

Acciones educativas con médicos de familia para mejorar la calidad de la asistencia oncológica

Educative Actions with Family Doctors to Increase the Quality of the Oncologic Attendance

MSc. Clara Pérez Cárdenas

Lic. en Psicología. Especialista II Grado en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica, Profesora Auxiliar.

RESUMEN

Objetivo: describir posibles cambios en algunas variables consideradas intervinientes en la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud en la atención a pacientes oncológicos a partir de acciones educativas.

Métodos: la población de estudio se constituyó por los médicos de familia del Policlínico "Mario Escalona" (Atención Primaria de Salud) que se desempeñan directamente en el trabajo asistencial. Se evaluaron cambios en los resultados de encuestas, representaciones gráficas y entrevista individual aplicadas antes y después de seis sesiones de trabajo, en las que se utilizaron la discusión grupal, la técnica demostrativa y un taller vivencial.

Resultados: las sesiones fueron evaluadas por los médicos como *experiencia nueva*, *reconocimiento de la importancia de la comunicación* y vivencia de *mayores posibilidades para afrontar situaciones cotidianas* en Oncología. Se lograron cambios favorables en el significado que le confirieron a la enfermedad oncológica y en el reconocimiento de factores de riesgo para aparición de la claudicación familiar., pues posterior a las actividades de grupo. Continúan sintiendo una actitud obstaculizadora de las familias en el proceso de comunicación con sus pacientes.

Conclusión: la intervención desarrollada constituye un aporte para minimizar el déficit que desde lo académico tienen estos profesionales en relación a entrenamientos en habilidades de comunicación.

Palabras clave: Médicos de familia / educación, Oncología médica, Psicología, Atención Primaria de Salud

ABSTRACT

Objective: to describe possible changes in some intervened variables considered for the quality of the attention that brings the health professionals to oncologic patients since educative actions.

Methods: The study population was formed by family doctors that work directly on assistance work from the policlinic "Mario Escalona". Inquiries results, graphical representations and applied individual interview were assessed before and after six sessions of work in which group discussion, demonstrative technique and experiences workshop were used.

Results: The session were assessed by the doctors as new experiences as well as the recognition to the importance of communication and experience of greater possibilities to face daily situations on Oncology. Favorable changes were reached related to the meaning given to the oncologic disease, because after the group activities is present the difficult attitude of the families on the doctor – patient communication process, also the risk factors are recognized for the appearance of family claudicating.

Conclusion: The developmental intervention is an contribution to minimize the deficit of the professional related to the academic aspect on training communication abilities.

Key words: family doctor, education, Medical Oncology, Psychology, primary health care

INTRODUCCIÓN

Los programas de formación del especialista en Medicina General Integral (MGI) en Cuba, incluyen el tema de atención integral a pacientes con enfermedad terminal, con el propósito de lograr una atención de mejor calidad para estos pacientes y minimizar la dificultad que representa la escasa literatura médica que existe del mismo, en particular la relacionada con las acciones a la familia.¹ Este obstáculo tiene como paliativo, la posibilidad del uso de un software educativo tipo libro electrónico, elaborado para la docencia de sexto año de la carrera de Medicina y del posgrado.² Sin embargo, estos elementos todavía son insuficientes en la preparación del profesional.

En su formación, debe conferírsele mayor importancia a la comunicación, pues es necesaria entre el profesional y pacientes-familiares, tanto para el diagnóstico, como en todo el proceso de la enfermedad del paciente. Sin embargo, resulta ser una de las situaciones dilemáticas más reconocidas por los profesionales de la Salud.

La comunicación es el vehículo de transmisión del apoyo social y emocional al paciente y a la familia; facilita el afrontamiento de todos, ante la enfermedad y permite reducir la percepción de incertidumbre, reduciendo la ansiedad, a juicio de la autora, siempre que las personas implicadas sientan confianza en la información que se les está brindando. Saber comunicarse es importante, desde el momento mismo de conocido el diagnóstico o antes. El profesional de la

Salud debe tener en cuenta en ella, las posibles reacciones de pacientes y familiares; no puede ignorar, que él mismo a veces se involucra en la atención de estas personas, con sensaciones de impotencia y frustración, ante momentos de gravedad o empeoramiento.³

Para enfrentar situaciones de este tipo debe hablar claramente de ellas. Sin embargo en estudio realizado por la autora, se concluye que el personal de Salud no puede escapar del impacto negativo de la enfermedad, o no fue académicamente preparado, en términos de entrenamiento, para el abordaje de estos individuos,⁴ por tanto, les es muy difícil establecer un intercambio amplio en términos de comunicación sobre todo con pacientes oncológicos.

Con frecuencia el enfermo y la familia no saben, de qué y cómo hablar entre sí. No expresan la tristeza sentida, la preocupación o la rabia, llegando en oportunidades al fenómeno denominado "conspiración de silencio", que los aísla de su entorno por no poder compartir sus sentimientos. Esta situación complejiza toda acción asistencial del profesional de la Salud.⁵ Existen contradicciones entre diferentes autores sobre el hecho de si se le debe o no decir todo a los pacientes.⁶ En cualquier caso, debe existir un equilibrio entre la verdad y las esperanzas para él.⁷

A partir de esta realidad asistencial, en el mundo y en Cuba, este trabajo tiene como objetivo más general describir posibles cambios en algunas variables consideradas por la autora como intervinientes en la calidad de la atención que los médicos de familia del Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera" brindan a pacientes oncológicos, posterior a su participación en acciones educativas desarrolladas en el área de salud. Para ello, fue necesario identificar una línea base que incluía el significado de la enfermedad para los profesionales del área, las situaciones percibidas como dilemáticas en la atención médica; el reconocimiento del fenómeno de la claudicación familiar, por parte de los profesionales, así como características de la comunicación de estos con sus pacientes oncológicos y sus familiares y el impacto emocional de la enfermedad para el profesional de salud desde su rol.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio transitó por dos fases. La primera permitió un diagnóstico del grupo de profesionales del área a partir de las variables consideradas por la autora (percepción de la enfermedad oncológica, autoevaluación para asumir el proceso, situaciones difíciles en el nivel primario de atención, entre otras exploradas) y la segunda se desarrolló a través de un diseño antes-después. Se desarrolló entre los meses de enero del año 2011 y enero del año 2012, con el universo de médicos de familia del área de salud del Policlínico "Dr. Mario Escalona Reguera", en Alamar, vinculados directamente a la asistencia en los consultorios de la comunidad (40 profesionales). Hubo un primer momento en que se aplicaron los instrumentos diagnósticos

previstos para el estudio: dibujo como expresión gráfica del significado de la enfermedad oncológica, encuesta para explorar dilemas éticos⁸ (Ver Anexo 1) y encuesta elaborada por autora para los fines de este estudio (ver anexo 2) validada por criterio de expertos a través del Método Delphi.

La información de los dibujos se logró por el análisis de categorías construidas por análisis del contenido de lo expresado por escrito por cada profesional, del significado de lo dibujado. Para las encuestas se utilizó el análisis de frecuencias relativas. Esta información inicial y los datos obtenidos por la aplicación de los mismos instrumentos del inicio, se analizaron después de las sesiones de trabajo, utilizando prueba no paramétrica McNemar, que permite valorar los cambios entre el antes y el después de las sesiones realizadas.

Se desarrollaron seis reuniones de trabajo, cada una con un propósito específico. Fueron trabajados elementos cognitivos y afectivos a través de discusiones grupales, una técnica demostrativa (entrevista a las pacientes en presencia de los profesionales) y un taller de técnicas vivenciales.

La autora consideró evolución favorable o mejoría, cuando el análisis de los resultados alcanzados por el test no paramétrico aplicado, constató cambios significativos en el estado o manifestación de la variable analizada.

RESULTADOS

En la **primera sesión** se hizo análisis de la percepción que refirieron estos profesionales de la enfermedad en la fase diagnóstica. Todas sus preocupaciones giraron alrededor del *proceso de comunicación*. El grupo reconoce situaciones difíciles en este sentido: el asumir a un paciente que no sabe su diagnóstico y la familia espera que el profesional mantenga el *engaño*; el hecho que el paciente se negara a recibir tratamiento oncoespecífico indicado, aun conociendo su diagnóstico. Describen circunstancias en que es necesario un traslado a centro asistencial de otro nivel o un medicamento específico y sus gestiones son irrelevantes, no por incapacidad profesional al indicarlo; o casos en que el equipo considera necesario un traslado o algún proceder y el familiar se opone al mismo; situaciones que generan sensación de impotencia en el profesional. En algunas oportunidades se reconocen como *irrespetuosos*, en tanto *al hablar con los pacientes* utilizan términos sustitutos de la palabra tumor y cáncer, por otros que a su criterio pueden ser mejor recibidos por la población, menos lacerantes; por ejemplo: "quistecito", "nodulito". Estos fueron elementos con los que ejemplificaban su vivencia de no preparación para afrontar el mundo psicológico de estos pacientes.

La **segunda sesión** se desarrolló a través de discusión grupal sobre las necesidades básicas de paciente y familiares durante todo el proceso. Se consideraron estos, elementos importantes

para poder asumir cada caso concreto y que habla también de su preparación para asumir la subjetividad de pacientes y familiares.

En la **tercera sesión** se abordó la claudicación familiar. Se constató desconocimiento de los profesionales de la posibilidad real de que esta existiera, sin que recibiera evaluación peyorativa de las familias en esa situación. Utilizaban términos tales como *personas "deshumanizadas",... "que no quieren a nadie"*.

Logran reconocer cómo *orientar a las familias* para una mayor participación de todos en la atención a la paciente; mantener la vida social y familiar de cada integrante con las menores afectaciones y lograr que el paciente sea válido todo el tiempo que pueda serlo como *alivio*, a la situación real de la familia como un todo.

En la **cuarta sesión** de discusión grupal se abordó la comunicación de manera directa. Se proyectó conferencia sobre *cómo dar malas noticias*, ofrecida por Gómez Sancho, en La Habana. Reconocen, que teniendo la posibilidad de tiempo y de privacidad, *no cumplen con las condiciones adecuadas para comunicarse* con los pacientes, ya sea por la incidencia de familiares o porque buscan la forma de salir de la situación de intercambio con el paciente. Hubo análisis de situaciones puntuales.

En la **quinta sesión** se profundizó en el tema de la comunicación. Se intercambió con dos pacientes mastectomizadas que conocían su diagnóstico. Las pacientes expresaron sus vivencias del momento y la forma en que lo conocieron y demostraron la importancia que había tenido en sus casos particulares, el lenguaje no verbal utilizado por los profesionales de asistencia. Este intercambio les permitió corroborar la importancia del *lenguaje no verbal* utilizado y el carácter iatrogénico que puede tener descuidarlo, valoraron las *características de personalidad de las pacientes* como un indicador de las posibles reacciones ante la enfermedad. Discutieron qué es realmente apoyar a un paciente oncológico en cualquiera de los momentos de su proceso y reconocieron la importancia de tener en cuenta sus necesidades, para que realmente sea efectivo.

La **sesión 6** se dedicó al desarrollo de un taller vivencial. Se utilizó el *rol-playing*. Fue la actividad más catártica de la intervención en general y dejó al descubierto la necesidad que tienen todos, de entrenarse en habilidades de comunicación y actualización en temas de intervención familiar ante eventos paranormativos como es el diagnóstico de cáncer en uno de los miembros de una familia.

Con la intervención, se corroboraron cambios significativos en la percepción que tienen los médicos de la enfermedad oncológica. Muy pocos en la etapa de diagnóstico hicieron alusión a la posibilidad de una atención integral a personas con este problema de salud y ninguno hizo referencia a sentir confianza en la relación asistencial con la paciente oncológica y su familia. Posterior a la intervención y con un valor de p (valor)=0.000, se halló que las respuestas

corroboraban la posibilidad real de una atención integral a la paciente y una inclusión de la diada paciente-familia a sus acciones de salud. Con igual resultado estadístico se constató cambio en la percepción de preparación de los médicos. La mayoría de ellos al inicio reconocían preparación para el alivio de síntomas físicos de las pacientes, pero sin destrezas para abordar situaciones críticas en las familias de estas, ni para adentrarse en la vida emocional de las mujeres diagnosticadas. Después de la intervención consideraron haber alcanzado posibilidades de orientación a las familias y mejoría en su abordaje de las vivencias de las pacientes.

Hubo un vuelco en cuanto a situaciones percibidas como difíciles entre el antes y después de la intervención. La claudicación familiar, como una de ellas, inicialmente fue algo inaceptable por los profesionales. Tenían una valoración negativa de aquellos grupos familiares donde observaban indicadores de su presencia, o riesgos para su aparición. Al final de la intervención se constatan cambios significativos, con $p=0.003$, pues se logra un reconocimiento de la posibilidad de aparición de este fenómeno en la dinámica familiar.

Otras situaciones difíciles evaluadas como dilemas éticos fueron las discrepancias de sus criterios con las familias y con los profesionales de la atención secundaria. Los resultados en este caso apuntan a una no significación en los cambios alcanzados, con $p=0.500$ y $p=1$ respectivamente, por lo que los profesionales siguen vivenciado a las familias y a sus colegas de otro nivel de atención de salud como generadores de situaciones difíciles para ellos en su intercambio con los pacientes.

En cuanto a la asignación de recursos limitados y el uso de alternativas terapéuticas por no existir lo idóneo para resolver determinada situación de un paciente, no hubo cambio significativo, obteniéndose $p=1$. Continuaron reconociéndose como situaciones embarazosas, aunque en frecuencias menores relativas.

Las verbalizaciones de los profesionales pos intervención, apuntan a reconocerse como elemento facilitador de la calidad de vida a los pacientes. Lo ejemplifican algunas de las expresiones gráficas logradas.

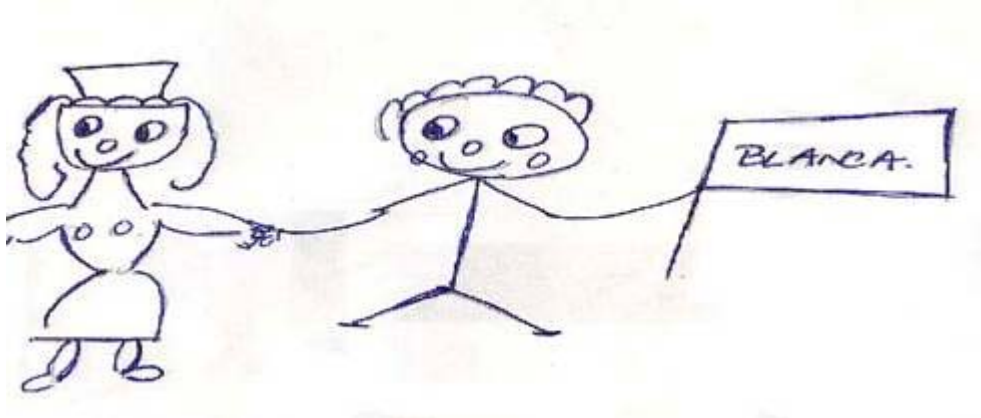
El dibujo 1 representa al paciente como un árbol y el médico, como el abono que le da fuerzas, energía, calidad a su vida. La flecha dibujada, indica el movimiento del tronco del árbol hacia una posición erguida, contraria al abatimiento o desplome, postura que el médico logra en su paciente a partir de su accionar eficaz.

Dibujo 1



En el dibujo 2 el paciente pide tregua a la enfermedad, tomado de la mano por el profesional de la Salud; ambos sonrientes por el desafío que asumen juntos. En este caso, el paciente confía en su profesional de asistencia que no evade la situación; por el contrario, le brinda todos sus recursos para transitar unidos por todo el proceso. Reconocen a los pacientes oncológicos, como seres vivos, en cualquier estadio de la enfermedad en que se encuentre y aceptan que existen posibilidades de mejorar su calidad de vida.

Dibujo 2



DISCUSIÓN

En el transcurso de las sesiones con los médicos de familia, lograron reconocer que por sí solos nunca hubieran sido capaces de expresar sus puntos débiles en la atención a pacientes oncológicos en general, aunque muy en su interior lo reconocieran. Este es el resultado de una formación académica en la que existe un discurso en el que se integran los elementos

biopsicosociales en el proceso salud-enfermedad, pero que no les permite escapar de lo que culturalmente representa cualquier proceso oncológico. No cuentan al egresar con herramientas para esa integralidad. Los años de trabajo de la autora en la misma institución y por tanto, el *rapport* que ha logrado establecer con la mayoría de los participantes facilitó una expresión espontánea y profunda en las sesiones de intervención.

En la Atención Primaria de Salud y con la concepción de médico de la familia, este grupo social constituye o debe constituir el blanco de las acciones profesionales. Sin embargo ante casos de pacientes oncológicos (y válido para cualquier enfermedad terminal), el médico no logra reconocer la claudicación familiar como fenómeno con alta probabilidad de presentarse, por tanto se afecta la calidad de la atención a la diada paciente-familia.

Lo sucedido en las sesiones de trabajo, está en consonancia con la necesidad de entrenamiento de los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación y en el manejo de las situaciones difíciles y de las propias emociones. Puede reconocerse que con la intervención, lograron habilidades para asumir el proceso desde una mirada a los dos elementos que deben considerar presentes: la paciente y su entorno familiar más cercano. Posterior a las sesiones de grupo, la mayoría de los profesionales consideraron sentir seguridad y confianza ante estas pacientes a partir de mayores herramientas para ese afrontamiento.

Aunque no todo lo necesario, disminuye en términos de frecuencia, la apreciación de los profesionales de sus discrepancias con las familias y con los colegas de la atención secundaria. Esto no depende de la intervención sin embargo producto de esta, se refiere el logro de habilidades comunicativas y salidas asistenciales que se erigen como apoyo efectivo para las múltiples demandas de pacientes y familiares.

En la comunicación no se esperaban cambios radicales, por eso hay satisfacción en la autora por lo referido por los propios participantes en la intervención. Este es un proceso muy complejo para todos los implicados en la atención a pacientes oncológicos en general. Dar el diagnóstico de una enfermedad de este tipo e informar durante todo el proceso, es una de las situaciones más arduas referidas en la atención primaria de salud, por todo el compromiso emocional que se establece con los pacientes, con quienes prácticamente se convive día a día en el escenario de vida comunitario, en el que está incluido el profesional de la salud en su consultorio residencia. En los Programas docentes de Pregrado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica de Cuba, no aparece en ninguna de las asignaturas, elementos que le permitan al egresado sentirse con herramientas para afrontar situaciones difíciles en la comunicación con pacientes con estos diagnósticos y sus familias. Sólo en segundo año, en la asignatura Psicología Médica II, aparece el tema de la entrevista con peso específico importante. En teoría brinda elementos importantes, pero no incluye espacios de práctica para desarrollar estas habilidades en el futuro ejercicio de la profesión.

En los programas de formación del Especialista en Medicina General Integral (MGI) en Cuba, se incluye el tema de atención integral a pacientes con enfermedad terminal, con el propósito de lograr una atención de mejor calidad para estos pacientes,¹ pero tampoco se logra desarrollar habilidades, enfrentando al residente en actividades prácticas, a la situación de comunicar. Esta es una realidad en el pregrado y posgrado compartida con países de diferentes latitudes y así está expresada en la literatura sobre el tema.^{7,9,10}

Se puede concluir expresando que con la intervención realizada se lograron cambios significativos en la percepción que los profesionales refirieron de la enfermedad oncológica. De una visión negativa de la enfermedad, similar a la que se tiene popularmente e incluso con reacciones emocionales también negativas, a poder ellos mismos reconocer mayor seguridad y confianza en sus posibilidades profesionales en el intercambio con pacientes portadores de enfermedad oncológica.

Dentro de las situaciones difíciles para ellos, logran cambios significativos en aquellas factibles de modificar por la intervención como es el caso de poder reconocer el fenómeno de la claudicación familiar y factores de riesgo para su aparición, así como la posibilidad de tener acciones médicas que permitan prevenirlo en lo posible o minimizar la intensidad de sus consecuencias.

La enfermedad continúa teniendo impacto emocional en el profesional, pero lograron considerarla un reto, que asumen con la vivencia de estar mejor preparados por contar con posibilidades de afrontamiento integral que le permiten comunicarse mejor con pacientes y familias.

La intervención desarrollada constituye un aporte para minimizar el déficit desde lo académico de estos profesionales, en entrenamientos en habilidades de comunicación, básicos en el desempeño de su rol, sobre todo ante pacientes oncológicos.

Anexo 1. Encuesta de Dilemas éticos

A continuación aparecen situaciones que pueden presentárseles en la atención a pacientes con cáncer en el área de salud. Léalas cuidadosamente y marque con una X (cruz) aquellas que se les hayan presentado a Ud., señalando la frecuencia en que le ha sucedido en su práctica profesional del último año.

No	<i>Situación dilemática</i>	Frecuente	Rara vez	Nunca
1	Informar a la paciente la verdad de su diagnóstico.			

2	Brindar toda la información que la paciente va solicitando durante el proceso.			
3	Convencer a la paciente para que acepte tratamiento quirúrgico o invasivo.			
4	Comunicarle malas noticias a la paciente y/o su familia.			
5	Informar a la familia toda la verdad, cuando el pronóstico es nefasto aunque le parezca ser cruel.			
6	Oposición familiar a que le comunique el diagnóstico de una enfermedad oncológica a la paciente.			
7	Negación de la paciente a tratamientos invasivos, aunque le haya explicado que pueden ofrecerle calidad de vida.			
8	Negación familiar a un proceder médico-quirúrgico en pacientes que desconocen su enfermedad , aunque es la opción para salvarle la vida.			
9	Decidir conductas, cuando se presentan contradicciones internas en la familia.			
10	Involucrarse en ritos religiosos que encuentra en el momento de llegar al hogar de la paciente.			
11	Discrepancias entre usted y la familia sobre criterios de ingreso de la paciente.			
12	Discrepancias entre usted y profesionales de otros niveles de atención de salud con relación a la atención, e incluso criterios de ingreso de la paciente.			
13	Decidir asignación a un paciente oncológico (cáncer de mama en este caso) de recursos de existencia limitada.			
14	Indicación de algunas alternativas de tratamiento por déficit del más idóneo.			

Diga alguna otra situación que se le haya presentado a usted en su quehacer profesional diario y no esté reflejada en el listado. Mencione su frecuencia y malestar que le genera.

Anexo 2. Encuesta a médicos

A continuación aparecen diferentes preguntas que Ud. debe responder según su experiencia profesional. No existen respuestas correctas o incorrectas; el interés de la investigadora está en precisar qué está sucediendo realmente en la atención a pacientes con cáncer de mama en el área de salud. Por su colaboración,

Muchas gracias.

I. En mi práctica profesional, considero que frente a una paciente con cáncer de mama:

1. ____ Tengo instrucción teórica y práctica para aliviar síntomas físicos porque para ello.
2. ____ Estoy preparado para atender los aspectos físicos del problema de salud sin dificultad, pero no para entrar en la vida emocional de la paciente, porque no tengo destrezas para asumirlo.
3. ____ Estoy preparado profesionalmente para mantener una conversación con estas pacientes, escucharlas hablar de sus necesidades, de sus miedos sin dificultad.
4. ____ No estoy preparado para enfrentar situaciones críticas que se presentan en las conductas familiares, aunque sean perjudiciales para la paciente.
5. ____ Puedo orientar a la familia en sus modos de actuar con la paciente, para evitar conductas de ellos que inconscientemente la dañen.

II. A partir de su análisis anterior, díganos qué comportamientos exactamente Ud. asume desde su rol de profesional, ante la paciente con cáncer de mama, independientemente del momento en que se encuentre el proceso.

1. ____ En cada encuentro, tengo en cuenta explorar los síntomas físicos que pueda referir la paciente y conversamos sobre sus vivencias como persona enferma en todas las esferas.
2. ____ Valoro el tratamiento medicamentoso adecuado para control de síntomas y ante queja de malestar psicológico, de la paciente y/o familiares, remito a especialista.
3. ____ Evalúo y trato síntomas físicos y psicológicos referidos en pacientes y familiares porque reconozco el impacto que la enfermedad ha tenido también para ellos.
4. ____ Priorizo mis acciones con la familia, porque la paciente tiene atención especializada en el hospital
5. ____ Me interesa sobre todo, atender integralmente a la paciente que es quien más lo necesita.
6. ____ Otra acción que considere tiene en cuenta en atención a estas pacientes. ¿Cuál?

III. ¿Qué siente cuando frente a usted tiene a una paciente diagnosticada con cáncer de mama solicitando su atención?

1. ____ Me siento seguro de contar con conocimientos y habilidades, para afrontar la situación concreta de la paciente en toda su magnitud física, psicológica y social.
2. ____ No tengo ninguna reacción emocional específica cuando asumo la atención a estas pacientes en particular; me siento como ante cualquier otro paciente en la población que atiendo.
3. ____ Tengo miedo a no saber qué hacer o qué decirle.
4. ____ Otra posibilidad, ¿cuál?

IV. Cuando estoy frente a la familia:

1. ____ Siento que me evalúan desventajosamente en relación con profesionales de otro nivel de atención.
2. ____ Siento su respeto: escuchan y valoran mis criterios, siguiendo mis orientaciones.
3. ____ Recibo un trato respetuoso pero distante, con reservas.
4. ____ Siento el afecto y la confianza de ellos.
5. ____ Siento miedo a no poder ayudarlos en todo lo que me necesiten.
6. ____ Me maltratan, exigiendo de mí acciones que no me corresponden, o dudando de mi capacidad profesional ante evolución tórpida de la paciente.
7. ____ Otra posibilidad, ¿Cuál?

a. Cómo Ud. evaluaría una situación familiar como la que se describe a continuación o similar a esta.

En la familia son frecuentes expresiones verbales y/o conductas que demuestran que ellos están agotados y sin fuerzas para mantenerse cuidando o atendiendo las necesidades nuevas de la paciente: "no pueden más" y a veces no se dan cuenta y lo hablan en presencia de ella, se quejan de no tener tiempo para nada, de no poder salir o de no....

____ Entendible porque la situación los afecta a todos.

____ Inaceptable como reacción porque no es lo esperado de una familia.

____ Otra posibilidad, ¿cuál?

V. Por su experiencia profesional mencione el mayor obstáculo que ha tenido en el nivel primario de salud para lograr atención adecuada a pacientes con cáncer de mama:

VI. ¿En qué aspectos de su práctica profesional encuentra sus mayores dificultades y reconoce que necesita entrenamiento?

- ____ En el manejo de los tratamientos farmacológicos con estos pacientes.
- ____ En el intercambio o interrelación con estos pacientes como personas que sufren.
- ____ En el abordaje a las familias más que a los propios pacientes.
- ____ En el intercambio con las familias tanto como con los pacientes.

- ____Otra situación, ¿cuál?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guinart Zayas N. Cómo atender a la familia del enfermo terminal. Rev Med. Gen. Intergr. [Internet] 2006 [consultado 23 Abr 2009]; 22 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S086421252006000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Gavilondo Mariño X, Frías Álvarez G, Fresno Chávez C. Libro electrónico: atención domiciliaria al paciente con cáncer. Guía básica. [Internet] 2008 [Consultado 5 Jul 2010] Disponible en: [http://www.cecam.sld.cu/pages/rcim/revista_articulos_pdf/libro_atencion_domiciliaria .pdf](http://www.cecam.sld.cu/pages/rcim/revista_articulos_pdf/libro_atencion_domiciliaria.pdf)
3. González R. Relación equipo de salud-paciente-familiar. Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005: 85-102.
4. Pérez, C. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas. *Revista Psicología Científica.com*. [Internet] 2006 [consultado 20 Mar 2012]; 8(18). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/mastectomia-evaluacion-psicologica>
5. Arranz P. Intervención psicológica en cáncer. INFOCOP-ONLINE. X European Congress. Boletín de noticias [Fecha de publicación miércoles, 18-ene 2006] ISSN 1886-1385 © INFOCOP ONLINE 2007
6. *García. López M E*. La información al paciente: una cuestión ética y psicológica. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet] 2006 [consultado 07 Feb 2008]; 12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab14206.ht
7. **Pire Stuart T, Abalo J A, Llantá Abreu M C. La información médica al paciente oncológico. Rev Cubana Oncol. [Internet] 2001 [consultado 19 Mar 2008]; 17(2):105-10. Disponible en:**http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_2_01/onc07201.htm
8. Román Báez Y. Dilemas éticos en la práctica clínica del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras [disertación]. Facultad Psicología de La Habana; 1999.
9. Álvarez del Río A. El médico ante el sufrimiento del paciente. Rev. Invest. Cli [Internet] 2009 [consultado 05 Oct 2011]; 61(2):173-180. Disponible

en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57433&id_seccion=856&id_ejemplar=5814&id_revista=2

10. Clayton J, Butow P, Tattersall M, Chye Noel M. Asking questions can help: development and preliminary evaluation of a question prompt list for palliative care patients. British Journal of Cancer [Revista en la Internet] 2003 [Consultado 23 Jun 2008]

89 Disponible

en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=114&id_ejemplar=2646

Recibido: 12 de agosto de 2013

Aceptado: 03 de noviembre de 2013

Clara Pérez Cárdenas. Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera". Alamar, La Habana.

Correo electrónico: clapecar@infomed.sld.cu