
DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES Y DE AUTOCUIDADO EN EQUIPOS DE SALUD PARA PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER

Gina Pérez Sánchez de Loria⁷⁰

RESUMEN

El artículo presenta en su primera parte una revisión teórica en torno al impacto del cáncer en la población boliviana, se hace énfasis en las intervenciones psicológicas y su objetivo, la experiencia del dolor, los modelos explicativos del dolor y su afrontamiento, junto al concepto de gaudibilidad en la enfermedad del cáncer, y la importancia del manejo y comprensión de estos conceptos psicológicos en el personal de salud.

Se presentan también datos sobre una entrevista abierta a equipos de salud, que sirvieron de base y justificación para la presentación de lineamientos de dos programas orientados a estos equipos.

El primero es un programa de capacitación para el autocuidado y el segundo un programa de capacitación de estrategias, para optimizar los servicios y brindar una mejor calidad de vida a los pacientes con cáncer.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, intervenciones psicológicas, experiencia del dolor, afrontamiento del dolor, gaudibilidad, autocuidado, capacitación de estrategias, calidad de vida.

ABSTRACT

The article presents in its first part a theoretical review on the impact of cancer in the Bolivian population, the emphasis is on the psychological interventions and their objective, the experience of pain, the explanatory models of pain and its coping, next to the concept of gaudibilidad in cancer disease, and the importance of the management and understanding of these psychological concepts in health care personnel.

Data are also presented on an open interview health teams, which served as the basis and justification for the presentation of guidelines for two programs aimed at these teams. The first is a training program for the self and the second is a training program for strategies to optimize the services and provide a better quality of life for patients with cancer.

KEY WORDS: Cancer, psychological interventions, experience of pain, pain coping, gaudibilidad, self care, training strategies, quality of life.

RESUMO

O artigo apresenta em sua primeira parte uma revisão teórica sobre o impacto do câncer na população boliviana, a ênfase é sobre a intervenção psicológica e seu objetivo, a experiência da dor, os modelos explicativos da dor e o seu enfrentamento, ao lado do conceito de gaudibilidad no câncer, e a importância do manejo e compreensão destes conceitos psicológicos, pessoal de cuidados de saúde.

Os dados também são apresentados em uma entrevista aberta as equipes de saúde, que serviu como a base e a justificação para a apresentação de orientações para dois programas destinados a essas equipes. O primeiro é um programa de formação para os trabalhadores e o segundo é um programa de formação de estratégias para otimizar os serviços e proporcionar uma melhor qualidade de vida para os pacientes com câncer.

PALAVRAS.CHAVE: Câncer, intervenções psicológicas, a experiência de dor, dor enfrentamento, gaudibilidad, autocuidado, estratégias de capacitação, qualidade de vida.

70 Gina Cynthia Pérez Sánchez de Loria, Lic. en Psicología en la Universidad Católica Boliviana. Maestría en Psicología de la Salud, en la Universidad de Concepción, Chile. Diplomada en Educación Superior en la Universidad Mayor de San Andrés y Diplomada en Aprendizaje Cooperativo, Universidad Católica de Brasilia, Brasil.

Actual Docente Titular Emérita y Coordinadora del Instituto de Investigación, Interacción y Postgrado de la Carrera de Psicología. Correo electrónico.: ginacynthia@hotmail.com

I. INTRODUCCIÓN

Ante la presencia masiva del cáncer en todo el planeta y en especial en Bolivia, las investigaciones en el área de la psicología deben estar dirigidas no solamente a orientar a la población sobre las pautas básicas de apoyo que pueden recibir desde esta disciplina sino, fundamentalmente, deben estar centradas en elaborar programas específicos para capacitación de los equipos de salud, que son los portadores del diagnóstico e intervención a los pacientes crónicos.

El marco referencial a partir del cual se desarrolla esta revisión teórica es amplio e interdisciplinario.

Se enfoca en primer lugar el tema del cáncer como enfermedad oncológica, las estadísticas de su presencia a nivel Bolivia, el significado de ser población vulnerable ante dicha enfermedad, pero también conceptos básicos sobre calidad de vida.

En el aporte específico de la psicología para los equipos de salud, se plantean investigaciones sobre el tipo de intervenciones psicológicas para el tratamiento del cáncer, el dolor, los modelos explicativos actuales sobre el dolor y el afrontamiento del dolor, para conocimiento y referencia importante para el personal de salud.

Se introduce al mismo tiempo un nuevo concepto para la psicología y es el de gaudibilidad y su aplicabilidad en el enfermo de cáncer.

Por último, se hace un análisis del derecho del paciente a conocer su proceso de enfermedad y pronóstico a partir de los principios de la bioética para finalmente plantear la importancia del tema de los riesgos ambientales para la salud, información que sirve de base para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a mejorar los servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN

El creciente avance del cáncer en la población boliviana hace que los psicólogos y otros profesionales del área de salud, deben estar abiertos a la investigación de todos aquellos factores que pueden incidir de manera positiva en el estado emocional del paciente y por tanto,

impactar en su salud. Desde esta perspectiva la presente investigación pretende abordar uno de esos factores que tienen que ver con el estado físico y emocional del paciente, y son los equipos de salud.

El modelo biomédico aún dejó secuelas de su intervención en la forma de abordar los diagnósticos y tratamientos médicos y psicológicos, por lo que se observa el automatismo y lo impersonal en el trabajo relacionado con la salud y, también el desconocimiento de conceptos básicos que han sido desarrollados en la comunidad científica y que parecen fundamentales para una mejor práctica profesional.

Por ello, la presente revisión teórica hace el abordaje de temas aparentemente desconectados entre sí, pero que en la práctica deberían estar articulados en políticas de salud pública, en códigos de ética médicos y de psicología, y en políticas de preservación del medio ambiente orientadas al mismo tiempo a la consideración de los riesgos evidentes para la salud de la población. Por tanto, deberían ser parte de este encuentro articulador, médicos, psicólogos, ingenieros ambientalistas, especialistas en bioética, personal de enfermería y autoridades responsables de dirigir centros de intervención oncológica que busquen bajo un enfoque sistémico el hacer que los pacientes con cáncer puedan desde distintas disciplinas acceder a una mejor calidad de vida mientras dura su proceso de enfermedad hasta el fin de sus días.

III. OBJETIVOS

- 1.-Desarrollar en la primera parte, una investigación teórica alrededor de un eje común que abarque revisión bibliográfica actualizada sobre conceptos básicos en torno al cáncer y el aporte de la psicología, para el personal de otras disciplinas que integra los servicios de salud.
- 2.-Diseñar lineamientos de dos programas para equipos de salud, orientados a capacitar para el autocuidado y el desarrollo de estrategias, con el objetivo de promover la calidad de vida en personas con cáncer, y de esta manera optimizar los servicios de salud en esta población.

IV. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

El Cáncer como enfermedad oncológica

Crecimiento incontrolado de las células que poseen la propiedad de invadir, destruir y reemplazar progresivamente los órganos y tejidos vecinos, así como de esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y anidar en lugares lejanos al foco de origen. (Grau, 2002).

Estadísticas de cáncer a nivel Bolivia

De acuerdo con el Informe del Ministerio de Previsión y Salud de Bolivia reportado por la OPS (2003), Bolivia tiene una alta tasa de incidencia de esta enfermedad en general y específicamente de algunos tipos de cáncer como el de Cuello Uterino cuya incidencia es de 58.1/100.000 mujeres y constituye el 33% entre todos los tipos de cáncer.

- La incidencia de este tipo de cáncer en Bolivia es desproporcionada, siendo las más alarmantes las cifras de las ciudades de Oruro, Potosí y Sucre.
- En Oruro la estadística es de (60.9/100.000 mujeres)
- En Potosí (93.5/100.000 mujeres).
- En la ciudad de Sucre, el informe indicó que el cáncer de cuello uterino constituyó igualmente el 33% de todos los tipos de cáncer.

Según los últimos datos del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA (2008)

- Cada día se detectan 8 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el país.
- En las áreas urbanas, solo el 10% de las mujeres se hace la prueba de Papanicolau, en las áreas rurales, este porcentaje desciende significativamente

Calidad de Vida

Son muchos los puntos de vista en la comunidad científica relacionados con lo que es la calidad de vida, a continuación se citan los más importantes.

Según Padilla y Ferrell (1992) la calidad de vida es la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores

con los que viven, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales

De acuerdo con Felce y Perry (1995) la calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas”.

El concepto de Calidad de Vida también ha sido definido por la OMS (2002) como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Afirma que la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de este y otros conceptos de la vida

Para finalizar Oblitas (2006) hace una conceptualización de calidad de vida que se refiere a la medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico tal como la define cada persona y la evaluación objetiva y subjetiva de la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos.

Más allá de los aportes citados para el estudio de la calidad de vida, aparecen en la literatura científica otros conceptos relacionados con ésta; uno de ellos es el concepto de Vulnerabilidad.

Vulnerabilidad y Poblaciones vulnerables

Según González de Cansino (2009) la vulnerabilidad se refiere a individuos que temporal o definitivamente se encuentran en un estado de debilidad o indefensión: enfermos, discapacitados, y/o personas vinculadas con instituciones penitenciarias

Vulnerabilidad en relación al cáncer

Existen muchos factores asociados a la enfermedad del cáncer que no se enfocan estrictamente en aspectos netamente físicos o fisiológicos sino que tienen un componente

psicológico y son los siguientes:

- Consecuencias de los diagnósticos y tratamientos propios del cáncer, en la seguridad personal y estabilidad del paciente.
- Aspectos relacionados con la autoestima y auto imagen
- Secuelas emocionales
- Impacto de los tratamientos en la vida de pareja
- Los aspectos sociales y familiares
- Factores económicos y laborales.

Los miembros que componen los equipos de salud deben ser capacitados sino para el manejo de cada uno de estos factores, al menos para su comprensión cuando están frente al paciente.

En cuanto al trabajo del psicólogo como parte del equipo de salud, se presentan algunas de las propuestas actuales en intervención psicológica.

Intervenciones psicológicas para el tratamiento del cáncer

De acuerdo con Bárez, Blasco y Fernández (2003), entre un 30 y 50% de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica. Por ello, se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas para el paciente con diagnóstico de cáncer que le permitan mantener una buena calidad de vida y un relativo bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar.

Al interior de estos tratamientos se encuentran los diferentes tipos de apoyo dados al paciente con cáncer: apoyo emocional que se refiere a las demostraciones de amor y pertenencia a un grupo, apoyo informativo tiene que ver con obtener la información necesaria respecto a la enfermedad y su tratamiento y apoyo instrumental que son recursos materiales como transporte para ir al hospital, o recursos económicos (Bárez y cols, 2003).

Objetivo de las intervenciones psicológicas

- Ayudar a soportar las fases de diagnóstico y tratamiento

- Disminuir los sentimientos de aislamiento, indefensión y abandono
- Reducir la ansiedad
- Clarificar percepciones erróneas

Una vez que revisamos las posibles intervenciones, pasamos a desarrollar el tema del dolor, modelos explicativos sobre el dolor y el afrontamiento del dolor, considerando la necesidad de su conocimiento por parte de los equipos de salud, desde la perspectiva de la psicología.

El Dolor y el Cáncer

Considerando los diversos tipos de dolor, el que parece tener mayor impacto en la pérdida de la salud es el crónico relacionado con las enfermedades oncológicas. (Reyes, Guillén, Alcázar y Arias 2006).

La Experiencia del dolor

La experiencia del dolor es estudiada por la algología, disciplina que surgió a mediados del siglo pasado, cuyo principal representante fue Bonica, (1990). Este autor abordó esta temática a raíz de la detección de que muchos enfermos con dolor crónico vivían y morían sometidos a dolores que podían haber sido aliviados y no lo eran por la falta de sincronía de las distintas especialidades relacionadas con el tema. Este problema lo describió como "epidemia silenciosa".

De esta manera, Bonica estableció hacia 1953 las bases de la moderna algología, haciendo la distinción entre dolor agudo y crónico y considerando por primera vez al dolor como un problema multidisciplinario. Posteriormente, en los años 70 se extendió el concepto multidisciplinario del dolor con la creación de la Asociación Internacional para el estudio del Dolor IASP (Infante, 2002). En cuanto a su conceptualización, según la IASP (1979), el dolor es una sensación emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial.

Pierret (1979), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño.

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), el dolor se concibe como una situación de tensión crónica en la que los mecanismos de afrontamiento puestos en marcha por el individuo juegan un papel primordial.

Por otro lado, Jacox (1994) menciona que la experiencia del dolor es más que un proceso sensorial, considerándolo como una percepción compleja que involucra altos niveles del sistema nervioso central, estados emocionales y profundos procesos de orden mental.

De acuerdo con Domínguez y Vásquez (1995), el dolor es el resultado de una serie de interacciones complejas de procesos neurofisiológicos y neuroquímicos que permiten que procesos psicológicos como la motivación, emoción, cognición y aprendizaje, modulen la percepción del dolor, la experiencia y la respuesta conductual subsecuente.

En la actualidad, de acuerdo con González (2005), los investigadores reconocen que la experiencia del dolor involucra tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, pero también existen gradaciones en la experiencia del dolor lo que ha llevado a distinguir distintos tipos de dolor.

De acuerdo a Infante (2002), las clasificaciones sobre el dolor se han focalizado en función de su localización y de su duración. En cuanto a su localización, el dolor estaría dividido en dolor de origen periférico, central y psicógeno; este último caracterizado por no presentar causa orgánica alguna y tener más bien una connotación psicológica.

En lo que se refiere a su duración se distinguen dos tipos de dolor: El agudo y el crónico. El dolor agudo tendría un alto valor adaptativo, caracterizado por tener una aparición repentina y lenta, con una causa identificable. Este tipo de dolor puede durar algunas semanas y básicamente es predecible, desapareciendo una vez tratada la causa. (Infante 2002). El dolor crónico sería en cambio una experiencia desagradable que se mantiene en el tiempo, en un periodo mayor a 4 meses. Las personas con este tipo de dolor frecuentemente presentan problemas asociados a la ansiedad y depresión. (Infante 2002).

Por otro lado, Turk y Meichenbaum (1986) describen tres tipos de dolor crónico. El dolor crónico recurrente caracterizado por episodios de intenso dolor en contraposición a otros sin dolor; este tipo de dolor tendría un origen benigno. En segundo término, el dolor crónico benigno intratable, caracterizado por variaciones en su intensidad y que puede presentarse constantemente en la persona, este dolor no se asocia con enfermedades mortales. Finalmente, describen el dolor crónico progresivo que estaría siempre asociado con una enfermedad grave, caracterizado por un sistemático aumento en intensidad y mantenido en el tiempo.

Desde la consideración biopsicosocial, el dolor crónico debe estudiarse no solamente en función de su connotación física, sino también en relación a aspectos sociales y emocionales. El dolor crónico es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales motores y subjetivos como los verbales y afectivos. (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007)

Modelos explicativos del dolor

Se han propuesto diferentes modelos explicativos para el estudio del dolor, entre ellos están los Modelos Multidimensionales del dolor, los Modelos Psicológicos del dolor y un Modelo integrador (multidimensional y psicológico) que es el de los tres estadios del dolor. (Infante, 2002)

Los modelos multidimensionales del dolor de acuerdo a Infante (2002), basan su investigación en la afirmación de que en la sensación de dolor intervienen diversos factores, tales como la atención, pensamiento, sugestión y otros que modulan el estímulo doloroso que hacen que la intensidad de la respuesta dolorosa no dependa sólo de la intensidad del estímulo.

Uno de estos Modelos Multidimensionales es el de Melzack y Wall (1983) quienes propusieron el Modelo de la Compuerta del Dolor donde se distinguen tres dimensiones en la experiencia del dolor: La dimensión sensorial discriminativa que haría referencia a la transmisión de la información de las propiedades físicas del estímulo; la dimensión motivacional afectiva, relacionada con la caracterización del

dolor como experiencia aversiva y la dimensión cognitiva, relacionada con las creencias y pensamiento que influyen en la interpretación que se hace del dolor, siendo ésta última moduladora de las dos anteriores.

Otro modelo aportado es el de la Valoración Multiaxial de Turk y Rudy (1988), quienes propusieron una valoración integral de los pacientes con dolor crónico sobre 3 ámbitos: el medio físico, el psicosocial y el conductual funcional.

En la investigación de estos autores se identificaron tres tipos de pacientes, correspondientes a los siguientes:

1. Pacientes disfuncionales caracterizados por altos niveles de dolor y malestar psicológico, bajos niveles de percepción de control sobre sus vidas y bajos niveles de rendimiento en sus actividades normales.

2. Pacientes interpersonalmente angustiados caracterizados por sentimientos de escaso apoyo social y una elevada frecuencia de respuestas negativas de los demás.

3. Pacientes adaptativos caracterizados por informar de menores niveles de malestar emocional y mayores niveles de control percibido sobre sus vidas. (Infante 2002).

Los Modelos Psicológicos del dolor lo estudian desde la perspectiva conductual y desde la perspectiva cognitiva. Desde lo cognitivo se han abordado las estrategias de afrontamiento que se encuentran en el sistema de creencias del sujeto y ejercen influencia sobre la valoración cognitiva.

De acuerdo con Infante (2002), las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas y desadaptativas. Las primeras incluyen un foco externo de atención, imágenes neutrales, imágenes placenteras y conocimiento del dolor. En las segundas se encuentra la depresión, la autculpa, la agresión, evitación del soporte social e ingesta de medicación, el catastrofismo y las expectativas negativas.

Por último estaría el Modelo Integrador Multidimensional y Psicológico de los tres estadios del dolor de Gatchel y Weisberg (2000) que explica los cambios que se producen en el curso del dolor. En el estadio 1 se produce una reacción emocional semejante al miedo

como consecuencia de la percepción del dolor durante la fase aguda. En el estadio 2 se producen un conjunto de problemas psicológicos y conductuales con sentimientos de indefensión, cólera y somatización como resultado de la cronificación del dolor. En el estadio 3 se adopta o acepta el rol de enfermo, los problemas médicos y psicológicos se consolidan paralelamente a una disminución de la actividad física y laboral, en este momento se presenta la incapacidad psicosocial.

En síntesis, el impacto del estado emocional en relación a la experiencia del dolor crónico es muy importante. El sufrimiento emocional puede llevar a las personas a experimentar dolor, y sus efectos potenciales pueden estar presentes en un momento determinado interactuando con las apreciaciones cognitivas de la condición dolorosa (Gatchel y cols, 2007). De acuerdo con Palacios y Domínguez (2009) los modelos explicativos deben centrarse fundamentalmente en:

- Cogniciones de los pacientes
- Ideas catastróficas
- Creencias erróneas sobre el dolor
- Habilidad para controlar el dolor
- Impacto que este tiene en su vida diaria.

Afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer

El hecho de que el dolor persista durante años, como es el caso del dolor crónico en enfermedades como el cáncer, incrementa la posibilidad de la presencia de perturbación emocional y discapacidad física que se asociaría con la presencia de una serie de factores estresantes en la vida de las personas. Entre estos factores se encuentran los cambios en el estilo de vida, problemas familiares, problemas sociales y dificultades económicas relacionadas con la pérdida de la fuente laboral, entre otros.

El afrontamiento del cáncer se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes, comprendiendo la valoración o significado de esta enfermedad para el sujeto y las reacciones subsiguientes que tienen que ver con lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer. Esta

definición, también involucra a los estresores asociados con la enfermedad como es el dolor (Soriano y Monsalve, 2002).

La línea de investigación sobre el afrontamiento ha sido impulsada desde la década de los 80 para explicar la adaptación al dolor crónico (Lazarus y Folkman, 1984; Brown y Nicassio, 1987; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Rodríguez, Pastor y López, 1993; Esteve, Ramírez López, 2004).

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984), el dolor crónico requiere continuos esfuerzos adaptativos de parte de la persona, los que constituyen estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza para manejar el dolor y estarían en función de la evaluación previa que haga la persona de su situación y de los recursos de que disponga. Así como estos autores propusieron el abordaje del afrontamiento a partir de las estrategias orientadas al problema versus orientadas a la regulación de la emoción, Brown y Nicassio (1987), plantearon una alternativa de clasificación de estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento activas versus las estrategias pasivas.

El afrontamiento activo estaría relacionado con las estrategias de control que asume la propia persona usando sus propios recursos para el manejo de su dolor, o a seguir funcionando a pesar de él. El afrontamiento pasivo, por su parte, se refiere a la persona que no actúa por sí misma y, más bien, delega el control de su dolor en manos de agentes externos.

De acuerdo con Soriano y Monsalve (2002), en general se plantea una relación positiva entre estrategias activas e índices de funcionamiento físico y psicológico y una relación negativa entre la utilización de estrategias pasivas y ajuste. Sin embargo, estos autores sostienen que ambos tipos de estrategias aún no están claramente delimitadas, ya que determinadas estrategias clasificadas como pasivas incluyen comportamientos activos por lo que los resultados en la investigación de tales estrategias pueden ser sesgados.

Si bien, estos dos tipos de estrategias son ampliamente evaluadas por la literatura actual en la predicción de la conducta adaptativa en pacientes con dolor crónico por estar

orientadas a un afrontamiento general, algunas investigaciones señalan el valor de evaluar estrategias específicas que permitan aproximarse puntualmente a la comprensión de los mecanismos, a través de los cuales las personas afrontan su dolor (Soriano y Monsalve, 1999; Esteve y cols., 2004).

Una vez revisado el tema del afrontamiento y su importancia en la vida del paciente, se considera necesario precisar un nuevo concepto emergente en la literatura científica, para conocimiento del psicólogo y los equipos de salud, que dará nuevas pautas para el reconocimiento de cierto tipo de comportamiento del paciente frente a la enfermedad y es la gaudibilidad.

Gaudibilidad

Del latín gaudere, que significa “disfrutar”, la gaudibilidad es un constructo que engloba moduladores que hay entre los estímulos y el disfrute que las personas experimentan, moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes. (Padrós, 2000).

Gaudibilidad y Cáncer

Una vez que los pacientes reciben el diagnóstico y pronóstico de enfermedad, pueden decidir por sí mismos, “aprovechar en el mejor sentido de la palabra el tiempo que queda por vivir, disfrutar al máximo con la familia”, buscando un bienestar subjetivo en torno a las relaciones más cercanas.

Gracias a la enfermedad, es posible que el paciente comience a buscar o recibir mayor cantidad o calidad de refuerzos de parte de su familia. Gracias a estos refuerzos, la persona experimentará un bienestar subjetivo y emocional tal vez inusual, un disfrute que le ayudará a afrontar de mejor manera su propia enfermedad.

El bienestar subjetivo se refiere a un sentimiento de felicidad, satisfacción vital y balance afectivo que irá asociado a un bienestar emocional a partir del cual puede darse la superación del temor, la ansiedad, la depresión, el aislamiento y la angustia que genera la enfermedad y los tratamientos.

El que el equipo de salud conozca el tema de la gaudibilidad y del bienestar subjetivo es vital para su trabajo con los pacientes con cáncer

porque le permitirá comprender también la importancia del manejo de principios bioéticos.

Si estamos conscientes del impacto que causa nuestra intervención como médicos, psicólogos, enfermeros y personal de apoyo, es también importante conocer la importancia de aprender a brindar de manera veraz y certera la información que nuestro paciente como primer interesado en su salud, tiene derecho a conocer.

En este sentido, será importante propiciar que sea el paciente quien prioritariamente conozca a profundidad el tipo de tratamiento que le será administrado, el sentido del mismo; como un derecho para tomar decisiones sobre el curso de su enfermedad, los posibles tratamientos en base a un posible pronóstico y el curso que seguirá su propia vida.

Para finalizar esta revisión, es importante mencionar el tema de la sustentabilidad del medio ambiente en relación a la salud.

De acuerdo con Bianchini y Chiara (2005), las consecuencias negativas del deterioro medioambiental sobre la salud humana comprometen, antes que nada, la calidad de vida de los grupos sociales más vulnerables. Por tanto, el tema medioambiental también compete a los equipos de salud pública que deben conocer los riesgos ambientales para la salud, relacionados con la contaminación química debida a la industrialización, la elevada producción de residuos sólidos y otros agentes de toxicidad que generan problemas como es la enfermedad del cáncer.

A tiempo de concluir el análisis de conceptos básicos a considerarse con el objetivo de desarrollar estrategias que promuevan la calidad de vida de poblaciones afectadas con la enfermedad del cáncer, se presenta a continuación un breve análisis de la entrevista abierta a equipos de salud que motivó el desarrollo de lineamientos de dos programas que se presentan al finalizar la presente revisión.

V. ENTREVISTA ABIERTA A EQUIPOS DE SALUD

La entrevista realizada a 3 equipos de salud en la ciudad de La Paz, conformados por 12 médicos, 3 psicólogos y 8 enfermeras, evidenció que en su formación profesional, no

se incorpora el entrenamiento en estrategias específicas que los capacite para un mejor afrontamiento emocional y cognitivo ante la presencia cotidiana de la enfermedad y muerte que evidencian en sus pacientes, y tampoco desarrollan estrategias que los ayude a contribuir al potenciamiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Los resultados de la entrevista realizada, muestran que los únicos profesionales que reciben guía específica para el seguimiento del paciente oncológico, son los médicos en un 70%, en tanto que la capacitación para psicólogos en el área de salud es del orden del 30% ;en relación a las enfermeras la entrevista muestra que reciben muy poca información y menos capacitación sobre aspectos emocionales y de calidad de vida de pacientes oncológicos, el porcentaje apenas alcanza a un 10%.

A partir de esta demanda reportada por estos equipos , es que se plantean los lineamientos de dos programas como una manera de responder a las expectativas del personal de salud y al mismo tiempo viabilizar su capacitación para una mejor atención a sus pacientes pero también proteger su estabilidad física y emocional.

VI. LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS DE SALUD QUE TRABAJAN CON PACIENTES CON CÁNCER

OBJETIVO

Capacitar a los equipos de salud, que por trabajar en escenarios de alta criticidad, son susceptibles de desarrollar todo tipo de trastornos, por lo que necesitan de la orientación y apoyo psicológico para el autocuidado.

TEMÁTICAS A SER DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA

- 1.- Concepto de Estrés
- 2.- Concepto de Afrontamiento
- 3.- Síndrome de Burnout
- 4.- Aprendizaje de Conductas de Afrontamiento ante el Estrés Laboral
- 5.- Capacitación en Conductas de Autocuidado

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD

- 1.- Necesidad de Ser reconocido como ser humano
- 2.- Necesidad de Estar en un entorno protector
- 3.- Necesidad de Afecto
- 4.- Necesidad de Entendimiento
- 5.- Necesidad de Participación
- 6.- Necesidad de Identidad
- 7.- Necesidad de Libertad

ANÁLISIS DE VARIABLES ORGANIZACIONALES Y PERSONALES QUE IMPACTAN EN EL DESEMPEÑO LABORAL

- 1.- Formación profesional
- 2.- Antigüedad
- 3.- Motivación
- 4.- Clima laboral
- 5.- Satisfacción laboral

VII. LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DESTINADO A EQUIPOS DE SALUD CON LA FINALIDAD DE OPTIMIZAR LOS SERVICIOS Y BRINDAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA A LOS PACIENTES CON CÁNCER

OBJETIVO

Capacitar al equipo de salud que trabaja con poblaciones vulnerables afectadas por cáncer, para que puedan desarrollar estrategias que les permita mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

TEMÁTICAS A SER DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA

1. Conocimiento de cada uno de los conceptos abordados en la presente investigación.
2. Manejo de intervenciones psicológicas actuales para los pacientes con cáncer
3. Conocimiento de los modelos explicativos del dolor y su afrontamiento
4. Manejo del concepto de gaudibilidad en la intervención a los pacientes con cáncer.
5. Enseñanza de los principios bioéticos al

equipo de salud en torno al respeto que se merece el paciente y a su derecho a la información instrumental que debe recibir.

6. Enseñanza de estilos de vida saludables para la sustentabilidad de estas poblaciones en riesgo.

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE

- 1.- Necesidad de Ser reconocido como ser humano
- 2.- Necesidad de Estar en un entorno protector
- 3.- Necesidad de Afecto
- 4.- Necesidad de Entendimiento
- 5.- Necesidad de Participación
- 6.- Necesidad de Identidad
- 7.- Necesidad de Libertad

ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ADECUADOS DEL EQUIPO DE SALUD COMO ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS CON EL OBJETIVO DE:

- 1.- Mejorar la calidad de los servicios
- 2.- Mejorar la calidad de vida de los usuarios

VIII. CONCLUSIONES

La revisión de la literatura científica sobre conceptos básicos en torno a la problemática del cáncer y los aportes de la psicología presentados en esta investigación, muestran un avance importante en el conocimiento de aspectos de índole emocional que deben ser considerados en el abordaje del paciente que sufre esta enfermedad.

Los equipos de salud tienen un gran desafío para sus propias vidas en el trabajo cotidiano y constante con poblaciones afectadas por esta enfermedad; requieren de apoyo para apoyar, requieren de capacitación personal y manejo emocional para si mismos, y, para ser gestores de mejores días para los pacientes con cáncer y esta ayuda es responsabilidad de profesionales como el psicólogo de la salud que tiene un rol fundamental que cumplir en la atención de esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BÁREZ, M., Blasco, T., y Fernández, J. (2003). La Inducción de sensación de control como elemento fundamental de la

- eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología* 19 (2)235-246.
- BIANCHINI, Ch.(2005). *Guía de conocimiento sobre salud en el mundo*. Instituto de Estudios Políticos para América Latina.
- BONICA, J. (1990). Multidisciplinary/ Interdisciplinary Pain Programs. En J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain*, (197-208). Philadelphia, : Lea/Febriger.
- BROWN, G. y Nicassio, P. (1987) Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31,53-64.
- DOMÍNGUEZ, B., y Vázquez, E. (2005). (en prensa). Autorregulación del estrés y el dolor crónico.
- FELCE, D y Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities* 1995; 16 (1): 51-74.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Estado de Población (2008). *El cáncer de cuello uterino provoca dos muertes cada día en Bolivia*. La Paz: la Prensa.
- GATCHEL, R. y Weisberg, J. (2000) *Personality characteristics of patients with pain*. Guilford Press, New York.
- GONZÁLEZ, G. (2005). *La atribución al dolor y su relación con el diagnóstico médico y algológico en pacientes con dolor crónico*. Tesis Doctoral, Universidad Iberoamericana de México, México.
- GONZÁLEZ de Cansino (2009) *Dignidad, integridad y Poblaciones Vulnerables*. Revista Colombiana de Bioética 4:225-240
- GRAU, C. (2002). *Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia*. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5 (2), 67-87.
- Internacional Association of Pain. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- INFANTE, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- JACOX, B. (1994). Acute pain management. *Pain*, 47 (1), 78.
- LAZARUS, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- LAZARUS, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca, Barcelona.
- MELZACK, R., & Wall, P. (1983). *The challenge of pain*. New York, Basic Books.
- OBLITAS G.(2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de vida. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS; 2002. p. 84-6.
- Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud, (2003). *Componente para la Detección y Control del Cáncer de la Mujer*, La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.
- PADILLA G, Grant M, y Ferrell B. (1992). Nursing research into quality of life. *Qual Life*:341-8
- PADRÓS, B, Ferran.(2002) *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona
- PALACIOS, G. & Domínguez, B. (2009). *Psychological therapy of chronic pain*. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.
- PIERRET, J. (1979) A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 52 (1) 24-28.
- SORIANO, J. & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9,13-22.
- TURK, D., & Meichenbaum, D. (1986). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. New York, Guilford.
- TURK, D., & Rudy, T. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.