

Multimed 2012; 16(3)

Julio-Septiembre

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación y control de los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama.

Evaluation and control of the emotional states in patients with breast cancer.

Elvira Ramona Peña Guerra;¹ Aliev Fonseca Peña;² Nilda Meireles Aldana.³

¹ *Licenciada en Educación en la Especialidad de Biología. Profesora Auxiliar. Filial de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma. Email: elvira@fcmb.grm.sld.cu*

² *Licenciad en Cultura Física, Deportes y Recreación. Asistente. Facultad de Cultura Física. Bayamo. Granma.*

³ *Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Filial de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma.*

Resumen

Estudio cuasi experimental de intervención de un grupo de Mujeres Bayamesas con cáncer de mama, con el objetivo de evaluar y controlar el impacto provocado por el diagnóstico de la enfermedad, la cirugía y los tratamientos coadyuvantes, en sus estados emocionales. La evaluación se

realizó utilizando la observación, test psicológicos (Idare, el Inventory de de Beck, el test de autoestima de Coopersmith) y entrevistas. Los resultados indican que el 100% de la muestra objeto de estudio están afectadas por estados ansiosos - depresivos. Para controlar los mismos se aplicaron las técnicas de: Análisis de las fuentes de ansiedad, Registro o diario de las reflexiones y estados y su posterior análisis, técnicas de respiración, la visualización, el auto- diálogo. Se comprobó que las pacientes logran mejorar sus estados emocionales, mostrándose comunicativas, cooperativas, son capaces de expresar sus inquietudes y experiencias, se incorporan a las actividades planificadas por el grupo mostrando su autovalidismo lo que se expresa en una mayor disposición para enfrentar los tratamientos y la enfermedad con nuevas estrategias y estilos de afrontamiento, mejorando su calidad de vida.

Descriptores DeCS: NEOPLASIAS DE LA MAMA/psicología; SINTOMAS AFECTIVOS/terapia

Abstract

It was performed a Quasi-experimental intervention research of a group of women from Bayamo with breast cancer, with the aim of evaluating and controlling the impact caused by the diagnosis of the disease, surgery and coadjuvant treatments in their emotional States. The evaluation was carried out using observation, psychological tests (Idare, inventory of Beck,

the Coopersmith self-esteem test) and interviews. The results indicated that 100% of the sample objects of study were affected by anxious - depressive states. To control these states there were applied techniques of: analysis of the sources of anxiety, register or journal of reflections and states as well as the later analysis, breathing techniques, visualization and self -dialog. It was evidenced that patients improved their emotional states, showing themselves communicative, cooperative, they were able to express their concerns and experiences, and they joined the activities planned by the group showing their self-validism that was expressed in a greater willingness to face the treatments and the disease with new strategies and styles of confrontation, improving their quality of life.

Subject heading: BREAST NEOPLASMS/psychology; AFFECTIVE SYMPTOMS/therapy

Introducción

En Cuba, el cáncer de mama es la localización más frecuente entre las neoplasias malignas que afectan a la mujer. Al consultar el anuario de salud se evidencia que aproximadamente 2000 mujeres son diagnosticadas anualmente y que unas 1 100 mueren cada año por esta enfermedad. Representando la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino. La distribución geográfica de los últimos años, muestra que entre las provincias con mayor incidencia de la enfermedad se encuentran: La Habana,

Matanzas, Villa Clara, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba. Mientras que La Habana, Sancti Spíritus, Camagüey, Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo, presentan las mayores tasas de mortalidad.¹

En los últimos 15 años, los exámenes sistemáticos en la población femenina mediante el autoexamen mamario, examen clínico y la mamografía; han permitido que la morbilidad sea mayor que la mortalidad; lo que indica una mayor y mejor expectativa de vida según criterio de los especialistas que trabajan con este tipo de pacientes. Por lo antes expresado es necesario trabajar de forma multidisciplinaria para lograr una vida lo más satisfactoria posible; prestando atención no solo a los tratamientos oncoespecíficos, sino también a las alteraciones que se presentan en sus estados emocionales como consecuencia del diagnóstico y desarrollo de la enfermedad.

Durante los años 80 las diferentes sociedades nacionales e internacionales de lucha contra el cáncer, impulsaron el desarrollo de investigaciones referidas a las reacciones emocionales de la enferma ante el diagnóstico y los tratamientos oncológicos, así como la influencia de las intervenciones psicológicas en la calidad de vida y en la duración de sobreviva. Los espacios de intervención psicológica deben cumplirse desde la consulta de oncología, en el ámbito hospitalario, ambulatorio y comunitario.²

Para desarrollar la atención psicológica en estos espacios se proponen diversas modalidades terapéuticas fundamentadas en diferentes bases teóricas y tipos de apoyo como son: apoyo emocional, terapia de entrenamiento en afrontamiento cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, modelo de terapia familiar sistémica, enfoque cognitivo-conductual y de relajación.

En relación con los estados emocionales de las pacientes con cáncer de mama se conoce que estas manifiestan períodos ansiosos-depresivos; con sensaciones de muerte inminente, llanto frecuente, insomnios, irritabilidad, temores por los efectos de los tratamientos oncológicos, falta de control, inactividad, inapetencia y otros síntomas.³ Por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar y controlar a través de diferentes técnicas de psicodiagnóstico, los estados emocionales de un grupo de mujeres con cáncer de mama, sometidas a cirugía y tratamientos oncoespecíficos.

Método

Se realizó un estudio cuasi experimental, de intervención con la utilización de métodos mixtos (cualitativos y cuantitativos). De las 51 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes de la provincia Granma, se tomó una muestra integrada por 12 de estas enfermas, que residen en los consejos populares Jesús Menéndez y

San Juan el Cristo de la ciudad de Bayamo; las que recibieron atención en sus domicilios y en la casa de orientación a la mujer y la familia, las que respondieron a los siguientes criterios de inclusión: sometidas a tratamiento quirúrgico y oncoespecíficos por cáncer de mama, edad entre 40 y 62 años, con disposición y condiciones intelectuales para participar en la investigación. Los criterios de exclusión fueron: Ser portadora de patologías psiquiátricas crónicas, ser portadora de otro tipo de cáncer, metástasis de cáncer conocida en el momento del estudio.

Para caracterizar la muestra, el primer procedimiento de recogida de datos fue la Entrevista propuesta por Núñez de Villavicencio, para hacer el diagnóstico biopsicosocial de las pacientes objeto de estudio, en todo momento se trató de crear un ambiente relajado de confianza y seguridad para lograr que las respuestas fueran lo más fiables posibles y se lograra una correcta caracterización.

Para evaluar los estados emocionales de las pacientes objeto de estudio se utilizaron tres test: para autoestima; el **Inventario de autoestima de Coopersmith.**

Para la ansiedad se utilizó **el inventario de ansiedad rasgo - estado (IDARE):** este instrumento tiene como objetivo explorar la ansiedad como

estado y como rasgo, en la primera se observa como un estado emocional transitorio o situacional, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo y la segunda forma se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, características de la personalidad.

Para evaluar el nivel de depresión, presente en las pacientes objeto de estudio se utilizó el **Inventario de Beck**.

Para intervenir sobre el control de estados emocionales se utilizaron las siguientes técnicas.

Registro o diario de las reflexiones y estados y su posterior análisis:

Consiste en el registro de las preocupaciones, opiniones sobre su estado de ánimo, incluyendo ansiedad, temores, dudad etc. Sólo después de tres semanas se le solicita que haga un análisis de los contenidos expresados por ella en el diario. El procedimiento tiene como propósito demostrar que en un porcentaje muy elevado los pensamientos negativos y las preocupaciones no se cumplen, estos son el resultado de un análisis excesivo y sobrevalorado de muchas de las circunstancias en que se encontraban, el autoanálisis de estas reflexiones contribuye al desarrollo de la autoconfianza y a la variación del estilo de los pensamientos negativos.

Técnicas de respiración rítmica (yoga). Es una técnica que posibilita se alcance la relajación y un estado psicológico favorable, es útil para el manejo de tensiones, ansiedad o angustia. Para ello Inhalas profundamente por la nariz contando cuatro tiempos, retienes dentro de ti la energía y la dejas que se mueva durante cuatro tiempos; nuevamente en cuatro tiempos exhalas por la boca, se retiene por cuatro tiempos y una vez que has vaciado los pulmones, se respira por cuatro segundos más; se hace un ciclo en cuatro tiempos: inhalar, retener, exhalar y retener; (8 repeticiones como mínimo).

La visualización. Significa poder ver con los ojos cerrados y sentir con el corazón lo que uno quiere ser , es importante para que la paciente se pueda ver como quieren ser cuando realiza una actividad y como puede corregir sus errores, ayuda a memorizar, permite la programación mental de la actividad, genera autoconfianza y motivación y entrena y perfecciona las actividades mentales como: el manejo de energía, ansiedad, tensión, actitudes negativas, calma, placer, goce, etc.

El autodiálogo. Es una intervención de carácter cognitivo conductual, se dirige fundamentalmente a que el sujeto sea capaz de sustituir pensamientos negativos por otros más positivos o realistas, produce cambios en las cogniciones del sujeto y por lo tanto un cambio en las emociones, en lo fundamental, se trata de sustituir los contenidos del

pensamiento con frases cortas, pero significativas: ejemplo. (Tengo el control, sé lo que hago, no tengo miedo, no siento náuseas, estaré bien). Es decir, frases inductoras que se dirigen a la detección de pensamientos negativos, eliminación de expectativas negativas que distraen al sujeto.

Análisis de las fuentes de ansiedad. Está dirigida a conocer de qué forma y por qué razones se dispara su presencia, qué pensamientos sentimientos y sensaciones físicas han surgido en la situación generadora. Para valorar los resultados de la aplicación de estas técnicas se realizó una entrevista en profundidad que aportó información sobre el estado de ánimo actual de la muestra objeto de estudio. ¹

Resultados

La entrevista aplicada para la caracterización permitió conocer que la edad de las pacientes objeto de estudio se encuentra en el rango de 40 a 62 años con un valor promedio de 49,9; en estas se observa un alto nivel de afección de su esfera psicológica, que se corresponde con el impacto del diagnóstico de la enfermedad y los diferentes tratamientos. En relación con los datos raciales se encuentra que la raza negra representa el 16,6%, la blanca el 50% y mestizas un 33,3%. En el nivel educacional el 33,3% concluyó el nivel

medio, el 50% el medio superior y con nivel universitario 16,6%. El estado civil el 66,6% están casadas y 33,3 % divorciadas.

El 50% se dedica a labores domésticas (amas de casa) y el 50% tienen vínculo laboral y refieren satisfacción personal con su profesión y/u oficio así como la ausencia de conflictos significativos en sus relaciones interpersonales en el centro de trabajo; con buena estabilidad laboral. Las condiciones de vida también constituyen un indicador significativo a valorar. En relación con las características de la vivienda prevalece la categoría de regular en el 33,3%, y buena en 66,6%. El 100% de las pacientes identifica un miembro de su medio familiar como una figura de apoyo para enfrentar su proceso de enfermedad y en esta esfera no aparecen conflictos añadidos que incrementen la repercusión psicológica de ésta patología, en tanto el 100% manifiesta buenas relaciones con los que conviven en el hogar así como una atmósfera afectiva.

Todas las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente; con cirugía conservadora un 66,6% y de forma total 33,3%. Por las situaciones imprevistas que se presentan en algunas operaciones el 16,6 % conoció de la pérdida de su mama después del acto quirúrgico. El 100% de las pacientes son sometidas a los tratamientos con quimioterapia y radioterapia con una aceptable recuperación del estado general.

Los test aplicados para evaluar su estado emocional aportaron los siguientes resultados: El inventario de autoestima de Coopersmith; evaluó el 66,6% de las pacientes con un nivel bajo, ya que se perciben infelices, inseguras, centradas en sí mismas y en sus problemas particulares, temerosas de expresarse en grupos donde su estado emocional depende de las valoraciones y exigencias externas. En un nivel medio categorizaron el 33,3% de las pacientes. Las mismas presentan características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro. Expresando percibirse inseguras, temerosas de expresarse en grupos, no se centran en si mismas y sus relaciones interpersonales son favorables.

Con la aplicación del test IDARE se pudo conocer que el 100% de las pacientes están afectadas por una ansiedad de estado, ubicándose el 66,6% en un nivel alto, con predominio en los calificativos bastante y mucho en las frases relacionadas con los estados de tensión manifestando sentirse tensas, alteradas, ansiosas, nerviosas, preocupadas por las reacciones de los tratamientos y el futuro de sus vidas. El 33,3% se ubicó en un nivel medio las cuales comparten características de los niveles alto y bajo.

El inventario de Beck permitió comprobar que el 100% de las pacientes están afectadas por estados depresivos ubicándose el 66,6% en un grado

severo, manifestando vivencias como: tristeza, creer que no deben esperar ya nada, estar aburridas, creen que les podría pasar algo malo, se enfadan o irritan con más facilidad que antes, se cansan de hacer cualquier cosa, no tienen apetito como antes, pérdida del interés en las actividades. Con sensaciones de: muerte inminente, llanto frecuente, irritabilidad, agotamiento físico y anorexia; el 33,3% se ubica en un grado moderado, manifestando sentirse tristes, creen que jamás se liberarán de sus penas y sufrimientos, no están particularmente descontentas, no se sienten culpables, lloran algunas veces, se despiertan temprano y les cuesta trabajo volverse a dormir, tienen menos apetito que antes, no se irritan con facilidad.

Para conocer los resultados de la aplicación de las técnicas de control emocional se aplicó una entrevista en profundidad a cada paciente objeto de estudio la que permitió conocer, esclarecer y profundizar en sus reacciones emocionales ante cada técnica aplicada.

Con el registro o diario de las reflexiones y estados y su posterior análisis la entrevista aplicada permitió conocer que este contenía varios temores, ansiedades y dudas referidas a los efectos de los tratamientos coadyuvantes, el modo de conducirse ante su familia en las condiciones actuales, temores a ser rechazadas por sus esposos por su nuevo perfil físico, a que la economía no fuera suficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias, a la

proximidad de la muerte, dudas ante la posibilidad de perder el trabajo. En el análisis que realizaron a las tres semana pudieron darse cuenta que estos pensamientos negativos y preocupaciones en un 98% no se cumplían y que eran el resultado de sus estados ansiosos – depresivos.

La técnica de respiración rítmica (yoga) aunque al principio fue necesario ejercitárla varias veces tuvo una gran aceptación y la utilizaron en diferentes momentos y lugares, como: cuando tenían consultas o aplicación de los sueros y radiaciones, en sus casas cuando estaban solas o cuando la armonía familiar no fluía adecuadamente, alcanzando un nivel de relajación que tributó a la disminución de los estados de ansiedad que sufren en estas ocasiones.

La visualización en los primeros momentos no fue aceptada por todas, pero cuando se entrenaron el 100% las utilizó e informaron que les sirvió para eliminar las tensiones y actitudes negativas para desarrollar sus nuevos roles en la familia y para adherirse a los tratamientos ya que la programación mental de las actividades les permitía manejar los estados de ansiedad, de depresión, eliminar temores y hacer un adecuado manejo de la energía.

El autodiálogo fue utilizado por el 98% de las pacientes en diferentes momentos, pero todas informaron que les resultó muy efectivo ante los tratamientos, donde utilizaron como frases cortas, pero significativas: tengo

el control, voy a estar bien, no tendré náuseas, no tengo miedo, no tendré reacciones negativas.

En el Análisis de las fuentes de ansiedad expresaron como una de las cuestiones más poderosas y coincidentes la incertidumbre con relación a los efectos de los tratamientos oncológicos, la minusvalía física en comparación con su vida anterior, la posible falta de armonía familiar en relación con los nuevos roles y la dificultades económicas. Identificadas estas pudieron hacer un manejo adecuado y tomar estrategias para su control.

Discusión

Este estudio ofrece una caracterización de las pacientes con cáncer de mama; de sus estados emocionales y de técnicas a utilizar para disminuir estos, así como las opiniones y expectativas que tienen sobre esta vía de intervención psicológica y sus efectos en su calidad de vida.

Estos resultados coinciden con otras investigaciones realizadas en las que se expresa que esta patología aparece con mayor frecuencia en mujeres de piel blanca, en el momento que se aplica el instrumento las relaciones de pareja no constituye una fuente de conflicto para las pacientes casadas que representan el 66,6%, sin embargo las divorciadas 33,3% identifican este aspecto como fuente de incertidumbre por su perfil físico actual y todas las

secuelas relacionadas con su enfermedad. Esta respuesta es predecible en buena lógica si se tiene en cuenta que en el perfil físico las mama constituyen un elemento de belleza y feminidad y su pérdida o mutilación afecta severamente su estado emocional, además en este período lo primario es salvar su vida y se observa una pérdida de interés por el sexo afectando el deseo y la frecuencia sexual. Estos resultados coinciden con investigaciones consultadas.⁴

Los antecedentes patológicos personales y familiares no existen en el 85% y el 66,6% respectivamente, las condiciones sociales y materiales de las pacientes objeto de estudio son adecuadas, sin embargo desde el momento del diagnóstico estas desarrollan un distres que pasa por distintos estados emocionales durante las diferentes etapas de la enfermedad, por lo que requieren de una atención sistemática por todo el equipo multidisciplinario; con el objetivo de que ellas aprendan a enfrentar la enfermedad con estilos de afrontamientos cognitivos y conductuales positivos, que contribuyan a una adecuada calidad de vida, aun en los períodos más cruentos de tratamientos y/o recidiva.⁵

Los resultados de la aplicación del test de Coopersmith coinciden con lo expresado por otros autores ya que todas las pacientes tienen afectada su autoestima, lo cual es característico en esta enfermedad; tendiendo al

desequilibrio emocional, donde manifiestan rasgos de depresión y ansiedad como: la inseguridad, el aislamiento, temores, falta de autocontrol, tensión, sensaciones de debilidad y trastornos musculoesqueléticos.

Con la aplicación de las técnicas para valorar los estados emocionales, se pudo comprobar que los síndromes más frecuentes asociados al diagnóstico de la enfermedad son los ansioso- depresivos, presentes en el 100% de la muestra objeto de estudio: manifestando anorexia 75%, insomnio 65% e irritabilidad en el 85%. La ansiedad es la manifestación con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. En el caso del cáncer de mama es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de depresión, lo que por demás disminuye la resistencia inmunológica de estas pacientes, favoreciendo la entrada de virus y el inicio de enfermedades infecciosas, además favorece la aparición de síntomas anticipatorios a los tratamientos coadyuvantes, provocando una disminución en el posible éxito de estos, coincidiendo con estudios realizados por autores nacionales e internacionales.^{6,7}

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de la enfermedad, una vez que esta ha comenzado complica la recuperación de la intervención quirúrgica y aumenta el riesgo de no

adherencia a los tratamientos y al aislamiento. En las pacientes objeto de estudio, aunque se manifiestan estos estados ansioso-depresivos, ninguno está instalado como rasgo de su personalidad, sino que se manifiestan como estados de ánimo en determinados períodos, pero, aun así afectan sensiblemente su estabilidad emocional y la calidad de la rehabilitación. Por lo que se evidencia la necesidad de desarrollar estrategias institucionales y comunitarias que permitan la rehabilitación psicológica de estas; a través de actividades que integren el conocimiento de la enfermedad y de las manifestaciones emocionales mórbidas, la aplicación de técnicas de control de los estados emocionales, el intercambio de experiencias y la recreación.^{8,9}

La aplicación de técnicas para el control de los estados emocionales en este grupo de mujeres tuvo un resultado positivo ya que el 100% informaron en la entrevista que su calidad de vida mejoró, porque les ayudan a identificar las situaciones, pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que disparan sus estados de ánimo, permitiéndole crear estrategias y estilos de afrontamientos positivos; además les sirven de herramientas para relajarse, ganar en autoconfianza, autocontrol, aumentar sus cogniciones y con todo ello alcanzar en lo posible el equilibrio emocional.

Todas las pacientes finalizaron la entrevista expresando su satisfacción por el conocimiento y aplicación de estas técnicas en sus vidas diariamente y la disminución de sus estados ansiosos depresivos, así como el conocimiento de

si misma y el aprendizaje de nuevas formas de afrontar la vida y sus dificultades con seguridad amor y esperanzas.

Conclusiones

Todas las pacientes objeto de estudio padecían de estados ansiosos depresivos característicos en esta enfermedad.

La aplicación de las técnicas de control emocional mejoraron sus estados de ánimo y las incorporaron a las actividades familiares y sociales con nuevos sus estilos de afrontamiento a la enfermedad lo que contribuyó a mejorar su calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

1. Alonso A A, Cairo V E, Rojas M R. Psicodiagnóstico. La Habana: Editorial Félix Varela; 2007.
2. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud. 2007 a 2011. Ministerio de salud Pública: Ciudad de La Habana; 2012.
3. Flores-Luna L, Salazar-Martínez E, Duarte-Torres R, Torres-Mejía G, Alonso-Ruiz P, Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. Salud Pública de México. 2008; 50(2):119-25.
4. Hannoun -Levi JA. Treatment of breast and uterus cancer: Physiological and psychological impact on sexual function. Cancer Redite. 2005; 9(3): 243 – 253.
5. G
rau Abalo JA, Llantá Abreu MC, Chacón Roger M, Fleites González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol [Internet] 1999

- [citado 25 de marzo 2012]; 15(1): [aprox 8p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm
6. I
zquierdo-González M, González-Pérez U, Alerm González A, Jáuregui-Haza U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. Rev habanera ciencias médicas [Internet]. 2008 Jun [citado 6 de marzo 2012]; 7(2): [aprox 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000200014&script=sci_arttext
7. L
umbreras S, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 2008; 5(1):155-70.
8. Pérez Hechavarría GA, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Guilarte Selva OT, Pérez Hechavarría AR. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. MEDISAN. [Internet]. 2011 [citado 6 de marzo 2012]; 15(6): [aprox 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000600005&script=sci_arttext&tlang=en
9. Rodríguez R, Ruiz, Carvajal A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev Cubana Enfer [Internet]. 2007 [citado 6 de marzo 2012]; 23(4): [aprox 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000400006&script=sci_arttext

Recibido: 14 de junio 2012.

Aprobado: 29 de junio 2012.