

IMPACTO DEL TRATAMIENTO Y FASES PSICOLÓGICAS QUE ATRAVIESA EL PACIENTE CON CÁNCER

Ornella Raymundo Villalva* e Irina Ayala Serrano**

Universidad César Vallejo

RESUMEN

La investigación descriptivo correlacional tuvo como objetivo estudiar la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. Se utilizó la Escala de actitud frente a la enfermedad, construida y validada para los fines de investigación, y la Escala de evaluación funcional de la terapia de cáncer. La muestra fue de 60 pacientes, existiendo una correlación directa entre impacto del tratamiento y todas las fases psicológicas; el estado físico general se correlaciona directamente con negación, enojo y depresión; el ambiente familiar y social tiene una correlación directa con aceptación; el estado emocional se correlaciona directamente con todas las fases psicológicas y la capacidad de funcionamiento tiene una relación directa con enojo y depresión.

Palabras claves: impacto del tratamiento, fases psicológicas, cáncer.

IMPACT OF THE TREATMENT AND PSYCHOLOGICAL PHASES WHICH CANCER PATIENTS GO THROUGH

ABSTRACT

The descriptive correlational investigation had as an aim to study the relation between the impact of the treatment and psychological phases for which the cancer patient go through. It was used the Attitude towards the Disease Scale and the Functional Evaluation of Cancer Therapy Scale. The sample was composed by 60 cancer patients. Finding a direct correlation between impact of the treatment and all the psychological phases, the general physical state is directly correlated with negation, anger and depression, family and social environment has a direct correlation with acceptance, the emotional state is directly correlated with all psychological phases and the functioning ability has a relationship with anger and depression.

Key words: impact of the treatment, psychological phases, cancer.

IMPACTO DAS FASES TRATAMENTO PSICOLÓGICO E PASSOU O PACIENTE COM CÂNCER

RESUMO

Pesquisa do tipo descritivo correlacional, teve como objetivo estudar a relação entre o impacto do tratamento e os estágios psicológicos através do paciente com câncer. Foi utilizada a escala de atitude em relação à doença, construído e validado para fins de pesquisa e da Escala de avaliação funcional da terapia do câncer. A amostra foi composta por 60 pacientes, existe uma correlação direta entre o impacto do tratamento e de todas as fases psicológicas, o condicionamento físico geral está diretamente relacionada com a raiva, negação e depressão, meio familiar e social tem uma correlação direta com a aceitação, o estado emocional correlaciona diretamente com todas as fases e de aptidão psicológica para a função está diretamente relacionada com a raiva e depressão.

Palavras-chave: impacto do tratamento, fases psicológicas, o câncer.

Correspondencia: *skartisue_ho@hotmail.com; **irinita02@hotmail.com

Una de las enfermedades más severas y de mayor incidencia en la salud de las personas (tanto a nivel fisiológico como psicológico) es el cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud (2005), el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, afectando al paciente de manera integral, así como a sus familiares; por ello se requiere un manejo psicológico y social del paciente con cáncer.

Se han realizado anteriormente investigaciones acerca de la calidad de vida de pacientes con cáncer, sus necesidades psicológicas y trabajo multidisciplinario en su tratamiento, en su mayoría en países europeos, tal como lo refieren los estudios realizados en España e Italia (Arraras, Arias, Asín & Arrazuvi, 2010; Grassi & Morasso, 1999). Dentro de estas investigaciones destacan el trabajo de Gaviria, Vinaccia, Riveros, y Quiceno (2005), su objetivo fue evaluar la relación entre calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Se evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable. La de menor intensidad es el área emocional, posiblemente por la cantidad de síntomas de dolor que presentan. A pesar de ello no se encontró una personalidad resistente definida, en contraste son personas que asumen estrategias de afrontamiento adaptativas, como búsqueda de información y apoyo social.

También Corral, Matellanes y Pérez (2007) realizaron en el servicio respiratorio del hospital de Galdakao (Brasil) un estudio. Su principal objetivo era describir las necesidades psicológicas detectadas en el trabajo psico-oncológico realizado con los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón y con sus familias. Encontraron que este diagnóstico va a cambiar la estructura vital del paciente; se detectaron necesidades emocionales relacionadas con la ansiedad, la culpa y el miedo a la muerte, entre otras.

Por otro lado, se señalan investigaciones en el ámbito nacional. La expuesta por Valle (2006) en el Hospital Arzobispo Loayza, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva, calidad de vida y sus

asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y estado menopáusico. Se encontró una prevalencia del 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida.

La investigación realizada por Missiaggia (2004) describe la relación y contrastación entre la expresión de hostilidad y cólera con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que presentan intervención quirúrgica radical y conservadora. Su trabajo fue realizado en el Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins". Obtuvo una correlación significativa entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de cólera en el grupo con cirugía radical; también entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de la hostilidad. Asimismo, el componente "*síntomas*" se correlaciona negativamente con el control de cólera manifiesta y el componente "*cognitivo de la calidad de vida*" está relacionado con el control de cólera contenida.

Dentro de este marco se debe dar importancia al tema de la información diagnóstica, ya que el enfermo enfrentado por la sospecha o la evidencia concreta de la existencia de una enfermedad neoplásica sufre un impacto emocional, sus sentimientos de por qué a él y los aspectos de su presunta inmortalidad quedan profundamente afectados, teniendo que reconocerse como un ser humano capaz de enfermar y morir (Aresca et al., 2004).

El paciente, durante el transcurso de su enfermedad, luego del impacto que le genera enterarse de su padecimiento, enfrenta o atraviesa por diferentes fases psicológicas, detalladas en el trabajo de Kubler (1993) que contribuye a un mejor entendimiento de los procesos sufridos por el individuo durante las fases terminales de la enfermedad. Aunque la mayor parte de estas investigaciones se realizaron con enfermos cancerosos, los hallazgos se pueden extrapolar a otros padecimientos terminales.

Kluber (1993) detalla cinco fases o periodos en el proceso agónico: a) negación, en la que el paciente no tiene una comprensión total de su enfermedad; b) enojo, el paciente ve rota las

esperanzas, aspiraciones y metas que tenía, denotando una reacción de irritabilidad ante pequeños estímulos, c) regateo, el paciente realiza promesas u ofrecimiento esperando una curación milagrosa de su enfermedad; d) depresión, el tratamiento tedioso del cáncer le produce cambios en los esquemas corporales y emocionales que afectan al estado de ánimo; y e) aceptación, el paciente, consciente de la gravedad de su enfermedad, busca asimilar su diagnóstico clínico. Estas etapas pueden durar de minutos a meses, no ser percibidas, o pasar de una a otra en ambas direcciones, las cuales pueden ser atravesadas por el paciente en distinto orden y encontrarse en más de una fase. Cabe resalta que en los hallazgos de Gaviria, et al. (2005) mencionados anteriormente y Corral, Matellanes, y Pérez, (2007), se da importancia a la intensidad en el área emocional, la misma que se ve disminuida posiblemente por la cantidad de síntomas de dolor, brindando una luz de la relación del impacto del tratamiento para el cáncer (quimioterapias, baños de cobalto etc.) con el estado anímico en el paciente. Se mencionan a Cella, Hahn y Dineen (2008), quienes elaboraron un cuestionario para medir el impacto de tratamiento del cáncer en los pacientes. Distinguiéndose cuatro áreas que interaccionan entre sí para poder identificar el impacto del tratamiento. 1) *estado físico general de salud*; involucra el dolor, náuseas y falta de energía; 2) *ambiente familiar y social*; se observa el grado de apoyo e interacción social; 3) *estado emocional*; se refiere a la sensación de tristeza, satisfacción y temor a la muerte; 4) *funcionamiento personal*; referida a la capacidad de disfrute, trabajo y satisfacción con su calidad de vida actual.

Resaltando la importancia de la información diagnóstica, el tratamiento y las fases psicológicas, se ha elaborado esta investigación. Se busca responder a la siguiente interrogante: ¿cuál es la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2010?, teniendo como objetivo general: identificar la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas.

Aunque la investigación se enmarca en el ámbito psicológico, sus repercusiones son tanto de carácter psicológico como clínico, ya que va a identificar el impacto que genera el tratamiento médico del cáncer, así como las fases psicológicas por las que atraviesan los pacientes.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Sánchez & Reyes, 2006), en 60 pacientes con cáncer durante el año 2010.

Participantes

La muestra estuvo constituida por pacientes con edades entre 20 a 70 años que padecen de algún tipo de cáncer. Se obtuvo mediante la fórmula de Cochran, a un nivel de confianza del 95%. Se encontró pacientes que padecen en un 23% cáncer de mama, 29% cáncer de útero, 25% de cáncer de pulmón, 12% cáncer de estómago y un 11% cáncer de próstata. En cuanto al género de la muestra, se halló que un 64% fueron mujeres y un 36% varones, los mismos que se encontraban en los estadios II, III y IV con un 49%, 38% y 13%, respectivamente. Dentro de los criterios de inclusión se consideró que hayan estado recibiendo tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal), con un tiempo mínimo de 6 meses, en un hospital de la ciudad de Trujillo, hospitalario o ambulatorio, libres de cualquier otra patología que interfiera en los síntomas evaluados y no presenten problemas psiquiátricos que interfieran en su calidad de vida, como psicosis o delirios.

Instrumentos

- a. Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer (AFEP)

La Escala fue creada el año 2010 en Trujillo, para los fines de la investigación. Consta de cinco áreas según las fases por las que atraviesa el paciente terminal, basada en la teoría de Kluber (1993). Dicha escala atravesó por un proceso de validación, pasando por un grupo de 10 licenciados en psicología clínica. Se obtuvo así la validez del contenido mediante el coeficiente de chi cuadrado a un nivel de confianza de 95% para

cada ítem. Tras el análisis, se procedió a una aplicación del instrumento, a 100 pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo, adquiriendo la consistencia interna (alfa de Cronbach), que fue de 0.807. La estructura interna del test fue explorada por medio de un análisis factorial. Se obtuvo un KMO de 0.523 y en la Prueba de Esfericidad de Bartlett de 0.03 lo cual demostró que existe una correlación aceptable entre las variables. Fue pertinente continuar con el análisis y se obtuvo que la estructura factorial mediante el método de rotación, Normalización Varimax con Kaiser, reconstruye completamente la fase de regateo (factor 3) y parcialmente las fases de aceptación (factor 2), depresión (factor 4), enojo (factor 1) y negación (factor 5). Es importante mencionar que este instrumento busca evaluar las fases psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer. Al no ser necesariamente únicas y particulares, implica que pueden existir sujetos que se encuentren atravesando por varias fases simultáneamente, a diversos o similares niveles. En la Tabla 1 se detalla el resultado del análisis factorial.

b. Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer (Functional of Cancer Therapy Scales - Fact G versión 4)

Esta escala, creada por Cella et al. (2008), tuvo una adaptación española hecha por los mismos autores. Contiene 34 ítems distribuidos en cuatro áreas relacionadas con la calidad de vida: “el estado físico general de salud”, “el ambiente familiar y social”, “el estado emocional” y “la capacidad de funcionamiento personal”. (Cella et al., 2008; Colin, Espie, Cassidy, Samuel, Lynne, Craig & White, 2008). El método consistió en cinco fases de validación, donde participaron 854 pacientes con cáncer y 15 especialistas de oncología. El grupo inicial fue de 370 elementos superpuestos para el cáncer de mama, de pulmón y el cáncer colon-rectal, el cuestionario fue generado por entrevista de composición abierta con los pacientes con experiencia en los síntomas del cáncer y los profesionales de oncología. Usaron criterios de preselección. Debido a ello, los ítems se redujeron

a un 38 en la versión general. Los análisis de esos 38 ítems se realizaron en 545 pacientes con cáncer de mezclados diagnósticos. Holzner, Kemmler, Cella (2004) y Pickering, Pyle, Larkin, (2009) refieren que los resultados encontrados son: fiabilidad entre kappa > 0.60, se logró para las clasificaciones de la consistencia interna (kappa = 0.71), la estructura interna (kappa = 0.80), la validez convergente (kappa = 0.67) e información para ayudar a la interpretación de las puntuaciones (kappa = 0.63).

Sin embargo, para los fines de la investigación dicha escala fue estandarizada con una población de 100 pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo. Se consiguieron las siguientes consistencias internas satisfactorias: “el estado físico general de salud” (0.80), “el ambiente familiar y social” (0.649), “el estado emocional” (0.73), y “la capacidad de funcionamiento personal” (0.82). La consistencia interna total fue de 0.721. Debido a ello se tuvieron que eliminarse 9 ítems, ya que presentaban un efecto negativo en la fiabilidad general.

Esta escala tiene como objetivo la evaluación de la calidad de vida de cualquier tipo de enfermo con cáncer para conocer el impacto del tratamiento y la enfermedad en ésta. Las áreas que evalúa la escala, según el análisis realizado, concluyeron en las siguientes: estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal, eliminándose la escala de la relación con el médico, usada en la primera versión de la escala.

c. Mini Mental State Examination (MMSE)

El Mini mental State Examination (MMSE) fue basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979). Su objetivo dentro de las escalas cognitivas-conductuales es confirmar y cuantificar el estado mental de una persona evaluando áreas como orientación, registro de información, atención y cálculo, el recuerdo, lenguaje y la construcción. El estudio estadístico del MMSE original demostró buenas propiedades psicométricas en la prueba, con una validez que

Tabla 1
Análisis Factorial de la Escala de Actitud Frente a la Enfermedad

N°	Ítem	Carga Factorial	Comunalidad	Fase
Factor 1. Enojo (23.10% de varianza explicada)				
4	Mi enfermedad me produce dolencias que alteran mi vida diaria, manteniéndome enojado.	.849	.806	Enojo
7	Pienso que el personal de salud es incapaz de ayudar en la mejoría de mi enfermedad.	.123	.856	Enojo
13	Creo que por mi enfermedad he perdido las ganas de trabajar.	.439	.751	Depresión
16	La enfermedad que padezco me produce un disgusto excesivo.	.831	.760	Enojo
21	Pienso que me estoy alejando de las personas de mi entorno.	.744	.649	Depresión
Factor 2. Aceptación (13.96% de varianza explicada)				
6	Pienso que debo aprender a vivir con mi enfermedad.	.824	.795	Aceptación
9	Mi estilo de vida se está adecuando a mi enfermedad.	.875	.888	Aceptación
19	Considero que el tratamiento que estoy llevando es parte de mi enfermedad y estoy aprendiendo a vivir con ello.	.766	.883	Aceptación
Factor 3. Regateo (10.88% de varianza explicada)				
3	Hoy más que antes asisto a cultos religiosos.	.762	.710	Regateo
5	Siento que mi fe ha aumentado a raíz de mi enfermedad.	.749	.926	Regateo
11	Realizo promesas religiosas con el fin de mejorar mi estado de salud.	.776	.733	Regateo
17	Pienso que mi fe me puede curar la enfermedad.	.192	.872	Regateo
Factor 4. Depresión (10.00% de varianza explicada)				
8	La enfermedad que padezco hace que tenga una sensación de tristeza permanente.	.893	.895	Depresión
12	Me preocupo mucho por mis familiares.	.667	.678	Depresión
14	Últimamente me dicen que me comporto fríamente en relación en relación a mi enfermedad.	.283	.885	Depresión
18	Siento tristeza por todo.	.938	.919	Depresión
Factor 5. Negación (6.83% de varianza explicada)				
1	Considero necesario asistir a otros médicos que confirmen el diagnóstico de mi enfermedad.	.130	.849	Negación
2	Siento que a causa de mi enfermedad será difícil cumplir mis metas.	.805	.905	Enojo
10	Desde que apareció mi enfermedad mis familiares dicen que me comporto como un niño.	.244	.806	Negación
15	Me siento preocupado al pensar en mi enfermedad.	.307	.814	Negación
20	Pienso constantemente en las razones por las que estoy padeciendo esta enfermedad.	-.214	.844	Negación

identifica cinco componentes que explicaron el 77% de la varianza y una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.6801. Cabe resaltar, no se realizó una estandarización de dicho instrumento, ya que fue utilizado únicamente para los criterios de inclusión de la muestra de pacientes con cáncer.

Procedimiento

Se evaluó a pacientes con cáncer seleccionados por el muestreo aleatorio simple (Scheaffer, 2005). La cantidad de pacientes fue de 60. Se les solicitó su consentimiento informado a través de la entrega de un documento precisándoles los fines de la evaluación, el anonimato de la prueba, la confidencialidad de sus respuestas, así como la posibilidad de retirarse del estudio sin ningún tipo de consecuencias. Los

pacientes que estuvieron de acuerdo firmaron la carta y completaron los instrumentos en la modalidad autoadministrada. Los datos recolectados fueron analizados descriptivamente para determinar las frecuencias, porcentajes y promedios; también se realizó el análisis correlacional con los estadísticos de Pearson y Spearman de acuerdo a la distribución de la muestra.

RESULTADOS

En el impacto del tratamiento se encontró un mayor porcentaje en el nivel promedio: más de la mitad de los pacientes con cáncer tienden a percibir un deterioro a un nivel promedio en su calidad de vida producto del tratamiento recibido, tal como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2
Niveles del Impacto del tratamiento de los pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	13	23.35
Promedio	32	53.2
Alto	15	23.4
Total	60	100

Por otro lado, en el análisis de frecuencia por dimensiones, se encontró que en el estado físico general hay un mayor porcentaje de pacientes en el nivel promedio. Indica que los pacientes presentan una alteración moderada en su estado físico tras el tratamiento, tienen dolores, falta de energía, náuseas y molestias secundarias a la intervención. Asimismo, en la dimensión ambiente familiar y social se apreció que la mayoría de los pacientes perciben un moderado apoyo ante su enfermedad, considerado por un acercamiento relativo a sus familiares y amistades. En cuanto a la dimensión de estado emocional, se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes con tendencia a percibir que su estado emocional se ve afectado a un nivel promedio.

Significa que los pacientes presentan una moderada afección de su estado emocional por el tratamiento e implica que hay sensaciones de tristeza, ansiedad, preocupación por la muerte y pérdida de la lucha contra la enfermedad. Por último, en la dimensión de capacidad de funcionamiento personal se evidencia que los pacientes mantienen una moderada capacidad de funcionamiento personal, el tratamiento limita su normal desenvolvimiento en sus pasatiempos y actividades que podía realizar antes de la enfermedad; sin embargo, puede realizar algunas de ellas parcialmente y estar satisfecho con su trabajo y calidad de vida, en la medida de sus posibilidades. (Tabla 3)

Tabla 3
Niveles del impacto del tratamiento por dimensiones de los pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo

Variable y dimensiones	Niveles	f	%
Impacto del tratamiento	Alto	10	20
	Promedio	38	63.3
	Bajo	12	17.7
Estado físico general de salud	Alto	12	20
	Promedio	32	53.3
	Bajo	16	26.7
Ambiente familiar y social	Alto	16	30
	Promedio	32	53.3
	Bajo	12	16.7
Estado emocional	Alto	12	20
	Promedio	34	56.7
	Bajo	14	23.3
Capacidad de funcionamiento personal	Alto	14	23.3
	Promedio	32	50
	Bajo	16	26.7

En la tabla 3 se aprecia que en la fase de negación el mayor porcentaje de pacientes con cáncer se ubicaron en el nivel promedio. Implica que hay una toma de conciencia parcial de la enfermedad; sin embargo, puede continuar experimentando las características de ansiedad, necesidad de compañía y negarse a aceptar el diagnóstico. Asimismo, se puede observar que en la fase de enojo se halla un alto porcentaje de pacientes que se encuentran en un nivel promedio. Esto denota que si bien sus metas y aspiraciones son vistas como rotas, hay una nueva visión de proyectos a futuro; sin embargo, no supera del todo las esperanzas perdidas, evidenciándose enojo, agresión y dependencia, pero en menor intensidad. En cuanto a la fase de regateo, se observa que casi todos los pacientes con cáncer se encuentran en un nivel promedio, son conscientes de que sus promesas u ofrecimientos no le

generarán una recuperación milagrosa, si no se acercan a Dios como forma de compañía y alivio de los miedos que surgen ante su enfermedad. En la fase de depresión se obtuvo que más de la mitad de pacientes se encuentran en un nivel promedio. Indica que los pacientes, ante los cambios físicos y emocionales por la enfermedad, se sienten afectados. Sin embargo, su preocupación por el futuro de los demás, su desconfianza, tristeza y llanto son menos frecuentes. Por último, en la fase de aceptación, se observa que la mayoría de los pacientes atraviesan esta fase en un nivel promedio y revelan que los pacientes logran asimilar su enfermedad. Sin embargo, se evidencia que aún no superan las fases anteriores y mantienen características moderadas de ansiedad, tristeza, enojo y promesas a Dios por recuperarse. (Tabla 4)

Tabla 4
Niveles de las Fases Psicológicas por las que atraviesan los pacientes con cáncer de un Hospital de la ciudad de Trujillo.

Fases psicológicas	Niveles	F	%
Negación	Alto	8	13.3
	Promedio	32	53.4
	Bajo	20	33.3
Enojo	Alto	4	6.7
	Promedio	48	80
	Bajo	8	13.3
Regateo	Alto	0	0
	Promedio	58	96.7
	Bajo	2	3.3
Depresión	Alto	12	20
	Promedio	38	63.3
	Bajo	10	16.7
Aceptación	Alto	16	26.7
	Promedio	40	66.6
	Bajo	4	6.7

En el análisis del impacto del tratamiento con cada una de las fases se aprecia que existe una correlación significativa directa entre el impacto del tratamiento y las fases de negación, enojo, regateo, depresión y aceptación. Implica que, ante mayor sea el impacto del tratamiento percibido por los pacientes con cáncer, se incrementarán las fases psicológicas a nivel general.

Así también, en el análisis de las dimensiones y fases de las variables la correlación encontrada entre la dimensión de estado físico general y la fase de negación y depresión es directa, baja pero significativa. Indica que ante un mayor malestar físico debido al tratamiento, entonces será mayor la negación en los pacientes, así como ante un mayor malestar físico la depresión tiende a incrementarse. En el análisis con la fase de enojo se observa la existencia de una correlación directa, moderada y significativa. Indica que ante un mayor deterioro físico el enojo también tiende a elevarse. Sin embargo, se obtuvo que no existe una correlación significativa con la fase de regateo y aceptación.

En cuando al análisis de la correlación entre la dimensión de ambiente familiar, social y las fases de negación, enojo, regateo y depresión no

se obtuvo una correlación significativa. Sin embargo, se encontró una correlación directa moderada y significativa con la fase de aceptación, lo cual implica que ante una percepción de elevada afección de su ambiente familiar y social, mayor será la aceptación de la enfermedad.

En el análisis de la correlación entre la dimensión de estado emocional y la fase de negación se obtuvo una correlación directa y altamente significativa. Esto denota que ante mayores dificultades emocionales asociados al tratamiento, la negación de la enfermedad tiende a incrementarse. En este mismo nivel de correlación se aprecia a la fase de depresión, demostrando que ante un mayor deterioro emocional mayor será la depresión. Asimismo, con respecto a la fase de enojo, se observa una correlación directa, baja pero significativa. Implica que, ante una mayor afección en su estado emocional, el enojo tiende a elevarse. Esta misma correlación se observa entre estado emocional, la fase de regateo y aceptación; ante un mayor deterioro emocional, mayor será el regateo que presente el paciente. En la fase de aceptación denota que, ante un mayor deterioro emocional, la

IMPACTO DEL TRATAMIENTO Y FASES PSICOLÓGICAS QUE ATRAVIESA EL PACIENTE CON CÁNCER

aceptación se incrementa.

Por último, en el análisis de la correlación de la dimensión de capacidad de funcionamiento personal y las fases psicológicas, en cuanto a la fase de negación, regateo y aceptación, no se obtuvo una correlación significativa. Sin

embargo, se evidenció una correlación directa, baja pero significativa con las fases de Enojo y Depresión. Indica que, ante un mayor deterioro en las capacidades de funcionamiento personal, mayor será su enojo y depresión. (Tabla 5)

Tabla 5

Correlación entre Impacto del Tratamiento y Fases Psicológicas por las que atraviesa el paciente con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Fase de Negación	Fase de Enojo	Fase de Regateo	Fase de Depresión	Fase de Aceptación
Impacto del tratamiento	<i>r/rho</i>	<i>r</i> =.487**	<i>r</i> =.535**	<i>rho</i> = .306*	<i>r</i> = .565**	<i>rho</i> = .362**
	<i>p</i>	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .017	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .004
Estado físico general	<i>r/rho</i>	<i>r</i> = .452**	<i>r</i> =.510**	<i>rho</i> = .184	<i>r</i> = .488**	<i>rho</i> = .222
	<i>p</i>	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .159	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .088
Ambiente familiar y social	<i>r/rho</i>	<i>r</i> = .093	<i>r</i> = .111	<i>rho</i> = .122	<i>r</i> = .116	<i>rho</i> = .459**
	<i>p</i>	<i>p</i> = .481	<i>p</i> = .400	<i>p</i> = .351	<i>p</i> = .379	<i>p</i> = .000
Estado emocional	<i>r/rho</i>	<i>r</i> = .614**	<i>r</i> =.487**	<i>rho</i> = .357	<i>r</i> = .730**	<i>rho</i> = .282*
	<i>p</i>	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .005	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .029
Capacidad de funcionamiento personal	<i>r/rho</i>	<i>r</i> = .209	<i>r</i> = .326*	<i>rho</i> = .207	<i>r</i> = .258*	<i>rho</i> = .081
	<i>p</i>	<i>p</i> = .108	<i>p</i> = .000	<i>p</i> = .113	<i>p</i> = .046	<i>p</i> = .536

**p*<.05; ** *p*<.001

DISCUSIÓN

En cuanto al impacto del tratamiento, la mayor parte de los pacientes se ubicaron en un nivel promedio en todas las dimensiones (Tabla 3). Implica que los pacientes con cáncer tienden a mantener un deseo de controlar los efectos secundarios del tratamiento, como medio de lucha ante su enfermedad, corroborándolo con el aporte de Brennan (2001). Según este investigador; el ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer para obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección.

Por otro lado, con relación a las fases psicológicas de los pacientes, se encontró que la mayoría de ellos atraviesan las fases de negación, enojo, regateo, depresión y aceptación a un nivel promedio (Tabla 4). Dichas fases pueden ser experimentadas al mismo tiempo y en diferentes niveles. Cabe resaltar que la fase de regateo obtuvo un mayor porcentaje de incidencia casi en su totalidad en dicho nivel como fase base, el paciente busca adaptarse a su enfermedad, tratamiento y nuevo estilo de vida. Como refieren Aresca et al. (2004), el impacto de la enfermedad produce, en una primera fase, un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida. A lo largo del proceso de la enfermedad, el paciente se va adaptando y aceptando progresivamente su padecimiento; sin embargo, ante la noticia de padecer un cáncer, en la familia se pone en evidencia la presencia de elementos míticos y religiosos. Se deduce que, ante los resultados encontrados, el medio de adaptación más utilizado por los pacientes de un hospital de la ciudad de Trujillo es la fase de regateo, por su alta incidencia, seguida por el enojo y depresión.

En lo referente al análisis correlacional, se obtuvo que el impacto del tratamiento mantiene una correlación directa y significativa con todas las fases psicológicas (Tabla 5), lo que se sustenta con lo expuesto por Corral, Matellanes y Pérez

(2007), quienes le dan la importancia a los síntomas de dolor en la calidad de vida de pacientes con este padecimiento. Se deduce que, en cuanto mayores sean los efectos secundarios al tratamiento brindado, mayor repercusión tendrán a nivel familiar, emocional y funcionalidad personal, con el deterioro notable de la calidad de vida del ser humano. Se corrobora también con lo mencionado por Cruzado (2009) en el sentido de que el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el problema del cáncer va a depender del grado de patología a nivel clínico, el modo de información recibido, el apoyo social y recursos ambientales, y los efectos del tratamiento. Por otro lado, para Ehrenzweig (2007), el tratamiento del cáncer está dentro de las terapias más complicadas debido a los altos niveles de incertidumbre que genera; la información acerca de esta enfermedad, como devastadora, hace parecer a los pacientes que la cura es algo inalcanzable. Esto afecta la adherencia a la terapia para lograrla, considerando que si no se da una adecuada adherencia, el abordaje a ser realizado no producirá el efecto deseado.

En el análisis de las dimensiones se encontró una correlación directa entre el impacto del tratamiento y la fase de aceptación de la enfermedad. Corrobora lo mencionado por Kluber (1993), quien señala que esta fase se observa cuando el paciente tiene una percepción cercana de la muerte; es un estadio en donde el enfermo no emite emociones con respecto a su enfermedad, pues deja de luchar contra la misma. Por ello, ante un alto impacto del tratamiento, el paciente es forzado a ser consciente de sus limitaciones y de las complicaciones propias de la enfermedad. Llega así a una rápida aceptación de su padecimiento aunque no es la manera más adecuada, considerando que no se le brinda una calidad de vida digna.

En cuanto al estado físico general de salud, se observa una correlación directa con las fases de negación, enojo y depresión (Tabla 5). Denota que los efectos secundarios como náuseas, mareos, intervención quirúrgica, etc., van a producir en los pacientes cierto rechazo a la enfermedad que

padecen con un incremento de la negación, enojo y desesperanza, como consecuencia de una limitada accesibilidad a medicamentos especializados que no les generen dichas molestias, debido al nivel socioeconómico medio bajo al cual pertenecen los pacientes de la muestra estudiada. Corroboran lo mencionado por Solidoro (2005), quien señala que los efectos secundarios son distintos según los fármacos utilizados. En general, los efectos secundarios más temidos son: los vómitos y la caída del cabello. Recientemente, han aparecido nuevos medicamentos que ayudan a controlar los vómitos producidos por la quimioterapia. Sin embargo, por su elevado costo, son accesibles a grupos de pacientes con posibilidad de adquirirlas.

En lo relacionado al impacto del tratamiento en el ambiente familiar y social, se advierte una correlación significativa directa con la fase de aceptación (Tabla 5). Podemos deducir que el paciente, al asimilar su enfermedad y dejar de luchar contra la muerte, va a mostrar un distanciamiento de sus familiares y amistades. La aceptación no es una fase feliz para él, sino sin emociones hacia su enfermedad y entorno, lo cual limita una normal vinculación con los demás. Asimismo, se puede confirmar lo expuesto por Aresca et al. (2004). Ellos señalan que los cambios corporales producidos deben ir siendo aceptados por el paciente y la familia, íntimamente ligados a la aceptación o no de la enfermedad. Cuando no ocurre, algunas veces se intenta que la responsabilidad recaiga sobre el equipo tratante. El deterioro físico, para la familia supone la frustración de anhelos y fracaso de deseos que reactualizan fantasías de muerte, desamparo y aniquilación.

Asimismo, el estado emocional se correlaciona directamente con las fases de negación, enojo, depresión y aceptación (tabla 5). Implica que el diagnóstico del cáncer y el impacto del tratamiento a nivel emocional produce fluctuaciones en las fases psicológicas, tal como lo corrobora el estudio realizado en el Instituto Oncológico Dana-Farber y del hospital Brigham and Women's de Boston (2007). Alegan que la mitad de todas las personas diagnosticadas de

cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación.

En cuanto a la capacidad de funcionamiento general, se observa una relación directa significativa con las fases de enojo y depresión (Tabla 5). Se infiere que ante un tratamiento y enfermedad que limite al paciente en su desempeño normal y cotidiano, lo llevará a percibir sus metas rotas, generándole desesperanza angustia y tristeza. Coincide con lo expuesto por Linares (2005) y Beltrán (2010), quienes señalan que la pérdida real de salud da origen a la pesadumbre y el dolor, es una de las experiencias más penosas por las que puede atravesar el ser humano, no sólo para el que las sufre sino también para el que lo acompaña, aunque sólo sea por la impotencia que produce el no poder ayudar. En cuanto al abordaje psicológico, para Romero (2005) es importante que se les comunique a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales, ya que la mayoría de las personas experimentan sensaciones desagradables. Pero los acontecimientos en sí mismos no causan el estrés, sino que dependen también de otros factores, como las habilidades para hacerse frente, y de la forma de la adopción de un estilo de afrontamiento positivo.

Por último, se puede sintetizar que con los resultados expuestos se resalta la importancia del abordaje psicológico en los pacientes con cáncer, considerando que si bien hay una tendencia a aceptar su enfermedad en cuanto mayor impacto del tratamiento presenten, ello no es lo esperado ya que afecta directamente en su calidad de vida. Concordamos con Aresca et al. (2004), quienes refieren que en cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene la persona de estar mejor. Una pronta intervención en estos pacientes es necesaria para brindarles una mejor calidad de vida, trato digno, para que tras una adecuada aceptación de la enfermedad (superando las fases anteriores) logren darse un tiempo más de vida. Es importante que el paciente encuentre un adecuado soporte familiar y social, adquiera técnicas para el

manejo del dolor y se le brinde una medicación paliativa en caso sea necesario; también lograr que su estado emocional se fortalezca tras el apoyo y que su capacidad de funcionamiento personal sea restablecida después de un cambio en su estilo de vida, en función a la búsqueda de adaptación, para lograr que el paciente con cáncer pueda adherirse al tratamiento médico. Esta información se ratifica con lo expuesto por Bayés (1990), cuando sugiere que un soporte emocional es conveniente en todos los casos, ya que el paciente se va a sentir acompañado, confiado, con más ánimo y podrá atemperar el impacto psicológico de saberse portador de un cáncer, considerando que la psicoterapia aumenta la capacidad de adaptación a la realidad impuesta por la enfermedad. Dentro de las propuestas para un abordaje, Ochoa (2010) elaboró un programa de intervención de terapia positiva grupal para los supervivientes del cáncer. Tuvo como resultados preliminares de dicho programa una mayor reducción de sintomatología postraumática, al considerar que el padecer cáncer genera un trauma que cambia el estilo de vida de la persona, enfatizando su abordaje en las emociones positivas y facilitación del crecimiento postraumático.

Ante la perspectiva analizada, se gesta la idea de elaborar y aplicar un programa de prevención terciaria con un enfoque cognitivo conductual, con la finalidad de ayudar a los pacientes con cáncer en el proceso de adaptación a su enfermedad, brindando estrategias que les ayuden a afrontar las fases psicológicas por las que atraviesan. Dichas técnicas se orientarían en el manejo del dolor y ansiedad, considerando una correlación directa entre la dimensión de estado físico general con las fases de negación, enojo y depresión. Se recomienda un abordaje en el alivio de los síntomas, enfatizando en las técnicas de desensibilización sistemática, respiración controlada e imaginación. Sin embargo, es importante mencionar que desde el enfoque cognitivo conductual se han ido elaborando programas exitosos en su aplicación en pacientes con cáncer, tal es el caso de Páez (2006), quien expone la relevancia de los valores personales

como componente necesario del tratamiento psicológico y las ventajas derivadas del abordaje de los valores de forma explícita a lo largo del proceso terapéutico. La autora elaboró un programa basado en la terapia de aceptación y compromiso, orientado al control cognitivo. Tras un año de la publicación de su terapia, Páez (2007) realizó una aplicación de su programa. Obtuvo una mayor repercusión de la intervención basada en la aceptación y compromiso, especialmente cuando se consideran los cambios a largo plazo. También destaca que los cambios de la condición de la terapia de la aceptación y compromiso se centran en la activación conductual, aun en presencia de malestar.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados obtenidos, se ha llegado a las conclusiones siguientes:

- Los pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo presentaron las fases psicológicas de negación, enojo, regateo, depresión y aceptación a un nivel promedio. Cabe resaltar que la fase de regateo obtuvo un mayor porcentaje de incidencia, casi en su totalidad, en dicho nivel.
- En cuanto al impacto del tratamiento se apreció que todas las dimensiones se encontraron en un nivel promedio: estado físico general de salud, ambiente familiar social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal.
- Existe una correlación significativa directa entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas de negación, enojo, regateo, depresión y aceptación.
- En la dimensión de estado físico general de salud, existe una correlación significativa directa con las fases de negación, enojo y depresión. Sin embargo, no existe una correlación con las fases de regateo y aceptación.
- En la dimensión de ambiente familiar y social existe una correlación significativa

directa con la fase de aceptación; sin embargo, no existe una correlación con las fases de negación, enojo, regateo y depresión.

- En la dimensión de estado emocional existe una correlación significativa directa con las fases de negación, enojo, depresión y aceptación.
- En la dimensión de capacidad general existe una correlación significativa directa con las fases de enojo y depresión; sin embargo, no existe una correlación significativa con las fases de negación, regateo y aceptación.

REFERENCIAS

- Aresca, L., Birgin, D., Blum, S., Buceta, E., Figini, M. & Gullas, S. (2004). *Psicooncología diferentes miradas*. Argentina: Editorial Lugar.
- Arraras, J., Arias, F., Asín, G. & Arrazuvi, V. (2010). La evaluación de la satisfacción con los cuidados en el paciente oncológico. El sistema de medida de la EORTC, *Psicooncología*, 7(1), 35-50.
- Beltrán, O. (2010). Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. *Aquichan*, 10(3), 25-26.
- Bayés, R. (1990). *Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos*. España: Martínez Roca
- Brennan, J. (2001). *Adjustment to cancer*. Recuperado el 04 de noviembre, 2009 de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq>.
- Cella, D. & Dineen, K. (2002). Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Kluwer Academic Publishers*, 11(2), 207-221.
- Cella, D. (2008). *FACIT Manual, Center on Outcomes, Research and Education*. Estados Unidos. Editorial: Evastone Northwestern Healthcare and Northwestern University.
- Colin, A., Espie, L., Cassidy, L., Samuel, L., Lynne, M., Craig, A., & White, N., (2008) Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 28(28), 4661-2668.
- Corral, M., Matellanes, F. & Pérez, I. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2), 108-113.
- Cruzado, J. (2009). Cáncer en niños. [Versión electrónica] *Psicooncología*, 5, 27-42.
- Ehrenzweig Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21.
- FACTI, (1993). *The Functional Assessment of Cancer Therapy -General (FACT-G)*. Recuperado el 04 de noviembre, 2009 de <http://www.facit.org/about/welcome.aspx>.
- Gaviria, A., Vinaccia, E., Riveros, M. & Quiceno, J. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 3(20), 50-75.
- Grassi, L. Morasso, G. (1999). Psico-oncología: Lusso o necessita. *Giornale Italiano di Psico-oncologia*, 1(2), 1-3.
- Holzner, B. Kemmler, G. Cella, D. (2004). *Normative data for functional assessment of cancer therapy general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors*. *Acta Oncológica*, 43(2), 153-160.
- Kluber, R. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Estados Unidos: Pirámide.

- Linares, E. (2005). *Psicología y cáncer*. España: Pirámide.
- Missiaggia, E. (2004). Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirurgia radical y de conservación. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/miSSIaggia_e/html/index-frames.html.
- Ochoa, C. (2010). Psicoterapia positiva grupal. Hacia una atención psicosocial integral de supervivientes en cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención y control del cáncer*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH A58/A58_16-sp.pdf.
- Páez, M. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia cognitiva. *Revista internacional de Psicología y terapia Psicológica*, 6(1), 1-20.
- Páez, M. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Pickering, M., Pyle, L., Larkin, M. (2009). Sunitinib is superior to interferon with respect to quality of life for patients with renal cell carcinoma. *Nature Clinical Practice Oncology*, 6(1), 7-7.
- Romero, R. (2005). *La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar*. España: F. Gil.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (4ª ed.). Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Scheaffer, R. (2005). *Elementos de muestreo*. (5ª ed.). España: Thomson.
- Solidoro, A., (2005). *Apuntes de cancerología*. Perú: Paidós.
- Valle, R. (2006). *Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama*. Lima: Editorial Visión Universitaria.

Recibido: 14 de setiembre del 2011

Aceptado: 12 de mayo del 2011

APÉNDICE

AFEP

Edad: Tratamiento:

Sexo: Ocupación:

INSTRUCCIONES

A continuación te presentamos una serie de preguntas las cuales deberá marcar con un aspa (X) en los casilleros **SI** o **NO** según lo que le suceda actualmente. Responda con sinceridad

		SI	NO
1	Considero necesario asistir a otros médicos que confirmen el diagnóstico de mi enfermedad.		
2	Siento que a causa de mi enfermedad será difícil cumplir mis metas.		
3	Hoy más que antes asisto a cultos religiosos.		
4	Mi enfermedad me produce dolencias que alteran mi vida diaria, manteniéndome enojado.		
5	Siento que mi fe ha aumentado a raíz de mi enfermedad.		
6	Pienso que debo aprender a vivir con mi enfermedad.		
7	Pienso que el personal de salud es incapaz de ayudar en la mejoría de mi enfermedad.		
8	La enfermedad que padezco hace que tenga una sensación de tristeza permanente.		
9	Mi estilo de vida se está adecuando a mi enfermedad.		
10	Desde que apareció mi enfermedad mis familiares dicen que me comporto como un niño.		
11	Realizo promesas religiosas con el fin de mejorar mi estado de salud.		
12	Me preocupa mucho por mis familiares.		
13	Creo que por mi enfermedad he perdido las ganas de trabajar.		
14	Últimamente me dicen que me comporto fríamente en relación a mi enfermedad.		
15	Me siento preocupado al pensar en mi enfermedad.		
16	La enfermedad que padezco produce un disgusto excesivo.		
17	Pienso que mi fe me puede curar la enfermedad.		
18	Siento tristeza por todo.		
19	Considero que el tratamiento que estoy llevando es parte de mi enfermedad y estoy aprendiendo a vivir con ello.		
20	Pienso constantemente en las razones por las que estoy padeciendo esta enfermedad.		
21	Pienso que me estoy alejando de las personas de mi entorno.		