

Razones para vivir en pacientes diagnosticados con cáncer de una institución de salud de Risaralda

Mónica Andrea Bustamante Bustamante¹,
María Fernanda Mendoza Vergara², Sthefanía Ramírez Restrepo³,
Jesús David Zapata Salazar⁴; José Alonso Andrade Salazar⁴

RESUMEN

Investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, cuyo objetivo es describir las razones para vivir de pacientes diagnosticados con cáncer, que asisten a una institución de salud ubicada en el departamento de Risaralda, a los cuales se les aplicará una ficha de caracterización socio-demográfica y la prueba RFL (Reason For Living) de Linehan, Goodstein, Nielsen, y Chiles, (1983). Se concluye que las razones para vivir que prevalecen son: la supervivencia y afrontamiento (63%), seguido por la responsabilidad con la familia (11%).

PALABRAS CLAVES

Cáncer;
Desesperanza;
Riesgo;
Poblaciones en Riesgo;
Suicidio, (Tesauro ERIC)

1 Estudiante del programa de Psicología. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia 2018. Email: andre.busta02@gmail.com

2 Estudiante del programa de Psicología. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia 2018. Email: mafemendoza422@gmail.com

3 Estudiante del programa de Psicología. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia 2018. Email: thefaa917@gmail.com

4 Ph.D. Pensamiento complejo. Docente investigador. Líder del semillero Psicoprev del programa de psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira. Email: jandrade20@areandina.edu.co

Reasons to live in patients diagnosed with cancer of an institution of health of Risaralda

ABSTRACT

Quantitative, descriptive investigation, of transverse court, which aim is to describe the reasons to live of patients diagnosed with cancer, who are present at an institution of health located in Risaralda's department, through which partner will apply a card of characterization to them demographic and the test RFL (Reason For Living) of Linehan, Goodstein, Nielsen, and Chiles, (1983). One concludes that the reasons to live that they prevail are: the survival and confrontation (63 %), followed by the responsibility with the family (11 %).

KEYWORDS

Cancer;
Despair;
Risk;
Risk Population;
Fake the suicide of (Tesauro ERIC)

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un grupo de enfermedades que afecta la estabilidad orgánica y psicológica de quienes lo padecen (Freeman, Sumathi, & Jeys, 2018); en este sentido sus elevadas tasas de morbi-mortalidad y la irreversibilidad frecuente de sus síntomas, hacen de él un problema de salud pública, que afecta globalmente a personas de todos los estratos, etnias, edades y condición social (Andrade, 2006). A menudo el recibir un diagnóstico de cáncer puede ser motivo de conflicto y desesperanza, dado el curso probable de dicha enfermedad, y lo que esta implica para el futuro y salud del paciente y su familia, aspecto que en muchas personas puede verse potenciado por un diagnóstico fatal en el que se estiman tiempo y calidad de vida, razón por la cual el hecho de implementar y fortalecer las razones para vivir puede aumentar la calidad de vida de los pacientes en diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad (Acinas, 2014; McCartan & Chatterjee, 2018).

El cáncer es una enfermedad oncológica que va ligada al sufrimiento y la vulnerabilidad en múltiples esferas, especialmente la personal, familiar y comunitaria, ya que las actitudes hacia la adversidad, el reconocimiento del conflicto como oportunidad, la posibilidad de superar el dolor y sobreponerse a lo adverso o la resiliencia, se ven gravemente afectadas ante el diagnóstico (Acinas, 2014; European Society for Medical Oncology-ESMO, 2011). De allí que reconocer las razones para vivir pueda resultar complejo en medio de la crisis. En este tenor, el aporte de la psicología a las intervenciones interdisciplinarias resulta crucial, puesto que contribuye a la superación de crisis individual y familiar, orienta en medidas de apoyo emocional, clarifica y contextualiza la enfermedad, y en todo sentido previene y ayuda a regular los efectos nocivos del estrés y la pérdida en el interés por la vida (Acinas, 2014; Blair & Cardona, 2008; Gallegos & Hernández, 2008).

Respecto a sus causas se ha descubierto que se presenta por mutaciones genéticas, producto de algún agente externo, ya que los genes mutados que van a la célula se multiplican causando más alteraciones, lo que conlleva el crecimiento y expansión de los tejidos (Dickens & Ahmed, 2018; McCartan & Chatterjee, 2018). Lo anterior presenta un interrogante sin resolver, derivado de que algunas células con dichas mutaciones no se desarrollan como cáncer (Freeman et al., 2018; Parmeshwar, Rajan, & Shrestha, 2018) aspecto que ha impulsado la investigación sobre el tema, ya que los efectos sobre la salud mental y física resultan a menudo irreversibles, motivo por el cual es preciso conocer también elementos sociales y culturales que pueden darle forma al sentido que se le da a la enfermedad, y la forma como la vida y las relaciones con otros pueden resultar coadyuvantes a los tratamientos farmacológico, radio y quimioterapéuticos (Acinas, 2014; Andrade, 2006; Dickens & Ahmed, 2018).

La Liga Contra el Cáncer en Pereira (LCC, 2017), revela en 2017 que cada año se reportan 1900 casos de cáncer en Risaralda, y de ellos al menos 900 terminan en muerte del paciente. El mayor índice de muertes se presenta en cáncer de estómago, pulmón, colon y recto, discriminando que en mujeres el cáncer de seno tiene un

mayor registro, mientras en hombres prevalece el cáncer de próstata. Adicionalmente, las crisis que se han presentado en salud en cuanto a la falta de atención oportuna, la demora en autorizaciones de medicamentos y procedimientos, y el vencimiento de las mismas por el tiempo prolongado de espera, han afectado la detección temprana de la enfermedad, lo que aumenta el riesgo de padecerla y desarrollarla (Revista Semana.com, 2017). Estos pacientes son considerados en riesgo elevado de vulnerabilidad a todo nivel, pero su no reconocimiento como tales, y las diversas trabas impuestas al acceso a las medidas de bienestar disminuyen la calidad y expectativa de vida, su esperanza frente a su recuperación y en gran medida las razones para vivir (Freeman et al., 2018; McCartan & Chatterjee, 2018).

MÉTODO

Diseño. Esta es una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal.

Población. La investigación será desarrollada en una muestra de 20 pacientes diagnosticados con cáncer –en cualquiera de sus etapas- de una institución de salud del departamento de Risaralda. El muestreo es no probabilístico y de tipo intencionado.

Instrumentos. Se aplicará una ficha de caracterización sociodemográfica y el Inventario de Razones para Vivir (Reasons For Living Inventory, RFL) (Linehan et al., 1983) el cual está diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse; dicho inventario cuenta con 48 ítems agrupados en 7 subescalas, las cuales miden supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupación por los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social, objeciones morales; es un instrumento auto aplicado, cada ítem presenta 6 posibles respuestas en una escala de 1 a 6 siendo, siendo 1 sin ninguna importancia y 6 de suma importancia.

Procedimiento. Diseño y aprobación del proyecto de investigación; aprobación de las condiciones bioéticas de la investigación (consentimiento informado); firma del consentimiento informado y aplicación del instrumento; análisis y sistematización de datos a través del software SPSS ver. 20.0; construcción de resultados, discusión y elaboración del informe final de investigaciones; devolución de los resultados a las instituciones y comunidades.

RESULTADOS

En el Inventario de Razones para Vivir (Reasons For Living Inventory, RFL) se encontró que prevalece la supervivencia y afrontamiento (63%), seguido por la responsabilidad con la familia (11%), las objeciones morales (8%) y la preocupación por los hijos (7%); asimismo son importantes el miedo a la desaprobación social (5%) y el miedo al suicidio (5%).

Tabla 1.

Prevalencia de razones para vivir

Ítem	N	%
Supervivencia y afrontamiento	2486	63%
Responsabilidad con la familia	431	11%
Preocupación por los hijos	294	7%
Miedo al suicidio	207	5%
Miedo a la desaprobación social	195	5%
Objeciones morales	334	8%
Total	3947	100%

Respecto al valor de cada ítem de la prueba, se encontró que prevalecen: el hecho de apreciarse lo suficiente para seguir viviendo (3%); la idea que la vida es muy bella y preciada (3%); amar la vida (3%); la valentía de enfrentarse a la vida (3%); la esperanza que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz (3%); encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir (3%).

Tabla 2.

Valor porcentual de Ítems relevantes de la prueba

Ítem	Total	%	Desv.Est
Soy responsable y tengo compromisos con mi familia	110	3%	1,19
Deseo vivir	118	3%	0,31
Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo	110	3%	1,28
La vida es muy bella y preciada para ponerle fin	112	3%	0,75
Amo la vida	115	3%	0,64
Tengo la valentía de enfrentarme a la vida	112	3%	0,75
Tengo la esperanza que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz	111	3%	0,94
Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir	116	3%	0,41

DISCUSIÓN

De acuerdo con el objetivo de esta investigación, el cual fue encontrar las razones para vivir en pacientes con diagnóstico de cáncer, la investigación revela que los pacientes fortalecen las estrategias de afrontamiento y supervivencia; resultados que coinciden con lo expuesto en varios manuales e investigaciones (Antequera et al., 2013; De Cáceres Zurita, Ruiz, Germà Lluch, & Busques, 2007; European Society for Medical Oncology, 2011; Palacios, Lizarazo, Moreno, & Ospino, 2015; Zepedaii & González, 2011), ya que la experiencia cercana a la muerte, abre un camino expedito hacia la resignificación de su existencia y del sentido de trascendencia (Blair & Cardona, 2008), así muchas buscan dejar sus preocupaciones y problemas en orden, se reconcilian con sus familiares y amigos, y valoran más las razones para vivir y la calidad de las relaciones con otros (Acinas, 2014; Andrade, 2006; De Cáceres Zurita et al., 2007; European Society for Medical Oncology, 2011).

En los pacientes evaluados, la responsabilidad con la familia se constituyó en un fuerte factor protector, al igual que las objeciones morales, pues el hecho de tener sólida la religiosidad, fortalece a su vez el sentido de trascendencia y de pertenencia a un grupo, esto tiene que ver con la forma en que las personas consolidan su esperanza de vida y aceptan desde sus condiciones ideológicas la enfermedad que padecen (Antequera et al., 2013; Blair & Cardona, 2008; Palacios et al., 2015; Roca & Riccardi, 2014) (8%). En lo referente a la familia, esta se constituye en el bastión de mayor importancia para el paciente, ya que entre más sea el apoyo recibido, mayores posibilidades de fortalecer su sentido de vida, sus habilidades para confrontar la adversidad, y los estilos de afrontamiento y supervivencia (Antequera et al., 2013; De Cáceres Zurita et al., 2007; Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009). En este tenor la preocupación por los hijos y su futuro y la calidad de las relaciones con estos, la familia y con otros como cuidadores, profesionales de la salud y amigos (Acinas, 2014; Gallegos & Hernández, 2008), resultan ser elementos indispensables para la recuperación gradual del paciente, la aceptación de la enfermedad y sus tratamientos, y la integración de la muerte como una de las posibilidades de lo vivo.

REFERENCIAS

- Acinas, M. P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65–71. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2014.05.003>
- Andrade, J. A. (2006). Análisis de la construcción e inscripción del imaginario de la enfermedad del cáncer en pacientes del hospital de la policía Quito No1. Universidad politécnica salesiana de Quito. Universidad politécnica salesiana de Quito., EC. Retrieved from <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/872>
- Antequera, J. M., Castaño, F., Cruzado, J. A., Debén, G., García, P., Hernando, O., ... Villalón, D. (2013). Todo lo que empieza cuando “termina” el cáncer. Manual para supervivientes del cáncer y sus familiares. (G. E. de P. con C. (GEPAC), Ed.). Barcelona: Grupo Español de Pacientes con Cáncer. Retrieved from <http://gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/Todo-lo-que-empieza-cuando-termina-el-cáncer.pdf>
- Blair, L. P., & Cardona, M. Á. (2008). Pacientes con cáncer en fase terminal: una mirada fenomenológica existencial. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 13–20. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508003.pdf>
- De Cáceres Zurita, M., Ruiz, F., Germà Lluch, J. R., & Busques, C. (2007). Manual para el paciente oncológico y su familia. (G. L. y C. C. Ma Luisa de Cáceres Zurita, Francisca Ruiz Mata, José Ramón; Busques, Ed.). Barcelona: Sociedad española de oncología médica. Retrieved from <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>
- Dickens, E., & Ahmed, S. (2018). Principles of cancer treatment by chemotherapy. *Surgery (Oxford)*, 36(3), 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.12.002>
- European Society for Medical Oncology. (2011). Guía para pacientes con cáncer avanzado. Barcelona: SEOM. Retrieved from <https://www.esmo.org/content/download/31152/622980/file/ESMO-guia-para-pacientes-con-cancer-avanzado.pdf>
- Freeman, A. K., Sumathi, V. P., & Jeys, L. (2018). Metastatic tumours of bone. *Surgery (Oxford)*, 36(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.10.002>
- Gallegos, M., & Hernández, D. E. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 16(2), 99–104. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
- LCC. (2017). Aumento de los casos cáncer en Pereira. Pereira. Retrieved from <http://www.ligacancerrisaralda.com.co/es/inicio.html>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing of killing yourself: The reasons for living inventory. *Consult Clinic Psychol*, 51, 276–286.
- McCartan, D. P., & Chatterjee, S. (2018). Hereditary and familial cancer. *Surgery (Oxford)*, 36(3), 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.12.003>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2009). Manual de familias fuertes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud

REFERENCIAS

y Desarrollo. Retrieved from [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual Familias Fuertes Guia para el Facilitador.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ManualFamiliasFuertesGuiaparaelFacilitador.pdf)

Palacios, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S., & Ospino, J. D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455–479. <https://doi.org/dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.07>

Parmeshwar, R., Rajan, S. S., & Shrestha, K. (2018). Principles of cancer screening. *Surgery (Oxford)*, 36(3), 139–144. <https://doi.org/10.1016/J.MPSUR.2017.12.008>

Roca, M., & Riccardi, A. (2014). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil (Spanish). *Informes Psicológicos*, 14(2), 81–102.

Semana.com. (2017, February 21). La tramitología de los medicamentos que no cubre el POS. *Vida Moderna*, pp. 1–10. Retrieved from <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/medicamentos-no-pos/516308>

Zepedaii, M. G., & González, H. (2011). *100 Razones para vivir*. México D.F: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.