de una escala tipo Likert de cuatro valores (0-3). Se utilizó en una muestra de pacientes argentinos de una clínica y se obtuvo una consistencia interna de .88). Se establecieron los siguientes puntos de corte: 0-13, mínimo; 14-19, leve; 20-28, moderado, y 29-63, severo.

Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron su consentimiento antes de llevar a cabo la entrevista y la aplicación de los instrumentos cuantitativos.

Procedimiento

Mediante una entrevista con la coordinadora del Departamento de Medicina Preventiva de los SMUANL, se obtuvo la información de que los derechohabientes al servicio médico que padecen de cáncer son enviados directamente al Centro Universitario contra el Cáncer de la Universidad Autónoma de Nuevo León (CUCC-UANL), y que en la mayoría de los casos ya no se les hace un seguimiento directamente en los SMUANL, por lo que fue preciso acercarse al CUCC-UANL y solicitar dichos informes en Oncología, cuyo encargado accedió a colaborar en el desarrollo de este estudio. Posterior-

mente, se fijó un día de consulta en que se atienden solamente derechohabientes, y de esta manera, una vez que los pacientes eran atendidos por el oncólogo, él mismo les informaba brevemente la intención y los objetivos de este estudio; una vez que accedían a participar, se referían al consultorio donde se llevaron a cabo las entrevistas y las aplicaciones de los instrumentos. Por cuestiones de tiempo, una de las pacientes fue citada días después y otra fue referida directamente por la Coordinación Médica, turno vespertino, de los SMUANL, quienes fueron entrevistadas en estas instalaciones.

Análisis

Se transcribieron las respuestas de los pacientes a las preguntas referentes a las dimensiones bajo estudio. Después se clasificó y trabajó por medio de categorías deductivas a partir de la literatura previamente revisada, haciéndose un análisis de contenido mediante el software Atlas.ti, de Windows 5.0. Además, se efectuaron las sumatorias en el software SPSS para conocer los niveles numéricos de los instrumentos cuantitativos.

RESULTADOS

Apartado cualitativo

a) Emociones

Referente al apartado de emociones, y específicamente a las preguntas “¿Cómo se sintió al enterarse del diagnóstico de cáncer?”, “¿Por cuánto tiempo se sintió así?” y “¿Qué fue lo primero que pensó al enterarse del diagnóstico de cáncer?”, los pacientes respondieron lo siguiente:

- Paciente 1 (mujer, 31 años, cáncer de mama). “Primero pensé: ¿de dónde voy a sacar dinero para el tratamiento?, aunque cuando me dijeron que no cobraban me sentí mejor. Me preocupé, pero por el tratamiento, y con la explicación del médico me sentí mejor. Pero como tengo una niña, a ella sí la voy a estar chocando, [pues] me preocupa que ella tenga cáncer también [la paciente llora ligeramente] [...] Me sentí enojada porque los médicos me dijeron que no era nada, porque era joven y no dolía”. La paciente había tenido durante

siete años un quiste en el seno izquierdo. Hasta que sintió dolor, el médico general la remitió al cirujano para retirar el quiste, y éste la envió a Oncología. Además, desde los 15 años sintió bolas en seno derecho y padecía fibrosis quística. “Decían que las estadísticas dicen que sólo puedes padecer o es más fácil que aparezca cáncer arriba de los treinta y no a los veinte”.

- Paciente 2 (hombre, 69 años, cáncer renal). “El especialista dijo hay que operar y yo dije adelante [...] Me sentí nervioso por que pudiera quedar en el quirófano, por la anestesia... qué sé yo”. Al paciente se le habla sobre las emociones y toma una actitud negada a hablar de ello. Menciona que los psicólogos son los que saben de eso; el paciente no coopera y es muy poco descriptivo. Se le pregunta sobre cómo se siente durante la entrevista, a lo que responde que a gusto, aunque su rostro denota cierta inquietud y al parecer está intimidado por las preguntas y se muestra renuente a hablar sobre los aspectos emocionales.

- Paciente 3 (mujer, 52 años, cáncer de ovario metastático). “Sí se deprime uno, y más que estoy en el medio [la paciente es enfermera de profesión] El médico la alienta a una [...] Pensé que el problema no tenía remedio y que me iba a morir [...] Traté de aceptarlo”.

- Paciente 4 (mujer, 59 años, cáncer de mama). “Antes de que ocurriera ya sentía depresión; dos meses antes no aparecía en la mamografía. Fui a hacer una cita para [aclarar] las dudas; me iban a ir preparando para la biopsia e hicieron estudios por si se requería abrir. Yo muy tranquila les dije abran. Me sacaron ganglios y como quiera podía mover el brazo”.

- Paciente 5 (mujer, 61 años, cáncer de piel metastático). “Me sentí muy mal por unos días; lloraba pensaba que me iba a morir. Pero luego los doctores me dijeron que era bueno (el tumor) y que estaba y estaría bien”. Al terminar la entrevista, la hija de la paciente entró al consultorio a recogerla. Cuando aquélla salió, se le hicieron unas preguntas a ésta

referentes al diagnóstico. Informó que nunca le dijeron a su madre que era un tumor grave. “Pensaba en mi hija de 40 años, que está en silla de ruedas, sobre qué sería de ella si yo moría [...] Acudí al servicio médico, donde me dijeron que requería de operación. Estuve tres o cuatro días internada antes de la cirugía y 18 días después. Tuve que aceptar la operación, [pues] el doctor me dijo que si no me operaba iba a quedar peor”.

b) Soporte social

Referente al apartado del soporte social, y específicamente a las preguntas “Aparte del personal médico, ¿ha hablado usted de su situación de enfermedad con alguien más y con quiénes?” y “¿De qué exactamente ha hablado?”, los pacientes respondieron lo siguiente:

- Paciente 1 (mujer, 31 años, cáncer de mama). “Platicaba con mis amigas sobre qué se sentía y si dolía [...] Me ayudó que ellas me preguntaran este tipo de cosas porque sí sabía lo que sentía, pero no lo que tenía. Yo no sabía que se sentía el tener senos normales, porque así los sentía desde los 15 años [...] Con mis familiares sólo hablaba de los procesos y tratamientos, no de cómo me sentía”. La paciente, al finalizar la entrevista, retomó un tema relacionado con el soporte social, diciendo con llanto moderado: “Mi esposo estaba muy preocupado al principio, pero ahora ya no. Me dice que a lo mejor yo no tenía nada, que yo [lo suponía por] “loca”: Mi esposo dice que es un pretexto para salir y al mismo tiempo me pregunta sobre el cuidado de los niños [...] Mi esposo, al ver gente deteriorada en las salas de espera, creía que yo también estaría así. Yo le decía que cómo iba a ser un pretexto si hasta me están dando un tratamiento”. La paciente prosigue: “Hasta ahorita me acordé: esta actitud de mi esposo ya la hablamos y la solucionamos, pero hasta ahorita que me acordé de que me volví a sentir triste... ¿cómo pudo decir eso? Él se asustó más que yo, bastante, sí se deprimió. Él se empezó a hacer cargo de la casa y de los niños; creyó que yo no iba a poder. Él no quería saber nada de la enfermedad. Hoy cumple años. Me quedé con muchas cosas que decirle a él”.

- Paciente 2 (hombre, 69 años, cáncer renal).
“No quería preocupar a mi esposa en un primer momento ni actualmente”. El paciente no le menciona a ella los tratamientos ni habla con sus hijos. Refiere que no tiene por ahora qué platicarles.
- Paciente 3 (mujer, 52 años, cáncer de ovario metastático).
“Sólo he hablado sobre información referente a los tratamientos y diagnósticos con mis familiares y con mi esposo, pero no de los aspectos emocionales”.
- Paciente 4 (mujer, 59 años, cáncer de mama).
“Con usted es la primera vez; de todo, todo, es la primera vez. Le pregunté a mi esposo si no se sentía mal de que no tuviera un pecho, porque yo me siento como si lo tuviera; no siento molestias ni nada. Mi esposo respondió que él me quiere y me ama y que no tiene prejuicios. Mis hijos me apoyan, pero no he platicado bien, bien, por sus actividades; quiero tener el momento adecuado. Ellos están conscientes de la operación [...] Mi familia estaba sorprendida ante los procedimientos, no yo; me sentí bien por hacerlo a tiempo, tomé una decisión valiente”.
- Paciente 5 (mujer, 61 años, cáncer de piel metastático).
“Fui con un psicólogo un par de veces por lo de mi hijo” (la paciente tiene un hijo perdido. Un día salió y no han vuelto a saber de él desde hace cuatro años y medio). La paciente no habla de la enfermedad sino de la situación de su hijo. Refiere que ella cree que por eso le dieron los achaques. Ha hablado con algunos familiares, aunque muy superficialmente, de que se sentía bien y de que las enfermeras y los médicos la trataron bien los días que estuvo internada. En otro apartado de la entrevista menciona que no tiene por qué hablar con sus hijos de esta situación; dice que no acostumbra hablar de sus problemas, pues no quiere mortificarlos. “Sólo en los casos en que me sienta muy mal. Hablo poco con mi esposo porque es medio canijo; se porta mal con nosotros, tiene carácter fuerte; no le digo nada... me lo aguanto”. La paciente es poco expresiva, no describía sus emociones y repetía mucho que se sentía bien.

c) *Afrontamiento actual*

Referente al apartado del afrontamiento actual, y específicamente a las preguntas “¿Cómo se siente y qué dificultades ha encontrado en la actualidad referente a la enfermedad?”, los pacientes respondieron lo siguiente:

- Paciente 1 (mujer, 31 años, cáncer de mama).
“A lo mejor no tenía nada y no necesitaba radiación, pero el patólogo lo mandó, y está bien, para prevenir. No tengo miedo, no tengo dudas [...] Los pacientes con cuerpos deteriorados en la consulta de Oncología se me quedan viendo como si yo no tuviera nada [...] Normalmente me siento bien, pero al venir a Oncología me entra la incertidumbre. Yo no soportaría estar como ellos; me entristece, pero estoy bien”.
- Paciente 2 (hombre, 69 años, cáncer renal).
“Quizá cambien los planes para mi esposa en cuanto a los cuidados de mi hija”. El paciente menciona que tiene una hija embarazada que vive en el extranjero y que su esposa está por viajar para estar con ella. Se le acababa de dar la noticia de que requería cirugía la siguiente semana. “Me siento preocupado, no quiero molestarla; siento angustia, pero no miedo de morir”. Durante la aplicación del BDI-II, el paciente contesta muy rápido; al parecer, sólo leía el primer inciso y contestaba ese mismo negando todo síntoma o conducta relacionada con la depresión, aunque al contestar el PSS parece poner más atención a las opciones y sus respuestas son más variadas. Evita referirse a los aspectos emocionales. Quizá se sentía intimidado por las preguntas y trataba de evadir cualquier respuesta negativa o hablar de sí mismo; por ejemplo, sólo hablaba de que le preocupaba su esposa, no él; sin embargo, al regresar al consultorio, le preguntó al oncólogo si el tratamiento o la cirugía afectarían su funcionamiento sexual, expresándolo más por medio de señas que verbalmente. Al retirarse el médico, dijo no estar asustado, pero le sudaban las manos.
- Paciente 3 (mujer, 52 años, cáncer de ovario metastático).
“Ya he pasado por muchas cosas: tres quimioterapias [...] No es igual cuando una está entera, se

va deprimiendo. Este problema es delicado” (señala con la mano que el cáncer ha pasado a otros órganos y llora moderadamente). Comenta que una dificultad es depender de los otros.

- Paciente 4 (mujer, 59 años, cáncer de mama). “Actualmente no tengo dificultades; me siento contenta y bien conmigo misma, positiva, le doy gracias a Dios que he comentado con mi hija sobre la prevención, realizando chequeos; hago las cosas tranquila, pero como hormiguita. Soy proactiva... me siento bien”.
- Paciente 5 (mujer, 61 años, cáncer de piel metastático). “Me siento bien actualmente y sin dificultades, sólo algunas referentes al aspecto motriz” (dependencia de otros, ya que una metástasis cerebral le afectó la pierna y el brazo; ligado a esto, tuvo una caída, por lo que la paciente camina muy despacio y con andador).

Apartado cuantitativo

Al realizar la aplicación de los instrumentos cuantitativos se encontraron ciertas limitaciones, como por ejemplo el que los pacientes no estuvieran familiarizados con ese tipo de cuestionarios, o dificultades físicas, como no poder leer las preguntas porque la letra se les hacía muy pequeña y por lo tanto se les tenían que leer; también se observó que uno de los pacientes contestaba de manera muy rápida, aparentemente sin poner atención a los reactivos.

Referente a los puntajes totales obtenidos en la adaptación de la PSS, de González y Landero (2005), y tomando en cuenta que el valor máximo alcanzable es de 56, se encontró lo siguiente: Paciente 1, 24 puntos; Paciente 2, 25; Paciente 3, 22; Paciente 4, 19, y Paciente 5, 23. Se obtuvo una media de 22.6, con una desviación estándar de 2.3.

De acuerdo con los puntajes totales obtenidos y los puntos de corte establecidos en la aplicación del BDI-II (Beck y cols., 2006), se encontraron los siguientes puntajes, tomando en cuenta que el valor máximo alcanzable es de 63: Paciente 1, 15 puntos; Paciente 2, 0; Paciente 3, 29; Paciente 4, 2, y Paciente 5, 14. Así, 2/5 se clasifican en el nivel mínimo, 2/5 en un nivel leve y 1/5 en

el nivel severo. Se obtuvo una media de 12, con una desviación estándar de 11.6.

Análisis resultados cualitativos

Se realizó un análisis de contenido por medio de la clasificación de la información en subcategorías de acuerdo a las categorías ya planteadas anteriormente: emociones, apoyo social y afrontamiento actual. En cuanto a las emociones, se obtuvieron las siguientes frecuencias: depresión, 3; enojo, 1; nerviosismo, 1; pensamientos de muerte, 1; preocupación, 1; preocupación por familiares, 3, y seguridad ante adhesión al tratamiento inicial, 5.

En cuanto a las subcategorías en apoyo social, las frecuencias fueron, a saber: apoyo social instrumental, 4; no hablan de emociones con hijos, 3; preocupación por familiares, 2, y sin apoyo emocional de la pareja, 4.

Finalmente, en lo referente al afrontamiento actual, se obtuvieron las siguientes frecuencias: preocupación, 1; incertidumbre, 1; adhesión al tratamiento actual, 2; angustia, 1; sentirse bien, 3; depender de otros, 2, y depresión, 2.

Como se expuso anteriormente, dichas categorías y subcategorías se interrelacionan entre sí; por ejemplo, se encontraron sentimientos de tristeza (depresión) y preocupación, tanto en las emociones al diagnóstico inicial como también en el afrontamiento actual. Por otra parte, se halló en los pacientes preocupación por sus familiares en la categoría de apoyo social y en la de emociones ante el diagnóstico.

DISCUSIÓN

Sin duda alguna, se pudo corroborar que el cáncer es un suceso vital, y que este es considerado por los pacientes que la padecen como algo que amenaza sus actividades, cambia sus percepciones, modifica sus roles en la familia y sociedad y provoca una demanda adaptativa en la que se espera un reajuste de sus conductas (Bloom, 1988; Leventhal y cols., 1985; Páez y cols., 1993). A pesar de estas reacciones psicológicas, y de acuerdo con Taylor (1999), se constató en estos pacientes la falta de búsqueda de algún tipo de apoyo psicológico referente a la enfermedad.

Cuando se habla de los aspectos psicosociales ante un suceso vital, se entiende que aunque cada uno se define de manera clara, todos se relacionan entre sí; de esta manera, las emociones están presentes en el diagnóstico inicial, en el soporte social y en el afrontamiento, y así cada uno respecto de los otros.

Mediante el análisis de los resultados, se observa que el impacto emocional ante el diagnóstico de cáncer es de tipo negativo, ya que se encontraron emociones iniciales negativas como depresión, enojo, preocupación y nerviosismo; sin embargo, la depresión fue la reacción emocional que destacó en los pacientes al enterarse del diagnóstico. De esta manera, se coincide con Valencia (2006) en cuanto a que en dicha enfermedad es común hallar síntomas de depresión, pero no se encontraron similitudes en cuando al temor a morir de una forma dolorosa, ni tampoco en la negación de la enfermedad, como afirma Taylor (1999). Por otra parte, hubo también pensamientos de muerte y otros referentes a requerir ayuda o caer en la dependencia por padecer alguna incapacidad física. De esta manera, los pacientes experimentan en cierta medida un desequilibrio de tipo psicológico al recién enterarse del diagnóstico (Moos y Tsu, 1977; Taylor, 1999).

Referente al apartado del soporte social, todos los pacientes contaban con éste; no obstante, predomina un apoyo social de tipo instrumental, orientado principalmente a la información sobre el diagnóstico y tratamiento; por el contrario, predomina la carencia de dicho apoyo con una orientación afectiva, lo que implica niveles bajos de calidad de vida o menor ajuste psicológico (Butler y cols., 1999; Devine, Parker, Fouladi y Cohen, 2003; Vinaccia y cols., 2005). Específicamente, la mayoría de los pacientes no habla con sus parejas e hijos sobre los sentimientos y emociones que origina el diagnóstico de cáncer por no querer hacerles daño o mortificarlos; así, hay una clara contradicción en el hecho de que los pacientes no expresan ni comunican expresiones negativas y con gran impacto a sus seres más cercanos, pensando que ello puede ser más benéfico, aunque en realidad puede ser mucho más perjudicial, como lo afirman Campbell (2001), Devine y cols. (2003) y Pennebaker (1989), confirmando así

la evitación de dicho tema, relacionado a su vez con su forma de afrontamiento.

Se encontró un afrontamiento activo vinculado con la adhesión al tratamiento, es decir, seguir las indicaciones del médico, asistir a las consultas, llevar a cabo los tratamientos o tomar los medicamentos, entre otros, tanto al inicio de la enfermedad como en la actualidad. Por ejemplo, los pacientes dijeron sentirse mejor con la explicación o el aliento del médico; debido a esto, pese al impacto que tiene la enfermedad, pudieron sentir cierta seguridad o tranquilidad, según dijeron. Asimismo, aparecen emociones de tipo negativo, como la depresión, la angustia, la preocupación y la incertidumbre, pero también algunos de los pacientes refirieron “sentirse bien”; se halló también, entre las dificultades actuales, la sensación de dependencia (Valencia, 2006). No hubo repercusiones psicológicas positivas, como menciona Shapiro (2002), en cuanto a la unión familiar o cambios en planes de vida, objetivos y metas de los pacientes diagnosticados.

Debido a las limitaciones ya mencionadas anteriormente referentes a los instrumentos cuantitativos, se decidió no incluirlos para corroborar los resultados de tipo cualitativo; sin embargo, los puntajes que midieron el estrés percibido fueron muy similares entre los cinco pacientes, con solo una desviación estándar de 2.3; en el caso de los puntajes de depresión, solo uno de ellos puntuó con un nivel alto, estando la media del total de los pacientes dentro del punto de corte más bajo de la escala.

De acuerdo a los resultados de este estudio y otros citados, se constata la relevancia de la atención psicológica a pacientes diagnosticados con cáncer, pudiendo incluirse, a criterio de ellos, en los procesos y tratamientos oncológicos que se llevan a cabo en la institución especializada donde se atienden; es necesario que dicha atención se enfoque en la identificación, manejo y expresión emocional, y también que se oriente al trabajo con la familia para poder afinar la calidad del soporte social.

Debido a lo limitado de la muestra, no es posible hacer una generalización relacionada con el género, por lo que sería interesante indagar posteriormente las diferencias entre hombres y mujeres sobre los aspectos psicosociales abordados.

En lo tocante a la aplicación de instrumentos cuantitativos, aunque estos hayan sido ya validados con anterioridad, se recomienda tomar en cuenta estrategias alternativas para su aplicación en caso de tener ciertas limitaciones al momento de estar con los entrevistados.

Para concluir, algunos autores afirman que la relación entre las emociones y los productos del ambiente cultural –ya sea la música, literatura u otros relacionados al arte– es significativa y no se concebiría un fenómeno artístico sin su impacto emocional (Igartúa, Álvarez, Adrián y Páez, 1994); es decir, cuando una persona está expuesta a elementos relacionados con el arte, experimentará

una reacción emocional que depende en gran medida de su evaluación de dichos elementos. Debido a la misma dificultad o carencia de la expresión emocional ante la enfermedad, una herramienta útil para los casos en que la expresión o comunicación tradicional de las emociones no funciona es el uso de las artes en los contextos sanitarios, y específicamente en pacientes que padecen cáncer, como lo proponen algunos investigadores y centros especializados (Clark, Isaacks-Downtown, Wells y cols., 2006; Kazanjian, 2002; M. D. Anderson Cancer Center, 2006; Nainis, Paise, Ratner y cols., 2006; Puig, Lee, Goodwin y Sherrard, 2006).

REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Andreu V., Y., Galdón G., M.J. e Ibáñez G., E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (2006). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bloom, B.L. (1988). *Health psychology: A psychosocial perspective*. New York: Prentice-Hall.
- Bravo, M. y Serrano, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernández R. y T. J. Carrasco J. (Comps.): *Psicología preventiva*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C. y Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18(6), 555-560.
- Campbell, K.A. (2001). *Emotional expression: A comparison of assessment methods*. Disertación doctoral no publicada. Lexington, KE: University of Kentucky.
- Clark, M., Isaacks-Downtown, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, J.T. y Chakravarthy, B. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of Music Therapy*, 43(3), 247-265.
- Collins, R.L., Taylor, S.E. y Skokan, L.A. (1990). A better world or a shattered vision?: Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T. y Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following and experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12, 453-462.
- González, M.T. y Landero, R. (2005). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Indianapolis, IN: Addison-Wesley.
- Igartúa, J., Álvarez, J., Adrián, J.A. y Páez, D. (1994). Música, imagen y emoción: Una perspectiva vigotskiana. *Psicothema*, 6(3), 347-356.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007). *Estadísticas a propósito del Día mundial contra el Cáncer*. Disponible en línea: www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/cancer07.pdf (Consultado el 8 de abril de 2007).
- Kazanjian, D. (2002). *Satisfaction and outcomes assessment Hospital Artist-In-Residence Program*. *The Creative Center Inc*. Disponible en línea: www.thecreativecenter.org (Consultado el 19 de marzo de 2006).
- Konz, M. (2005). Health psychology. *Choice*, 42(9), 1507-1521.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Van Nguyen, T. (1985). Reactions to family illness: Theoretical models and perspectives. En D. C. Turk y R. D. Kerns (Eds.): *Health, illness, and families: A life-span perspective*. New York: John Wiley & Sons.

- M. D. Anderson Cancer Center (2006). *Place of wellness. Music Therapy*. Disponible en línea: www.mdanderson.org/departments/wellness/dindex.cfm?pn=7e34c910-edef-44fc-a5dbe5c455ce67c0 (Consultado el 10 de junio de 2006).
- Moos, R.H. y Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: an overview. En R. H. Moos (Ed.): *Coping with physical illness*. New York: Plenum Press.
- Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J.H., Lai, J., Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169.
- National Cancer Institute (s.f.). *Cancer definition*. Disponible en línea: www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?expand=C (Consultado el 5 de junio de 2006).
- National Foundation for Cancer Research (2005). *Cancer information*. Disponible en línea: <http://www.nfcr.org/Default.aspx?tabid=366> (Consultado el 13 de mayo de 2007).
- Páez, D., Iraurgi, J., Valdoseda, M. y Fernández, I. (1993). Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Bol. S. Vasco-Nav. Ped.*, 27(87), 34-48.
- Pennebaker, J.W. (1989). *Confession, inhibition, and disease*. New York: Academic Press.
- Puig, A., Lee, S.M., Goodwin, L. y Sherrard, P.A.D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 218-228.
- Rahe, R.H. (1974). Subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Previous work plus new directions of study. En J. Riehl y C. Roy (Eds.): *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Shapiro, S.L. (2002). *Mindfulness-based stress reduction and breast cancer*. Disertación doctoral no publicada. Tucson, AZ: The University of Arizona.
- Taylor, S.E. (1999). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Thoits, P. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H. Kaplan (Ed.): *Psychological stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Valencia L., S.C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241-257.
- Vigotski, L.S. (1972). *Psicología del arte*. Madrid: Seix-Barral.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.

Anexo**Formato entrevista de situación de enfermedad**

1. ¿Cuál es el motivo por el cual acude usted a esta institución?
2. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad importante en el pasado?
3. ¿Padece de alguna otra enfermedad actualmente además del cáncer?
4. ¿Cómo se enteró usted de su enfermedad?
5. ¿Qué tipo de tratamiento le recomendaron?
6. ¿Qué piensa usted acerca del cáncer?
7. ¿Cuáles considera usted las causas que provocaron su enfermedad?
8. ¿Cómo se sintió al enterarse del diagnóstico de cáncer?
9. ¿Por cuánto tiempo se sintió así?
10. ¿Qué fue lo primero que pensó al enterarse del diagnóstico de cáncer?
11. ¿Qué hizo al enterarse del diagnóstico?
12. ¿Qué dificultades ha encontrado en su relación con la enfermedad?
13. ¿Qué es lo que más le ha dado dificultad en su relación con la enfermedad?
14. ¿Qué es lo que más le ha ayudado en su relación con la enfermedad?
15. ¿Cómo lo ha(n) tratado la(s) institución(es) donde se atiende?
16. ¿Qué tratamientos está llevando actualmente o ha llevado en el pasado?
17. Aparte del personal médico, ¿ha hablado usted de su enfermedad con alguien más?, ¿con quiénes?
18. ¿De qué exactamente ha hablado?
19. ¿Algún familiar suyo ha padecido cáncer u otra enfermedad importante?
20. ¿Cómo se siente y qué dificultades ha encontrado en la actualidad referentes a la enfermedad?
21. ¿Cómo se sintió al hablar de esto y contestar las preguntas?