

APOYO DE ENFERMERÍA EN ASPECTOS PSICOSOCIALES ALTERADOS DE  
LOS PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO A QUIENES SE LES  
PRACTICA CIRUGÍA: REVISIÓN DOCUMENTAL

LINA PAOLA ESQUIVEL DIAZ  
JULIETH MONTAÑO ANGARITA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTA D.C.  
2007

APOYO DE ENFERMERÍA EN ASPECTOS PSICOSOCIALES ALTERADOS DE  
LOS PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO A QUIENES SE LES  
PRACTICA CIRUGÍA: REVISIÓN DOCUMENTAL

LINA PAOLA ESQUIVEL DIAZ  
JULIETH MONTAÑO ANGARITA

Trabajo de grado para optar el título de Especialistas en Enfermería Oncológica

Asesora Temática

ESPERANZA AYALA DE CALVO

Enfermera, Especialista en Enfermería Oncológica  
Magíster en Investigación y Docencia Universitaria

Asesora Metodológica

BELKIS ALEJO RIVEROS

Enfermera, Magíster en Investigación y Docencia Universitaria

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTA D.C.  
2007

## CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	4
3. PROBLEMA .....	7
4. OBJETIVOS .....	9
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	9
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5. PROPÓSITOS.....	10
6. MARCO TEÓRICO.....	11
6.1 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	12
6.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO ...	13
6.3 CIRUGIA ONCOLÓGICA COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER.....	25
6.4 CIRUGÍA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	27
6.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	32
7. DISEÑO METODOLÓGICO .....	46
7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS .....	46
7.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS .....	47
7.3 ANALISIS DE DOCUMENTO .....	48
8. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS .....	52
8.1 ALTERACIONES PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES CON CÁNCER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO. ....	52
8.2. INTERVENCIONES DE APOYO AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOSOCIALES ASOCIADAS A CIRUGÍAS POR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO. ....	61
9. CONCLUSIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	73
A N E X O S .....	1

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Documentos seleccionados .....	50
Tabla 2. Alteraciones psicosociales en los pacientes con cáncer sometidos a cirugía de cabeza y cuello .....	53
Tabla 3. Intervenciones de apoyo al paciente con alteraciones psicosociales asociadas a cirugías por cáncer de cabeza y cuello.....	62

## LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Roles del profesional de enfermería para atención del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía.....	69

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer causa un temor desmedido en la población mundial, el término se asocia como causa de dolor, tratamientos complicados y alteraciones estéticas que producen en estos pacientes aislamiento de la sociedad, depresión, ansiedad, y trastornos en la calidad de vida. Es un proceso patológico que no sólo afecta la parte física sino también la parte psicológica del hombre: desde el diagnóstico, el individuo queda sentenciado a invalidez, incapacidad, rechazo, sufrimiento y con frecuencia la muerte.

Los estudios demuestran que con frecuencia uno de los grupos más afectados en el área tanto psicológica como social son los pacientes con cáncer. Esta enfermedad les significa un encuentro de sensaciones y alteración de sentimientos relacionados con el desarrollo normal de su vida, a nivel laboral, espiritual, sexual, físico y emocional.

La realidad para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello es más traumática, ya que la condición de tratamiento es principalmente el quirúrgico, que en el orden de posibilidades, es una opción terapéutica que permite extraer el tumor y alterar la imagen corporal; incluye procedimientos donde la desfiguración facial, extracción de órganos vitales, y dificultades para la comunicación y deglución hacen parte de este procedimiento que además como tal los expone a temores y estrés.

El tratamiento quirúrgico para cáncer de cabeza y cuello, contribuye a la exacerbación de sentimientos de ansiedad, temor y aflicción por parte de los pacientes y sus familias, lo que puede generar una sensación de minusvalía

ocasionada por un daño funcional que se deriva de la enfermedad y del temor del propio paciente que requiere de adaptación psicológica y social a su nueva vida.

Por esta razón, en el tratamiento y apoyo del cáncer de cabeza y cuello está comprometido un equipo multidisciplinario donde el profesional de enfermería reúne las mejores características para cumplir con una meta importante que es dar una atención integral a la compleja problemática psicológica y social del paciente donde la oportunidad, la comunicación efectiva, el conocimiento de los principios psicológicos y culturales, la comprensión de los fenómenos sociales y el contacto con el individuo enfermo, permiten realizar intervenciones para mejorar las condiciones y calidad de vida de éstos pacientes.

Con ésta revisión documental se pretende conocer las principales alteraciones psicosociales que presentan los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello y con la identificación de éstas, determinar el papel de enfermería como agente interviniente en la búsqueda de la adaptación de estos pacientes a su nueva situación de proceso de enfermedad.

La metodología usada para el desarrollo de éste estudio es una revisión documental del año 2000 hasta el 2007 la cual contempla las siguientes etapas: búsqueda, selección, análisis y estudio metodológico de documentos seleccionados.

El presente estudio logró identificar las diferentes alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad y estrés secundarias a tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que provocaban alteraciones en la calidad de vida de éstos pacientes a nivel personal, laboral y social.



El apoyo psicosocial en los pacientes juega un papel importante en la recuperación del paciente incluida su familia. Se concluyó que éste apoyo por parte del equipo multidisciplinario especialmente el de enfermería, debe iniciarse en el preoperatorio identificando un diagnóstico de alteraciones mentales patológicas que puedan influir en el proceso de tratamiento, y así priorizar y dirigir el apoyo a los pacientes durante el postoperatorio; integrar al paciente de forma que se sienta útil y disminuya la sensación de invalidez como persona y de ésta manera, deje de afectar en la calidad de vida.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología siendo el centro de referencia de cáncer a nivel colombiano realiza un anuario estadístico donde reporta en el 2005 la detección de 231 casos nuevos según localización de cabeza y cuello al año y la realización de 129 cirugías de cabeza y cuello sin reconstrucción, ocupando el cáncer de cabeza y cuello el cuarto puesto en prevalencia de cáncer en Colombia.

La cirugía oncológica en el cáncer de cabeza y cuello es una parte de la terapéutica que aborda el problema de éstos pacientes desde una posición multidisciplinaria, pero sin limitarse al acto quirúrgico en sí. El objetivo es resolver todas las necesidades que se producen en el tiempo evolutivo de la enfermedad, en un mismo lugar y con un equipo de profesionales especializado en cada área, abordando dimensiones psicosociales y la adecuada indicación del tratamiento de manera suficiente y oportuna; articulando todas las alternativas terapéuticas entre sí, con el fin de lograr el mejor resultado y por supuesto el acompañamiento del paciente y su familia hasta la conclusión del caso.<sup>1</sup>

“En líneas generales, las intervenciones aplicadas a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello están dirigidas al abordaje de aspectos psicológicos y sociales como depresión, ansiedad, angustia, aislamiento, afrontamiento y adaptación de la enfermedad, manejo del estrés, incremento de apoyo social mediante técnicas individuales, grupales o de autoayuda. Estos tipos de intervenciones psicosociales pueden aplicarse en las distintas fases del proceso de la enfermedad. Es importante tener en cuenta que los nuevos acontecimientos y nuevas circunstancias en la vida de un paciente con cáncer abre nuevos espacios que

---

<sup>1</sup> MD ANDERSON. [www.mdanderson.org](http://www.mdanderson.org)

pueden contribuir a elaborar y construir un progreso en las capacidades de adaptación de vida”.<sup>2</sup>

Todo el equipo de profesionales que se relaciona con el paciente con cáncer de cabeza y cuello debe estar preparado para intervenir adecuada y oportunamente de manera que contribuya a aliviar las tensiones y alteraciones psicosociales que experimenta durante su enfermedad y tratamiento. El equipo además debe mantener a la familia informada acerca del tratamiento y los cuidados, debe brindar apoyo y orientación sobre lo que se puede esperar en relación a las condiciones psicológicas como cambios emocionales, físicos y sociales así como aislamientos del paciente y su tratamiento. Esto ayudará a desarrollar en la familia actitudes favorables que faciliten la adaptación del paciente a su nueva condición.

El profesional de enfermería reúne las condiciones necesarias para cumplir el papel de establecer una relación enfermera-paciente que permita dar confianza, indagar y orientar ante las necesidades que se presentan en el transcurso del proceso de la enfermedad, debido al mayor acercamiento y tiempo compartido con el paciente, lo que genera una comunicación efectiva.

Con esta investigación se identificará cuál es el apoyo de la enfermera oncóloga en las principales alteraciones psicológicas y sociales en los pacientes con cirugías como tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello. Estos pacientes son lábiles a presentar sentimientos de incertidumbre, temor, ansiedad y estrés ante esta nueva situación. Partiendo del difícil abordaje de estos aspectos por parte del equipo de salud y teniendo en cuenta la tendencia de cada especialista a dar soluciones lo más exactas posibles a los problemas de su dominio primordialmente, encontramos que el personal de enfermería puede intervenir de

---

<sup>2</sup> CUBEROS de las Casas, C. Manual de Psicooncología. Editor Ariel Alarcón Prada. 2006.

una manera integral para el manejo de estas alteraciones, para así brindar atención con la intención de ayudar al enfermo no sólo a recuperarse de su enfermedad sino a afrontar su situación actual con dignidad y optimismo.

Permitirá establecer pautas específicas para el abordaje de los aspectos psicológicos y sociales de éstos pacientes y así involucrar a todo el equipo multidisciplinario, médicos, especialistas, nutricionistas, técnicos para que tengan en cuenta estas características de los pacientes con cáncer en el proceso de enfermedad y así brindar un manejo terapéutico de calidad.

Esta revisión documental es una motivación a estudiar e implementar estrategias de apoyo en el cuidado que se brinda a los pacientes con cáncer con el fin de contribuir en el adecuado afrontamiento de aspectos como la depresión, la ansiedad, el temor y la incertidumbre con respecto a su enfermedad y su tratamiento.

### 3. PROBLEMA

El cáncer de cabeza y cuello tiene como tratamiento principal la cirugía, que para éstos pacientes, representa tal vez la cura de su enfermedad y secundario a esto la amenaza de su imagen corporal. Su importancia radica en lo que representa para el paciente, el grado de traumatismo psicológico que puede asociarse con el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, una amenaza bastante visible y discapacitante para el cumplimiento y bienestar futuros. No obstante, aún cuando se tratan, es posible que los pacientes tengan que afrontar desfiguración, disfunción fisiológica, pérdida sensorial, cambios en la imagen corporal, alteraciones del estado de ánimo, depresión, ansiedad y alteración en las interacciones sociales,

Los efectos del cáncer de cabeza y cuello tanto para el paciente como para su familia, son tan complejos que es necesario que la enfermera, quien está continuamente con el paciente en todas las etapas de diagnóstico y tratamiento, establezca métodos de apoyo psicológico, orientación, cuidados y estrategias como una opción terapéutica que le permita disminuir alteraciones psicosociales, en busca de mejorar el pronóstico y favorecer una recuperación temprana con el mínimo de complicaciones.

Cuidar y enseñar a los pacientes y a sus familiares puede convertirse en un gran desafío, sin embargo, la capacitación que recibe el profesional de enfermería y su posición privilegiada para apoyarlos y guiarlos, durante la adaptación a la enfermedad y el tratamiento, logran que con el tiempo influyan en la calidad de vida de estas personas.

Por tal razón surge la necesidad de determinar por medio de esta revisión documental, *¿Cuál es el apoyo de enfermería en los aspectos psicosociales alterados de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a quienes se les practica cirugía?*

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las intervenciones que enfermería puede utilizar en los aspectos psicosociales alterados en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las alteraciones psicosociales más relevantes identificadas en los pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello.
- Identificar las intervenciones que se realizan para apoyar al paciente con alteraciones psicosociales asociadas a cirugías por cáncer de cabeza y cuello, que se puedan retomar para enfermería.

## **5. PROPÓSITOS**

El propósito de este estudio de revisión documental es motivar al profesional de enfermería oncológica sobre la importancia del apoyo a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a quienes se les practica cirugía, teniendo en cuenta que el profesional de enfermería desempeña un papel muy importante durante el proceso de enfermedad y tratamiento de estos pacientes, con el objetivo de brindar educación y mejorar la calidad de vida.

Fomentar la atención integral con la intención de ayudar al enfermo con cáncer no sólo a recuperarse de su enfermedad sino a afrontar su situación actual con dignidad y optimismo junto con su integración a la sociedad en continuidad con su cotidianidad, lo cual le permitirá adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Incentivar al profesional de enfermería oncológica a explorar nuevas áreas de investigación como son los aspectos psicosociales de los pacientes con diferentes patologías cancerosas, en especial los pacientes con cáncer de cabeza y cuello por la complejidad en su abordaje, haciendo de ésta una dimensión poco trabajada en el campo de la enfermería.



## 6. MARCO TEÓRICO

En la primera parte del siglo XX tres enfermedades predominaban en el mundo occidental: las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis y el cáncer, pero la enfermedad cardiovascular nunca estuvo rodeada de una atmósfera tan densa de miedo como el cáncer y la tuberculosis, el diagnóstico de alguna de estas últimas era visto como sentencia de muerte, condenando al paciente a la estigmatización, al aislamiento y a la humillación, situación comparable a la de los leprosos y los enfermos de sífilis, debido a que la gente temía al contagio del cáncer.

Al principio del siglo XX empezó la educación a la población sobre el cáncer basada en el hecho de que " el cáncer es curable si se descubre a tiempo", proponiendo la resección temprana del tumor como método de curación, señalando a la gente los síntomas de sospecha de inicio de la enfermedad, representando el primer intento para cambiar la aptitud negativa hacia el cáncer, se inició este esfuerzo en Europa, en países como Prusia e Inglaterra.<sup>3</sup>

La cirugía oncológica es una parte de la terapéutica que aborda el problema del paciente con cáncer desde una posición multidisciplinaria, pero sin limitarse al acto quirúrgico en sí. El objetivo es resolver todas las necesidades que se producen en el tiempo evolutivo de la enfermedad, en un mismo lugar y con un equipo de profesionales especializado en cada área, abordando dimensiones psicosociales y la adecuada indicación del tratamiento de manera suficiente y oportuna; articulando todas las alternativas terapéuticas entre sí, con el fin de lograr el mejor resultado y por supuesto el acompañamiento del paciente y su familia hasta la conclusión del caso.

---

<sup>3</sup> JIMENEZ Vargas, K. Manual de Psicooncología. Editor Ariel Alarcón Prada. 2006.

La cirugía es el tratamiento más antiguo del cáncer (y hasta las primeras décadas del siglo la única posibilidad de curación), basta recordar que en el *Papiro de Edwin Smith* de la Dinastía Media Egipcia, 1 600 años antes de Cristo, aparecen las primeras discusiones sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer que cobra gran auge a partir del año 1800 en que se efectúan técnicas que revolucionan este campo y la posibilidad de curación de estos enfermos. *Billroth, Halsted, Werthein, Miles, Young* y otros, llegan a nuestros días, donde el progreso alcanzado en las últimas décadas con el desarrollo de técnicas microquirúrgicas, cirugías endoscópicas, reconstrucciones e injertos de tejidos, trasplantes de órganos, etcétera, ha sido notable.<sup>4</sup>

Nuestro país no escapa a la creciente morbilidad-mortalidad por cáncer, y se sitúa entre los países del continente americano con tasas más altas de muerte por cáncer (alrededor de 24 000 casos nuevos y 13 000 fallecidos por año). Desde 1974 los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte, sólo superado por los accidentes en el grupo de 5 a 49 años y por las enfermedades cardiovasculares en el grupo de más de 50 años, uno de cada 5 fallecidos se deben a esta causa.<sup>5</sup>

## **6.1 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

El cáncer de cabeza y cuello ocasiona grandes trastornos y sin tratamiento puede llegar a ser fatal; cuando el tratamiento es posible pero el paciente pierde los órganos sensoriales, hay perturbación y cambios drásticos en su vida.

---

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

“De todos los tumores malignos del organismo, los de cabeza y cuello constituyen el 5% en hombres y 2% en mujeres, la relación hombres mujeres es 4:1. La presentación más frecuente es en la cuarta y quinta décadas de la vida.

En cuanto a la presentación por regiones anatómicas el 42% corresponde a la cavidad oral – Lengua 13%, labio 11%, piso de la boca 7%, mucosa bucal 4%, encía 4% y paladar 3% - ; el 25% a laringe, 21% a faringe - 5% a nasofaringe, 11% a orofaringe y 5% a hipofaringe - ; 7% a las glándulas salivares; 4% a la nariz y los senos paranasales y el resto lo constituyen los demás tumores”.<sup>6</sup>

## **6.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

Si bien por razones prácticas es conveniente referirnos a las respuestas psicológicas o secuelas de la enfermedad física, no hay que olvidar que la enfermedad es un concepto holístico, y que los aspectos psicológicos constituyen parte integral del proceso patológico.

Esta intensidad de cambios psicológicos que suceden a la enfermedad, constituyen un aspecto continuo, y hay que poner de relieve que no existe una línea divisoria clara entre normalidad y anormalidad. Se producen grados menores de ansiedad y depresión con mucha frecuencia y habitualmente se los considera comprensibles y normales.

Es bien conocido el miedo generalizado que la misma palabra, y no menos el diagnóstico cáncer suscitan en la población. Hemos de ser conscientes de los sentimientos y símbolos que nuestra sociedad ha asociado al término cáncer.

---

<sup>6</sup> GOMEZ Wolff, Luis Rodolfo. Cirugía - Oncología. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colômbia. 2001

Actualmente y desgraciadamente, el cáncer continúa marcando a los que lo sufren y a sus familiares. Esto se expresa a través del distanciamiento de los amigos, de los despidos laborales, de la curiosidad morbosa que muestran algunos por el paciente, por quien nunca antes habían mostrado interés. Y sin embargo, el cáncer ha sido descrito como la enfermedad crónica que más porcentaje de curación tiene en la actualidad.

**6.2.1 Cáncer y sociedad.** El cáncer es una enfermedad social, tanto por su incidencia como por su origen, buena parte de él radica en la incapacidad social por su franca penetración en los estereotipos culturales que determinan las actitudes del colectivo.

En el caso del cáncer, es sobradamente conocida la existencia de estereotipos que en forma de miedos y fantasías ajenas a la razón, sobreestimación sobre algunos hechos o escepticismo sobre la eficacia de otros, informan las actitudes y mediatizan las percepciones sociales.

La problemática psicosocial subsiste en aquellos enfermos que presunta o realmente curados, con alteraciones que afectan la imagen corporal, pretenden reanudar sus actividades habituales. Tanto los implicados como su entorno social pueden seguir influidos por el pesimismo pronóstico que se citaba, cuando los procesos de reajuste emocional se podrían sin duda, alcanzar en una forma más fluida en otro contexto actitudinal.

Se afirma que los mensajes sociales son percibidos en forma más aguda si cabe por esta población, extraordinariamente sensibilizada, Por otra parte, enfermos, los que se consideran curados y sus familias, son emisarios permanentes que teñirán con su experiencia, positiva o negativamente la percepción colectiva.

La sociedad es reacia a reincorporar al mercado laboral miembros marcados por la enfermedad a pesar de la ausencia de fundamentos objetivos para tal actitud, y esa marginación, con las implicaciones personales consiguientes (pérdida de autoestima, dificultades en la relación, disminución de ingresos económicos) que comprometerán la deseable rehabilitación de los enfermos, en ocasiones durante el resto de su vida.

A tenor de lo expuesto, se deduce que las actitudes sociales son mantenidas por el segmento de población enferma y sus familiares y a la vez retroalimentadas a través de ellos, de forma que cualquier acción de pedagogía sanitaria no puede limitarse al colectivo afectado por el cáncer y su entorno próximo, debiendo tomar en consideración el ámbito cultural, y patrones normativos que definen los comportamientos.

En cuanto a las enfermedades malignas, el conocimiento por parte de la población es limitado, pero, además, y atendiendo a la multiplicidad de aspectos que lo conforman ( cognoscitivos, afectivos, conductuales...) se comprende que la sola divulgación del conocimiento científico se revele insuficiente para modificar actitudes, y por tanto comportamientos en la dirección e intensidad pretendidas, difiriendo las respuestas de las que se esperarían basándose en la cantidad y calidad de información aportada.<sup>7</sup>

**6.2.2 Imagen corporal en el paciente con cáncer.** “En el siglo XIX el diagnóstico de cáncer fue poco, así como también fueron poco disponibles los tratamientos adecuados, la intervención quirúrgica se inició sólo después de la aparición de la anestesia a mediados de este siglo, pero los resultados de estas intervenciones eran desalentadores; la muerte seguía siendo frecuente en los pacientes; no

---

<sup>7</sup> VILADIU Quemada, P. Catalán fernandez, J.G. Tratado de medicina paliativa y tratamiento del soporte en el enfermo de cáncer. Editorial Médica Panamericana. 1996.

existían tampoco métodos para aliviar el dolor y el estrés asociado al cáncer, así que un clima de miedo rodeó a todo lo relacionado con esta enfermedad.”<sup>8</sup>

A lo largo de la historia de la humanidad pocas veces el cuerpo, nuestro cuerpo, aquello sin lo cual no seríamos humanos, se convirtió en objeto de estudio por derecho propio, hasta el punto de que son varios los autores que señalan que la historia del cuerpo humano es más una historia de sus representaciones, bien artísticas, naturalistas o simbólicas, que una historia de su construcción; en este sentido, se podría decir que «al cuerpo real se le ha considerado siempre como una entidad *sin historia*.

Es indudable que, en la actualidad, el *cuerpo ha* cobrado una enorme relevancia, hasta el *punto* de que se ha convertido en marco de referencia común para científicos de distintos ámbitos del conocimiento. El cuerpo humano ha servido a lo largo de la historia de la humanidad como metáfora tanto para el lenguaje religioso (la iglesia como cuerpo de Cristo) como para el político el cuerpo social- y, asimismo, ha sido objeto de estudio para determinadas ciencias que al analizarlo, lo han desprovisto de sus atributos psicológicos como ocurre, por ejemplo con las ciencias médicas, que más que ver al cuerpo como la encarnación de la persona tienden a desencarnarlo y tratarlo como mera sustancia orgánica, no olvidemos la definición del cuerpo como organismo. Esta doble visión del cuerpo humano, por un lado, como organismo, y por otro lado, como metáfora o forma de hablar tiene una indudable importancia al analizar las repercusiones psicológicas que los tratamientos de las enfermedades neoplásicas tienen sobre el individuo que las padece, ya que los tratamientos quirúrgicos no sólo alteran al cuerpo biológico, sino también a la percepción personal y social que la persona tiene de su propio cuerpo.

---

<sup>8</sup> JIMENEZ, Op. Cit.

Por otro lado, el nuevo estilo de sociedad representa una serie de cambios culturales o, si se prefiere, una nueva caracterización de la *cultura* a nivel mundial que significa, a su vez, una nueva concepción del hombre y del orden social. Para comprender esto vamos a analizar brevemente las distintas características que definen la cultura actual y así poder entender la importancia que la *imagen corporal* tiene en la sociedad contemporánea. A pesar de las dificultades de definición que entraña el concepto de cultura, vamos a admitir que la cultura es un modo colectivo de vida o repertorio compartido de creencias, estilos, valores y símbolos, por lo que dentro del concepto de cultura están comprendidos todas aquellas habilidades y hábitos adquiridos por el hombre a lo largo de su evolución desde el conocimiento científico hasta el arte, las leyes, la religión, las costumbres y todas aquellas formas que determinan la convivencia humana. Teniendo presente esta definición, no cabe lugar a dudas de que el momento actual se caracteriza por grandes contradicciones culturales, que tienen una gran relevancia para el tema que nos ocupa.

Por otra parte, la industria de la belleza ha descubierto la rentabilidad del cuerpo, el cuerpo corregible y, además, nuestro aspecto externo es, como vulgarmente se dice, «nuestra mejor tarjeta de presentación social». De este modo, el consumo de productos cosméticos, cirugía estética, dietas, etc., ha aumentado de una forma asombrosa a partir de los años ochenta. Tanto el hombre como la mujer actuales perciben, a través de los medios masivos de comunicación, principalmente cine y televisión y dentro de poco también a través del ordenador multimedia que permitirá que nosotros mismos modifiquemos *virtualmente* nuestra imagen a nuestro antojo, cuál es su ideal de belleza, y la industria ha encontrado en sus *pensamientos desiderativos*, en su deseo de semejarse a ese ideal, el mejor medio para convertirlo en un consumidor de sueños.

Se podría decir, esquemáticamente, que el enfermo oncológico, en general, renuncia a las características socioculturales de la sociedad contemporánea, el sentido de que sufre un cambio en sus valores personales que le hacen centrarse más en sí mismo y menos en el mundo social que le rodea. Así, a pesar de que siempre se ha considerado que el enfermo con cáncer tiene un buen nivel de adaptación, sin embargo su funcionamiento y sistema de creencias sociales parecen estar al margen de los intereses y valores predominantes.<sup>9</sup>

“Es claro que uno de los eventos que más angustia a un paciente con cáncer es sentirse violentado en su integridad física, lo que significa cambios en la concepción de su integración corporal, aunque mucho pacientes están dispuestos a soportar cualquier tipo de cirugía radical que les asegure un proceso curativo o que les prolongue significativamente la vida, sobre el cambio que pueda presentarse en su apariencia o integridad física existe un alto número de pacientes que experimentan intenso temor ante una intervención quirúrgica y sus consecuencias.”<sup>10</sup>

**6.2.3 Factores que influyen sobre la respuesta psicológica.** Los factores relacionados con el paciente, la naturaleza de la enfermedad y el entorno social son importantes para determinar el modo en que el paciente percibe su enfermedad, cómo la interpreta y cómo responde a la misma.

**Paciente.** Debido al modo en que se trata el estrés éste está muy relacionado con los rasgos de personalidad del individuo, las actitudes premórbidas del paciente son naturalmente importantes en la influencia de su respuesta a la enfermedad. Por ejemplo, los individuos con rasgos obsesivos tienden a encontrar la

---

<sup>9</sup> IBAÑEZ Guerra, E. Romero Retes, R. Tratado de medicina paliativa y tratamiento del soporte en el enfermo de cáncer. Editorial Médica Panamericana. 1996.

<sup>10</sup> Ibid.



enfermedad especialmente agobiante si su diagnóstico, tratamiento o pronóstico son dudosos; buscan certeza y explicación detallada del médico. Los de rasgos narcisistas tienen tendencia a encontrar la enfermedad agobiante si existe peligro de desfiguración o pérdida de una función corporal muy estimada. Por el contrario, la enfermedad puede ser bien acogida por individuos que están en dependencia ya que permite la gratificación de los requerimientos de esta dependencia.

La edad y la experiencia patológica previa son factores que también influyen sobre el sentido y las respuestas de contención. La enfermedad suele ser más agobiante y más difícil de contener en los extremos de edad, si bien en la senectud puede ser prevista y bien acogida. Cabe esperar que el estado mental y las experiencias vitales del paciente, anteriores y simultáneas al inicio de la enfermedad, ejerzan alguna influencia sobre el tipo de respuesta. Por ejemplo, si una enfermedad se produce en el contexto de una neurosis depresiva o de ansiedad, este estado emocional puede empeorar.

**Enfermedad.** En lo que respecta a la importancia de la severidad de la enfermedad, la literatura es conflictiva. Parece que no existe una relación consistente entre severidad y enfermedad psiquiátrica asociada si bien en el paciente individual el trastorno psiquiátrico a veces está íntimamente ligado al curso de la enfermedad física. Tal vez de mayor importancia es la significación que para el paciente tiene la parte del cuerpo afectada. La enfermedad inhabilitadora es más temible para los hombres mientras que la desfigurante lo es más para las mujeres. Cuando la enfermedad relativamente menor va asociada a trastorno psiquiátrico mayor suele hallarse la explicación en la significación simbólica idiosincrásica que tiene para el enfermo la parte afectada.

El inicio agudo de la enfermedad no concede mucho tiempo para que se produzca la adaptación, pero, con frecuencia, le sucede un trastorno psiquiátrico; si el

trastorno físico es de breve duración suele producirse la remisión asociada de la enfermedad psiquiátrica. Por el contrario, la enfermedad crónica concede más tiempo al paciente para la adaptación a la incapacidad, pero es probable que cualquier trastorno psiquiátrico asociado persista dadas las implicaciones de la incapacidad prolongada que conlleva la enfermedad.

**Entorno Social.** El entorno social más inmediato es importante en función de las respuestas emocionales que los parientes cercanos y amistades dan a la actitud del propio paciente. Si la enfermedad se produce en el marco de conflictos interpersonales en apariencia insolubles, puede procurar un ambiente bien acogido y el rol del paciente puede ser asumido fácilmente y sólo se abandonará con resistencia. Igual situación se observa con frecuencia si una posibilidad de disputa conforma la enfermedad. Sin embargo, la enfermedad es una experiencia temible para las personas que presenten tendencia a padecimientos económicos o por efecto de retrasar su promoción al verse obligados al paro en un momento crucial de su vida. Se ha descrito cómo ciertas situaciones sociales, por ejemplo, el inicio de un nuevo trabajo, pueden provocar la decisión de retrasar la consulta y tolerar síntomas que en otras circunstancias se considerarían perentorios de tratamiento médico.

Además de los efectos que producen las relaciones con familia, amigos y otros, la calidad de la relación entre paciente y componentes del equipo terapéutico ejerce evidentemente una profunda influencia sobre el modo en que un individuo reacciona frente a la enfermedad.<sup>11</sup>

**6.2.4 Impacto emocional del diagnóstico y tratamiento.** El diagnóstico en oncología tiene un profundo impacto en el enfermo y su familia. Es problemático

---

<sup>11</sup> FLOREZ Lozano, Jose Antonio. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Editorial Edika Med. 1994.

no sólo el diagnóstico, sino también el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o la familia, suciedad, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para trabajar y posible muerte.

Se han realizado varios intentos por definir las etapas por las que pasa un individuo cuando ha de afrontar un diagnóstico de cáncer y su tratamiento. Se ha observado que estas etapas son las mismas por las que atraviesa un individuo ante la muerte (descritas por Elizabeth Kübler-Ross).<sup>12</sup>

**ETAPAS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD  
CRONICA (DRA. KUBLER - ROSS)**

1. Negación.
2. Ira.
3. Negociación.
4. Depresión.
5. Aceptación

- *Negación*: implica la incredulidad en los resultados de las pruebas médicas realizadas, la búsqueda de otro médico que desconfirme el diagnóstico, y en algunos casos se finge que «no ocurre nada».
- *Ira*: que puede estar dirigida hacia el personal sanitario, el hospital, el cónyuge, uno mismo o Dios.
- *Negociación/regateo*: que consiste en «hacer tratos» con Dios, las enfermeras, el médico, etc. con el objeto de alterar la situación de crisis.
- *Depresión*: manifiesta por cambios en los patrones de sueño-vigilia y alimentación, silencio, aislamiento, sentimientos de inutilidad, etc.

---

<sup>12</sup> DIE Goyanes, Alfredo. Manual de oncología básica. Asociación española contra el cáncer. 1999.

- *Aceptación de la enfermedad:* No todos los individuos alcanzan este nivel. Hay casos en los que no se experimentan todas las fases y otros en los que las fases no siguen el orden anterior.<sup>13</sup>

**6.2.5 Entorno psicosocial.** Las características psicosociales a tener en cuenta a nivel del paciente incluyen rasgos de personalidad, afecto y percepciones de estrés, de bienestar y de enfermedad; los índices relacionados con el paciente y su cónyuge se refieren a la satisfacción marital; y las medidas referidas a la relación paciente/ médico/equipo de tratamiento, incluyen satisfacción con el servicio de salud, adherencia al régimen de tratamiento y nivel, cantidad y calidad de las interacciones con el equipo tratante.

Esta relación entre la enfermedad y el entorno psicosocial, es de doble vía: de igual modo que la enfermedad puede verse afectada de manera positiva o negativa por las características psicosociales del paciente, éstas pueden influir en la primera. A partir del modelo bio-psico-social, se ha planteado que la compleja interacción de una serie de variables determina el estado final de salud. Dentro de estas variables psicosociales están los datos demográficos individuales (edad, raza, género), medidas fisiológicas (índice de masa corporal, condiciones cardiovasculares e inmunológicas), parámetros psicológicos y comportamentales (estrés, factores de personalidad, hábitos saludables o nocivos) y factores sociales o ambientales (exigencias ocupacionales, nivel de soporte social, acceso a servicios de salud, estrato socioeconómico). Es así como, por ejemplo, pacientes con el mismo diagnóstico médico pueden tener diferentes percepciones con respecto al nivel de intrusión de la enfermedad en sus vidas, dependiendo de la edad, género, raza, bagaje cultural, personalidad, soporte social y satisfacción marital, entre otros.

---

<sup>13</sup> Ibid.

El soporte social consistentemente ha sido vinculado a resultados favorables en tratamientos médicos crónicos. En cuanto a pacientes con cáncer, específicamente, se ha dicho que la disponibilidad de soporte social influye sobre su supervivencia y sobre su calidad de vida. Una explicación posible para esto, es que los pacientes con mayores niveles de soporte social pueden tener más facilidades de acceso a los servicios de salud y es posible que tengan mejores hábitos en cuanto al cuidado de la salud. También se ha planteado que las diferencias en cuanto al soporte social pueden mediar los resultados en pacientes con cáncer, a través de cambios en el sistema inmune y de la adherencia al régimen de terapias. Además, los pacientes con más soporte social, pueden recibir ayuda en los aspectos prácticos del tratamiento, tales como transporte, establecimiento de citas médicas y adquisición de medicamentos prescritos. Finalmente las condiciones nutricionales más adecuadas al tratamiento pueden ser más asequibles para quienes cuentan con mayores niveles de soporte social.<sup>14</sup>

**6.2.6 Efectos psicosociales de la enfermedad y su tratamiento.** El cáncer y su tratamiento afectan el funcionamiento social, somático y psicológico del enfermo, produciendo los siguientes cambios en estas tres áreas

**a) Área social**

La mayoría de los enfermos sufren una pérdida de la estructura y equilibrio de la vida diaria. Sus roles dentro de la familia, trabajo y entorno social son adversamente afectados, lo cual contribuye a la depresión y al aislamiento. La fatiga y debilidad producidas por el cáncer y su tratamiento limitan o impiden la participación del enfermo en ciertas actividades distanciándole incluso de sus seres más queridos. El cáncer constituye una crisis para la unidad familiar. De ahí la importancia de una comunicación sincera y abierta entre todos sus miembros,

---

<sup>14</sup> JIMENEZ, Op. cit.

que deberán compartir emociones y expectativas. El enfermo experimenta también una pérdida de control sobre su vida, dependerá totalmente del médico y familiares para cubrir incluso sus necesidades más básicas en algunos casos. Esto lo fomenta también en la sobre protección del enfermo por parte de su familia. El entorno social del paciente se ve afectado por el aislamiento emocional que ocurre cuando la comunicación íntima con otros se ve interrumpida por la enfermedad.

### **b) Área somática**

Síntomas somáticos frecuentes en el enfermo con cáncer son debilidad, náuseas y vómitos, dolor, anorexia, dificultades sexuales, alopecia, etc. Se ha comprobado que el 83% de los pacientes experimentan síntomas somáticos. Estos síntomas pueden resultar de la enfermedad misma o de su tratamiento. El dolor parece ser la queja que se presenta con mayor frecuencia.

### **c) Área psicológica**

Los problemas psicológicos más frecuentes en enfermos oncológicos son distorsiones del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y deterioro cognitivo (confusión, desorientación, olvido). La ansiedad y temores están generalmente producidos por miedo a la muerte y a lo desconocido, así como al sufrimiento y al dolor; pérdida del auto-control; soledad; incertidumbre ante los resultados de las pruebas diagnósticas, etc. Algunos tipos de cáncer producen ansiedades y temores concretos.

Las potenciales causas de depresión son obvias. Aunque los síntomas depresivos son comunes no suelen ser indicadores de depresiones clínicas, ya que sólo suelen presentarse las reacciones vegetativas de la depresión (anorexia, pérdida de peso, insomnio, pérdida de interés en el sexo y actividades diarias, etc.), pero no sus reacciones no-físicas. Estas respuestas vegetativas solas no constituyen

una base adecuada para el diagnóstico clínico de una depresión, pues en estos casos el sentimiento básico de auto-estima suele mantenerse intacto. Más bien estas reacciones son de adaptación a los numerosos stresses experimentados. El funcionamiento cognitivo se ve adversamente afectado con frecuencia. Pueden producirse delirios (excitación mental caracterizada por confusión, falta de claridad sensorial y posibles alucinaciones o ilusiones) y demencias (pérdida de la función intelectual caracterizada por déficits en la memoria, razonamiento, concentración y juicio, confusión, desorientación, apatía y estupor).

### **6.3 CIRUGIA ONCOLÓGICA COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER**

La cirugía es la forma más antigua de tratamiento del cáncer. Cerca del 60% de los pacientes de cáncer se someterán a cirugía, ya sea por sí misma o en combinación con otras terapias.

De hecho el tratamiento del cáncer ha evolucionado significativamente en los últimos 30 años en la medida que se han perfeccionado las diferentes modalidades terapéuticas que constituye el arsenal oncológico: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. Es de destacar que cualquiera de ellas individualmente puede o no curar un cáncer; sin embargo, el avance obtenido en la curación, la sobrevida y la calidad de vida ha sido consecuencia del manejo multidisciplinario de esta enfermedad combinando estas modalidades de tratamiento

La cirugía oncológica es una parte de la terapéutica que aborda el problema del paciente con cáncer desde una posición multidisciplinaria, pero sin limitarse al acto quirúrgico en sí. En la actualidad la búsqueda de nuevas formas de diagnóstico temprano, diseminación regional microscópica (ganglio centinela), etc., como la adecuada intervención en aquellos procesos que requieren grandes resecciones

con complejos tratamientos quirúrgicos o combinados, exponen a esta disciplina a un doble desafío, la oportunidad del diagnóstico y la eficacia del tratamiento inicial. En tal sentido la cirugía oncológica interviene en todos los momentos del contacto de un paciente con el servicio de atención médica, de todas y cada una de las estirpes tumorales, sean benignas o malignas.

En este campo además se debe citar la incorporación de nuevas tecnologías que disminuyen el tiempo de espera y mejoran los recursos, para arribar a un diagnóstico de certeza, como por ejemplo la punción dirigida bajo imágenes y la citología diagnóstica inmediata; y los métodos asistidos por video endoscopia y translaparoscópicos, tanto para el diagnóstico como para la estadificación y el tratamiento de la enfermedad, que garantizan tiempos de recuperación mas cortos y mayor sensación de confort al paciente en su calidad de vida. En tal sentido se observa que en los países desarrollados, mas del 80 % de los Centros que disponen de internación de alta complejidad, tienen equipos de Cirugía Oncológica en su plantel permanente.

Como ya se expresó anteriormente la cirugía oncológica es un avance en la forma de diagnosticar y tratar al paciente con cáncer. Con ella se puede indicar múltiples procedimientos quirúrgicos para enfermedades neoplásicas que no forman parte de los procedimientos habituales en la cirugía general. Su espectro va desde la prevención hasta la reparación y rehabilitación. Su campo de acción se focaliza sobre todo en aquellas situaciones en las cuales por el tipo de tumor, el paciente no encuentra una respuesta integrada y que en muchas ocasiones lo obliga a numerosas consultas y frustraciones. Su actividad más específica se desarrolla en los tumores de cabeza y cuello, tumores de mama, tumores endócrinos, tumores de los tejidos blandos, tumores de la piel y sus anexos y tumores con una gran invasión loco regional, que demanda complejos tratamientos quirúrgicos.



## 6.4 CIRUGÍA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La cirugía como tratamiento en cáncer de cabeza y cuello “se utiliza sola o en combinación con otros métodos. Puede ser parcial, en la que se conserva la función o total en la que se sacrifica. Además, hay las cirugías de salvamento, cuando ya se ha tratado al paciente y se efectúan como ultima oportunidad y las de limpieza en las cuales se retira el tejido necrótico sin que el objetivo sea la curación del paciente”.<sup>15</sup>

Aunque todas las partes del cuerpo tienen una importancia psicológica, la cabeza y áreas del cuello son centrales. El atractivo, la interacción social, y la expresión emocional, dependen en gran parte en la integridad de rasgos faciales. Para la mayoría de las personas, la desfiguración por la cirugía para el cáncer de cabeza y cuello es difícil de contemplar. Muchos pacientes posterior a la cirugía se preocupan por las reacciones de otros y los miedos expresos de aislamiento y rechazo. Tiene un impacto negativo fuerte con pérdida de la confianza en sí mismo. Además de la tensión de una apariencia facial alterada, muchos pacientes deben cubrir también con la pérdida o deterioro del habla, la vista, los sabores y la audición. El impacto psicológico de esta cirugía parece ser relacionado directamente a la magnitud del desfiguramiento y el deterioro sensorial. La pérdida estructural y funcional se ha mostrado ser asociada con una recuperación más lenta, aislamiento social más prolongado, baja autoestima y depresión postoperatoria más severa.

“El período entre el diagnóstico inicial y el tratamiento es a menudo forjado con los sentimientos de ansiedad, tristeza, y desesperación asociados con la pérdida anticipada de los atributos físicos y las funciones. Cuando los pacientes se preparan para la cirugía, aumenta el miedo y la ansiedad típicamente. En una

---

<sup>15</sup> GOMEZ, Op. cit.

proporción significativa de pacientes hospitalizados para cirugía de cabeza y cuello, se han informado niveles psiquiátricos de depresión reactiva y ansiedad comparado a otros sitios de presentación de cáncer, teniendo un riesgo aumentado para el suicidio”.<sup>16</sup>

Este subgrupo de pacientes vulnerables con cáncer de cabeza y de cuello tienden a tener dificultades particulares en el área de ajuste social e interpersonal. “Durante el período postoperatorio, varios problemas psiquiátricos pueden presentarse como desórdenes mentales orgánicos, incluso perturbación en la memoria, el juzgamiento y la orientación. El predominio de depresión es los pacientes esta estimado entre el 23% y el 58%. Es probable que se presente irritable y enfadado y aleje a la familia, amigos, y personal del hospital.”<sup>17</sup>

**6.4.1 Desfiguramiento físico y pérdida de funciones.** Un diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello tiene gran importancia relacionado al sitio de la enfermedad. Dado que la cabeza y el área del cuello juegan un papel crítico en la identidad y autoexpresión, este cáncer puede imponer un desafío directo al sentido de un paciente en cuanto a su ego. Como el cáncer y su tratamiento afectan aspectos visibles de la cabeza del paciente, los efectos psicológicos son entendidos en el contexto de los inmensos efectos físicos que estos pacientes pueden experimentar. El desfiguramiento quirúrgico de la cara es el resultado a menudo del levantamiento de porciones significantes de la estructura ósea y el tejido circundante, incluyendo por ejemplo, la mandíbula, la oreja, la lengua, o laringe. Como tal, la cirugía puede llevar o puede exacerbar el deterioro de funciones físicas muy valoradas como la vista, la audición, el habla, el sabor y olor.

---

<sup>16</sup> HOLLAND, Jimmie C. Psycho-oncology. Oxford University Press. New York, USA. 1998.

<sup>17</sup> Ibid.

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen más riesgo para problemas psicológicos y sociales sobre todo aquellos con más grados de desfiguración y aquellos con síntomas físicos como el dolor. Dada la naturaleza y sitio de estas secuelas físicas, los problemas alrededor de la alteración de la imagen corporal están en el centro de la respuesta psicológica del paciente y su posterior rehabilitación. “Las evaluaciones de la enfermera están indicadas en el impacto psicológico derivado del tratamiento quirúrgico por cáncer de cabeza y cuello, la severidad del desfiguramiento y la severidad del trastorno asociado como un contribuye independientemente a la perturbación de la imagen corporal”.<sup>18</sup>

Al principio, los pacientes pueden experimentar grados de dificultad para reconocer y aceptar su aspecto físico generando conductas negativas de adaptación, incluso la aversión y vergüenza que a su vez aumentan el dolor emocional y la incomodidad social. “Los pacientes que expresan sentimientos fuertes de ser poco atractivos probablemente son los que más inconvenientes posteriores presentan para la actividad social e interacción con los demás. Además del desfiguramiento, se reduce la habilidad para realizar actividades normales del vivir diariamente, como hablar, que come sobre todo en actividades sociales lo cual es evitado en el 20% de estos pacientes”.<sup>19</sup>

Las dificultades de comunicación son una barrera significativa del ajuste psicosocial en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. La pérdida del habla es una de las secuelas más importantes del tratamiento que afecta a estos pacientes. “La resección quirúrgica de partes de la cabeza y área del cuello incluso la laringe, la cavidad oral (por ejemplo, la lengua, el suelo de boca, la mandíbula. el paladar blando y duro), o el nervio hipogloso, puede llevar a la producción ineficaz del habla. Las implicaciones de pérdida de la voz para la

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ibid.

autoestima e identidad son obvias y pueden extenderse en muchos dominios de ajuste. Por ejemplo los pacientes de maxilectomía que no habían adquirido la función del habla son más inclinados a experimentar dolor psicológico mayor por sus consiguientes dificultades de empleo y comunicación con su familia”.<sup>20</sup>

El proceso de comer es particularmente vulnerable a los efectos de la enfermedad y el tratamiento, en muchos casos este proceso tiene que sustituirse con una sonda para alimentación. “Algunos pacientes persisten babeando y masticando con dificultades, lo cual no sólo interfieren para comer, sino en el placer de la participación en sociedad. Estos pacientes pueden sentirse avergonzados e inconformes en los lugares públicos, llevándolos a retirar socialmente. La dieta pobre y malnutrición son las señales comunes de comer con dificultades, asociado con mayor depresión”.<sup>21</sup>

Los proveedores del cuidado psicológico deben ser conscientes de varios problemas físicos adicionales. Por ejemplo una condición que pueden llevar a síntomas inducidos de depresión, como “el manejo inadecuado del dolor por lo cual los pacientes pueden deprimirse, irritarse y tener incluso pensamientos suicidas; los tratamientos que rompen la respiración normal, como las traqueotomías, disecciones del cuello, o resecciones de la faringe, ocasionan particularmente ansiedad ya que los pacientes se involucran obsesivamente sobre la sofocación y muerte. También se han conocido otros problemas de dehiscencia de la herida con mayores consecuencias posteriores”.<sup>22</sup>

**6.4.2 La Personalidad.** La personalidad premórbida juega un papel crítico en la respuesta psicosocial y la rehabilitación a la enfermedad y tratamiento. Dados los patrones de estilos de vida predisponentes los pacientes con cáncer de cabeza y

---

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid.

cuello tienden a compartir ciertos rasgos de personalidad que son de gran influencia en el momento del ajuste psicosocial posterior al tratamiento.

Como resultado ellos enfrentan a menudo el diagnóstico con limitaciones psicológicas, sociales, físicas e incluso financieras. Se han diagnosticado los desórdenes de personalidad en 18% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello; don la tensión agregada de cáncer, estos rasgos de personalidad se vuelven más pronunciado. Por ejemplo los pacientes con personalidades dependientes quieren a menudo más demanda de cuidado y a menudo estos pacientes son experimentados como enfadados, hostiles y manipuladores incluso en el personal hospitalario. Por consiguiente, estas respuestas de personalidad pueden producir varios problemas que dificultan el direccionamiento y obstaculizan la recuperación óptima<sup>23</sup>.

**6.4.3 Los Factores Sociales.** Con la expresión oral y la integridad física alteradas, la adaptación exitosa siguiente a procedimientos quirúrgicos por cáncer de cabeza y cuello, dependen tanto del paciente en cuanto a la manera en que está cubriendo los recursos y su red social. La certeza positiva y aceptación del paciente por la familia y los amigos son importantes para la propia aceptación.

Las reacciones sociales casuales también pueden afectar el ajuste psicosocial de éstos pacientes. En una cultura dónde la apariencia y la expresión verbal son aspectos muy estimados de atractivo y popularidad, el cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento, puede impactar profundamente el retorno al papel social de cada uno de los pacientes. El retorno al desempeño profesional puede reflejarse en el lugar de trabajo incluso con una atmósfera cambiada, una degradación. y una reducción en el sueldo. Semejantemente, otra secuela física menos obvia, como

---

<sup>23</sup> Ibid.

los cambios sutiles en el movimiento del músculo facial y la expresión facial, pueden interferir con las señales sociales importantes, en que los pacientes pueden experimentar los dificultades para los intercambios sociales y frustración como resultado de no hacerse entender<sup>24</sup>.

## **6.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

A pesar del progreso dramático en el tratamiento del cáncer en las últimas décadas, éste continúa siendo una de las enfermedades más temidas. Muchas personas todavía relacionan al cáncer con la muerte, sufrimiento o desfiguración. Los pacientes con cáncer temen ser aislados, tratados de forma diferente o incomprendidos. Como consecuencia de lo anterior, algunos mantienen su enfermedad como un secreto, incrementando así sus problemas psicosociales.

El cáncer afecta el sistema familiar y puede alterar su equilibrio. Como resultado, puede aumentar la tensión y el estrés de la persona con cáncer, de otros miembros de la familia, e incluso aquellos que no viven con el paciente. La respuesta de los miembros de la familia a la enfermedad puede tener un impacto significativo en la adaptación del paciente. Para ayudar al máximo, la enfermera especialista debe evaluar los problemas y necesidades de toda la familia.

El papel del especialista en enfermería oncológica es cada vez más exigente a medida que los tratamientos para el cáncer se vuelven más complejos y se ofrecen nuevas y diferentes maneras de manejar la enfermedad. El cuidado de enfermería del paciente que está recibiendo tratamiento oncológico incluye cinco componentes básicos: 1) educación al paciente y su familia acerca de la

---

<sup>24</sup> Ibid.

enfermedad, el tratamiento y su cuidado; 2) apoyo emocional y psicosocial al paciente y su familia; 3) disminución de la morbilidad relacionada con los efectos secundarios del tratamiento para mejorar la calidad de vida; 4) coordinación del cuidado del paciente a lo largo del diagnóstico y administración de los regímenes de tratamiento.<sup>25</sup>

**6.5.1 Educación al Paciente y la Familia.** La educación al paciente y su familia es parte integral del tratamiento del cáncer y un elemento primordial en la práctica de la enfermería oncológica. Su enfoque es el mismo para la cirugía, quimioterapia, radioterapia o cualquier otra modalidad terapéutica.

“El componente educativo requiere que el profesional en enfermería conozca muy bien el tratamiento ordenado y el proceso de enseñanza-aprendizaje. Dicho proceso se desarrolla con base en la valoración de las necesidades y motivaciones de aprendizaje del paciente y su familia con respecto al curso de la enfermedad, las alternativas y beneficios del tratamiento. Una vez decidida la terapia que se va a seguir, la enfermera da información específica sobre su duración y efectos secundarios así como los cuidados que ayudarán a prevenirlos o disminuirlos.

El planteamiento de unos objetivos educacionales permitirá evaluar posteriormente si la educación fue o no exitosa. Las estrategias utilizadas por el profesional de enfermería incluyen instrucción verbal, uso de material escrito, uso de formatos grupales o individuales de enseñanza y utilización de grupos de apoyo que permiten a los pacientes verbalizar sus inquietudes y recibir apoyo, no solamente emocional, sino también educativo. A lo largo del tratamiento el personal de enfermería deberá evaluar frecuentemente la información dada a los

---

<sup>25</sup> BAIRD, Susan B. Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. American Cancer Society. España. 1991.

pacientes y sus familias, para asegurarse de que hubo un entendimiento claro y completo; en caso contrario, se plantearán nuevas estrategias de enseñanza”.<sup>26</sup>

**6.5.2 Apoyo Emocional y Psicosocial.** El cáncer se considera una enfermedad amenazante para la vida debido a los cambios drásticos generados en los pacientes y en las personas cercanas a ellos. “El cáncer representa una amenaza aguda y severa para el bienestar físico, psicológico y social de la persona y su familia. Además el diagnóstico del cáncer produce una crisis existencial caracterizada por sentimientos de pérdida. Como consecuencia, los pacientes con esta enfermedad presentan una serie de respuestas emocionales como parte del proceso de duelo: ansiedad, depresión, rabia, culpa y miedo”.<sup>27</sup>

El papel de la enfermera en el campo emocional consiste en ayudar al paciente y su familia a manejar los sentimientos resultantes del diagnóstico, y facilitar su adaptación a la nueva situación de vida. “Existen dos elementos básicos para el desempeño de dicho papel. El primero consiste en que la enfermera examine sus propias emociones con respecto a las probabilidades de tener cáncer o morir, para clarificar los sentimientos relacionados con estos aspectos. El segundo se refiere a la elaboración de un plan de enfermería basado en metas específicas, que son: 1) identificar las principales emociones que experimenta el paciente; 2) ayudarlo a confrontar estas emociones; 3) aislar cada emoción para poderlas tratar individualmente y 4) resolver cada emoción con la intención de disminuir la aprensión del paciente”.<sup>28</sup>

La intervención de enfermería debe basarse en el concepto de individualidad. Porque aunque las manifestaciones emocionales enunciadas anteriormente son

---

<sup>26</sup> GOMEZ, Op. cit

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.



comunes a todos los pacientes con cáncer, cada una de ellas es experimentada de manera diferente por cada individuo. Por tanto, las estrategias utilizadas deben ser particulares para cada paciente y familia.

Una respuesta psicológica del paciente a la cirugía, sería influenciada por el curso de la enfermedad, las fuerzas de las relaciones de apoyo y cómo ha sido la reacción a crisis pasadas. “Con frecuencia los pacientes temen perder su estatus laboral y de autoridad de su medio familiar debido a la enfermedad y procedimientos quirúrgicos, lo que podría convertirse en sentimientos de subestimación y de derrota que es posible que desencadene un ánimo depresivo, si no se interviene oportunamente la enfermedad puede deteriorar las funciones físicas y mentales que antes estaban bajo control del paciente.”<sup>29</sup> Todos estos miedos deben ser intervenidos para facilitar la mejor adaptación del paciente a su enfermedad.

Tanto el paciente como la familia deben ser informados acerca de los cambios temporales y los permanentes que ocurrirán a raíz del tipo de procedimiento quirúrgico que se les practique. Hay que dar oportunidad al paciente y a la familia para que expresen sus temores, ya que pueden presentarlos por los cambios presentados en la imagen corporal y del impacto en su autoconcepto y de la aceptación por parte de la sociedad.

El paciente necesita tiempo para recobrar su propio respeto, reducir sus temores, alcanzar una imagen corporal real, reintegrarse a la familia y a la sociedad.

---

<sup>29</sup> JIMENEZ, Op. cit.

Se caracteriza el *apoyo*<sup>30</sup> como una respuesta informada, identificándose con los pacientes y sus familias. La enfermera tiene muchas oportunidades durante los contactos con los pacientes para ayudarles a soportar el estrés diario que supone la convivencia con enfermos de cáncer. La enfermera puede identificar a los pacientes que requieren una mayor intervención psicosocial. Parte integral de la función del apoyo de la enfermera consiste en escucharles atentamente, informarles y ayudarles a resolver sus problemas. La enfermera puede ayudar a desarrollar el optimismo, mediante la creación de objetivos por parte del paciente, utilizando terapia de humor, aportando espiritualidad y activando sus propios mecanismos de defensa.

Este apoyo debe basarse en los problemas y valores propios del paciente y no en los del profesional.

Para ofrecer apoyo, la enfermera tal vez tenga que desarrollar diversas funciones. Cuando el paciente y su familia reciben información cargada de emoción, por ejemplo noticias de diagnóstico, posibles tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos y, por tanto, Menos capaces de tomar decisiones adecuadas y resolver sus problemas con coherencia. La enfermera en estos casos puede actuar como intérprete, desmitificando la experiencia, traduciendo el argot médico en un lenguaje sencillo y ofreciendo apoyo y palabras tranquilizadoras.

La enfermera también sirve de apoyo al escuchar al paciente expresar sus sentimientos personales sobre la enfermedad y debe referirlos al personal competente cuando hace falta mayor asesoramiento. Un objetivo importante de la enfermera es ayudar a la familia, al paciente y al personal sanitario a comprender ciertas emociones desagradables. Es posible que los médicos no se den cuenta que la falta de cooperación del paciente puede deberse a su ansiedad.

---

<sup>30</sup> BAIRD, Susan B. Op. cit

Los intentos en dar apoyo, aunque generalmente positivos, pueden tener sus inconvenientes. El apoyo tiene como objetivo ayudar al individuo a sentirse mejor, ofreciéndole ayuda para resolver problemas concretos y disminuir los sentimientos de abandono que puede ser considerable. El primer impulso de la enfermera puede ser intentar alegrar o levantar el ánimo del enfermo, pero este comportamiento puede ignorar los verdaderos sentimientos del paciente. La enfermera puede no desear hablar de emociones fuertes y dolorosas por miedo a deprimir al paciente, pero el sacar a la superficie estos sentimientos, reconoce su trascendencia. La enfermera en muchos casos puede ser más objetiva que las familias.

### **6.5.3 Disminución de la morbilidad relacionada con los efectos secundarios.**

El rol de la enfermera oncóloga en la disminución de la morbilidad secundaria al tratamiento del cáncer es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La mayoría de los efectos secundarios en cualquiera de las modalidades de tratamiento ocurre en el hogar, después de que el paciente ha salido del hospital. De aquí la importancia de enseñar cuáles reacciones hay que buscar y qué cuidados hay que tener, con el fin de permitirle al paciente participar activamente en su cuidado y tener un mayor control de su vida.

“Los efectos más comunes como consecuencia de la cirugía están relacionados con la pérdida de una parte del cuerpo y el desarrollo de complicaciones postoperatorias tales como infección y sangrado. En este caso, el proceso de enseñanza se inicia preoperatoriamente con el objetivo de preparar al paciente y su familia para el procedimiento quirúrgico, o para la aceptación de alguna limitación funcional y las potenciales complicaciones postoperatorias”.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Ibid.

Se pueden anticipar muchos de los efectos y de ahí la importancia del papel de la enfermera en esta área, pues no solamente puede informar al paciente sobre las reacciones que se pueden presentar, sino también tornar medidas que ayuden a prevenirlas o minimizarlas.

**6.5.4 Cuidado durante el Diagnóstico y el Tratamiento.** La fase inicial o de diagnóstico incluye el diagnóstico y el tratamiento inmediato. La reacción al diagnóstico puede ser compleja. El impacto de la noticia sacude a todo el sistema familiar. a la vez que todos tratan de absorber la gran cantidad de información alarmante. La ansiedad, preocupación, tristeza, agitación. miedo y aislamiento son las reacciones más frecuentes. El paciente y su familia tratan de recobrar el control de una situación abrumadora, buscando todo tipo de información.

El paciente y su familia necesitan tiempo para comprender plenamente lo que ha sucedido y poder superar el trauma inicial y movilizar los recursos psicológicos necesarios para luchar contra la enfermedad.

La fase inicial del tratamiento es otro período muy aterrador. Con frecuencia, el paciente y su familia no han tratado anteriormente con profesionales sanitarios y, sin embargo, ahora dependen de ellos para su cuidado y tratamiento. Todas estas circunstancias aumentan la ansiedad del paciente y su familia.

Ocurren múltiples cambios y pérdidas durante este período, provocando sentimientos de pena y dolor. Los pacientes y sus familiares a menudo se enfrentan con problemas tales como la pérdida de control de la situación, cambios en la imagen corporal y modificación de sus papeles y relaciones en la vida cotidiana. Con frecuencia sus vidas se centran en la enfermedad y en el proceso del tratamiento inicial. Es fundamental que la enfermera ofrezca una estructura y una información sistemática sobre el tratamiento y el manejo de los efectos

secundarios en este momento. En la mayoría de los casos, cuando los pacientes saben a qué atenerse, disminuye su ansiedad

Muchas personas son capaces de continuar con una vida activa y productiva durante y después del tratamiento del cáncer. Sin embargo, el paciente y su familia se ven obligados a mantener un ambiente de normalidad durante la situación actual

El paciente necesita poder dialogar libremente y recibir una información comprensible y oportuna para poder tomar decisiones sobre su tratamiento inicial y las opciones correspondientes. No obstante, su ansiedad y la información recibida pueden sobrecargar y hacer difícil al paciente concentrarse y tomar decisiones. Los profesionales sanitarios deben corregir los mitos sobre el cáncer y hablar de lo desconocido. Ofreciendo una información correcta. Muchos pacientes temen hacer al médico preguntas directas porque tienen miedo de las respuestas o de causar molestias a un profesional importante. La enfermera puede ayudar al paciente a comunicarse con el médico.

Una segunda opinión puede ser conveniente para el paciente en este momento. Es importante que la enfermera, igual que otros profesionales sanitarios, apoyen al paciente y su familia en la búsqueda de esta segunda opinión

En algunos pacientes, los trastornos de la movilidad, la desfiguración y la pérdida de la energía que acompañan a los tratamientos difíciles y prolongados o a la enfermedad avanzada, pueden llevar al aislamiento social del paciente. La carga física y emocional sobrellevada por, el paciente y la familia, puede manifestarse en forma de problemas psicológicos, maritales y familiares.

La familia que se enfrenta a una enfermedad prolongada y que empeora, tiene que aprender a redistribuir su carga de trabajo y cambiar las expectativas de la vida. Hoy en día la familia está bastante aislada, funcionando sin una red de apoyo que pueda absorber esta carga de trabajo. En esta situación las familias con frecuencia sobrepasan sus límites y el estrés y la tensión implacables pueden producir sensación de culpa por ser una carga, y los miembros de la familia pueden enfadarse porque no se cumplen sus propias necesidades. Con la pérdida de ingresos y los gastos médicos, pueden crearse dificultades económicas. La enfermera debe tener en cuenta las diversas causas de estrés, ayudar a la familia a identificar estos problemas y donde podrían encontrar ayuda.

**Comunicación durante el tratamiento.** Escuchar atentamente consiste en estar con la persona tanto física como emocionalmente. La enfermera que escucha de forma incondicional y dice lo que piensa que el paciente está sintiendo, permite a éste aclarar ciertos problemas por sí mismo. La enfermera puede lograr la búsqueda interna, por parte del paciente, dar soluciones a sus problemas más apremiantes y no intentar resolverlos ella misma.

La enfermera que presta atención a las *emociones* que se esconden en las respuestas del paciente, hace que reflexione sobre el problema y exprese sus sentimientos

Algunas investigaciones señalan que los cambios en la situación de la familia se aceptan mejor, cuando se habla abiertamente de la enfermedad. Se debe animar a las familias a la comunicación y a que no se aislen unos de otros porque es cuando más unidos deben estar. La enfermera puede servir de modelo para la comunicación abierta entre pacientes y familiares y los encuentros con ellos pueden ser tribunas para las discusiones sobre las necesidades y problemas familiares.

**Adaptación a la situación.** La reacción del paciente y su familia al diagnóstico de cáncer será parecida a las que han tenido en las crisis anteriores. Todos responden de forma diferente; las variaciones en la capacidad para sobrellevar los problemas están relacionadas con la religión, la cultura del individuo y sus experiencias en el pasado. Algunos pacientes y sus familias describen la experiencia del cáncer, en conjunto, en términos positivos porque el proceso de hacer frente a ello, revela fuerzas internas y establece, de una forma dramática, las prioridades de la vida.

Se han identificado mediante investigación los mecanismos de respuesta favorables y los no favorables. El comienzo del cáncer hace que muchos pacientes sienten que han perdido el control sobre sus vidas. El recobrar este control el sentido de dominio sobre su propio entorno, puede dar al paciente fuerzas para hacer frente a la enfermedad y es, por tanto, un objetivo fundamental de la intervención psicosocial.

Las personas que se enfrentan al cáncer, dispuestas a tomar parte de forma activa, tienden a sobrellevarlo bien. Los pacientes que buscan información y comparten sus sentimientos también suelen sobrellevar bien la enfermedad, siempre que busquen la información en fuentes legítimas y compartan sus problemas con personas comprensivas que les den apoyo sin intensificar las emociones negativas, tales como el miedo o la ira.

El aislamiento se produce cuando una persona se distancia de las personas que le cuidan, tanto familia, amigos o profesionales y conduce a una mayor aflicción y aislamiento. La sustitución o la proyección de un sentimiento, como es la ira hacia una persona u objeto no adecuado, con frecuencia es mal entendido y puede crear un conflicto interpersonal. La pasividad y la impulsividad son otras formas que

representan una adaptación inadecuada que pueden llevar a un estado de impotencia ante las circunstancias.

Algunos pacientes tienen un riesgo mayor de padecer una alteración psicosocial que otros. Por ejemplo, los cambios en las obligaciones familiares pueden hacer que se le pida a los niños que asuman demasiada responsabilidad para su edad. La recurrencia de la enfermedad. El diagnóstico en un estadio avanzado o la angustia provocada por los síntomas sin solucionar, también aumenta la posibilidad de una mayor alteración emocional. Al identificar a un paciente con posibles problemas de adaptación o con alto riesgo de trastornos emocionales, la enfermera debe referirlos a un terapeuta para asesoramiento y tratamiento.

**Apoyo emocional y psicosocial del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía.** A través de las fases del curso de la enfermedad, incluso el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación o la muerte inminente, la meta es el apoyo psicológico y verificar que los recursos sociales funcionen. “Está claro que los tumores grandes requieren un tratamiento quirúrgico extenso, y el resultado será proporcional a la magnitud de ablación y la importancia funcional de la estructura que está comprometida. Es importante para el personal involucrado en la recuperación del paciente, tener una comprensión exacta del alcance de los procedimientos quirúrgicos que se requieren para la ablación completa del tumor”.<sup>32</sup>

El orden para brindar el apoyo a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a procedimientos quirúrgicos constan de la promoción de adaptación psicosocial consiguiente al tratamiento.

---

<sup>32</sup> ARIYAN, Stephan. Cancer of head and neck. Editorial Mosby. Washington D.C., USA. 1988



**6.5.5 Promoción del Ajuste Psicosocial<sup>33</sup>.** El apoyo al paciente se guía por el conocimiento de la relación ente lo físico, la adaptación psicológica, y el entorno social. La mayoría de los pacientes tienen dificultades de experiencias de una o varias áreas. Dado los factores múltiples asociados con la adaptación psicosocial, una evaluación antes del tratamiento es esencial para asegurarla. Esta evaluación debe obtener la información sobre la historia médica del paciente, la historia psiquiátrica, la personalidad, el estilo de vida, las conductas de riesgo de salud, la red de apoyo social, y la cobertura de los recursos financieros, el nivel del paciente para comprender sobre, la preparación para el tratamiento también debe evaluarse en este momento, la información sobre el mismo y la pérdida de órganos funcionales siguiente. Además, se ha encontrado que los pacientes que eran informados sobre su enfermedad y sus tratamientos eran más inclinados a tener respuestas más favorables en el proceso de adaptación posterior al procedimiento, con mejor apoyo familiar y reintegración a la sociedad.

La psicoterapia y la farmacoterapia son los tratamientos útiles para la ansiedad, la depresión, el delirio y dolor. Los tratamientos farmacológicos específicos incluyen antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos opioides y aquellos para causas subyacentes de delirio. En cuanto a las ideas suicidas en esta población, el tratamiento se debe dirigir a la intervención de la crisis y de la sintomatología psiquiátrica.

Las intervenciones psicológicas antes del tratamiento están encaminadas hacia el cuidado con refuerzo de aspectos psicológicos que incrementen las actitudes positivas del paciente en el momento postoperatorio. El período del postoperatorio inmediato es un tiempo crítico para intensificar los esfuerzos de dirigirse a las reacciones cosméticas iniciales y a los cambios funcionales. Uno de los mayores

---

<sup>33</sup> HOLLAND, Op. cit.

impedimentos a la adaptación, sin embargo, es la depresión, el mismo abandono, la falta de motivación o el incumplimiento a las terapias, puede señalar una depresión subyacente. Las intervenciones psicológicas pueden ser eficaces tratando la depresión en estos pacientes.

El dolor y las alteraciones funcionales de la cirugía de cáncer de cabeza y cuello pueden producir desconfort y elevar los estados de ansiedad, junto con la aberración del sitio quirúrgico, por lo tanto es importante promover acciones de autocuidado como la limpieza del oral, irrigación de la herida o cuidado de la prótesis, lo cual les permite a los pacientes un sentido de pertenencia en su recuperación y empezar a aceptar un nuevo cambio de imagen.

En algunas ocasiones será de utilidad el uso de algún tipo de prótesis para mejora la calidad de vida del paciente. La terapia apunta a reducir la severidad de desfiguramiento facial y trastorno que esto pueda provocar. La efectividad de estas intervenciones, sin embargo, es contingente en la participación del paciente en su recuperación. Afortunadamente, la mayoría de los pacientes aprende y se adapta a las nuevas maneras de comunicar y comer. Además, los grupos de apoyo de otros pacientes con características similares, pueden promover una adaptación física y un mejor ajuste psicosocial proporcionando el apoyo emocional y la imagen de otros similares, reforzando la moral de los pacientes, mejorando la complacencia con el tratamiento comprendiendo las características del propio autocuidado facilitando las actividades de independencia

Cuando las demandas psicológicas de la recuperación inicial reinciden, las preocupaciones sobre la autoimagen, la comunicación, el empleo amenazado, los papeles familiares cambiantes, problemas interpersonales, es conveniente la repetición de las intervenciones al paciente como si se presentaran de manera crítica. Las referencias al personal de salud calificado o los servicios de apoyo

comunitario, debe ofrecerse a los pacientes y sus familiares. Junto con los pacientes, los miembros familiares son claramente afectados por la enfermedad y tratamiento y muchos expresan los cambios en los papeles familiares y responsabilidades. La familia, la pareja y la terapia individual son enfoques de apoyo psicosocial eficaz para dirigirse a los problemas complejos a los que se enfrentan posterior al tratamiento quirúrgico por cáncer de cabeza y cuello.

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

#### 7.1.1 Criterios de búsqueda

##### SATISFACCIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

Para la satisfacción del problema y los objetivos planteados se tuvieron en cuenta ciertos criterios que pudieran aportar al desarrollo de la revisión documental, teniendo en cuenta los diferentes aspectos que se incluyen en este trabajo como:

- Aspectos psicosociales alterados en el paciente con cáncer sometido a cirugía de cabeza y cuello.
- Las intervenciones que brinden apoyo a estos pacientes

##### CRONOLOGICO

Para la búsqueda de artículos de investigación se revisaron aquellos desde el año 2000 hasta 2007

##### IDIOMATICO, GEOGRAFICO Y AUTOR

No se determinó un idioma, país o autor específico; se buscaron aquellos artículos que arrojaron las bases de datos, que respondieran al problema planteado y a los objetivos para el desarrollo de la revisión documental.

##### PALABRAS CLAVES

Las palabras claves planteadas para realizar la búsqueda de artículos de investigación que respondan a nuestro problema son:

- Cáncer de cabeza y cuello                      *Head and neck cancer*
- Cirugía    *Surgery*

- Aspectos psicosociales *Psychosocial*
- Enfermería *Nursing*
- Psicología *Psychology*
- Calidad de vida *Quality of life*

## BASES DE DATOS

La búsqueda de los artículos se realizó por medio electrónico a través de las bases de datos que ofrece la Pontificia Universidad Javeriana :

• Medline	• Proquest	• Lilacs
• High wire	• Science Direct	• Ovid

## **7.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**

### **7.2.1 Criterios de Selección**

#### REQUISITOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de esta revisión documental se seleccionaron estudios de tipo descriptivo y revisiones documentales que mostraron:

- Alteraciones psicosociales de pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello
- Intervenciones de apoyo al paciente con cirugía de cabeza y cuello referente a aspectos psicosociales.
- De acuerdo a los criterios establecidos para el desarrollo de esta investigación se encontraron 42 artículos de los cuales se seleccionaron 14 artículos que

cumplieron con características para responder a los objetivos planteados, teniendo en cuenta que el diseño metodológico de los mismos esta centrado en su gran mayoría en el método de tipo descriptivo

### POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra seleccionada en los artículos de investigación fueron adultos jóvenes y mayores con cáncer de cabeza y cuello y cirugía como tratamiento oncológico.

### **7.3 ANALISIS DE DOCUMENTOS**

Para el análisis de los 14 artículos seleccionados, en cada uno de estos, se utilizó la ficha descriptiva analítica donde se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Se tuvieron en cuenta datos de identificación para cada uno de los artículos como:

Título	Autor
Año	Lugar
Idioma	Medio de publicación

### INFORMACIÓN METODOLÓGICA

Para la información metodológica de cada artículo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Tipo de diseño
- Población y/o muestra
- Técnicas estadísticas

## HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

- *NIVEL DE INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS*

Dentro de los niveles de interpretación de resultados se plantean los siguientes:

1. *Descripción* de hallazgos
2. Identificación de *relaciones* entre variables
3. Formulación de *relaciones tentativas*
4. Revisión en busca de *evidencias*
5. Formulación de *explicaciones* al fenómeno
6. Identificación de *esquemas teóricos* más amplios

Para esta revisión documental se seleccionaron los artículos que tuvieran nivel de investigación 2 (Identificación de *relaciones* entre variables), 3 (Formulación de relaciones tentativas), 4 (Revisión en busca de evidencias) y 5 (Formulación de explicaciones al fenómeno).

- *APORTES DE CONTENIDO*

Para los aportes de contenido se tuvieron en cuenta los resultados, conclusiones y discusiones de cada uno de los artículos que respondieron a los objetivos expuestos para la presente revisión documental.

A continuación se anexa la tabla de los artículos seleccionados para la realización de la presente revisión documental.

**Tabla 1. Documentos seleccionados**

<b>N.</b>	<b>TITULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>PAÍS E IDIOMA</b>	<b>AÑO Y MEDIO DE PUBLICACIÓN</b>
1	<i>La influencia del apoyo social en la salud y su relación con los resultados de la calidad de vida en cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>Lucy Hynds Karnell, Alan J. Christensen, Eben L. Rosenthal, J. Scott Magnuson, Gerry F. Funk.</i>	<i>Center for Research in the Implementation of Innovative Strategies in Practice, Iowa City, Iowa. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2007. Volumen 29, Número 2; pág. 143-146.</i>
2	<i>Una clínica de apoyo de cuidado de enfermería: el concepto de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>Maria Larssona, Birgitta Hedelina, Elsy Athlina</i>	<i>Facultad de estudios universitarios de enfermería Norte de Norway. Ingles</i>	<i>European Journal of Oncology Nursing. Edición 11. Año 2007. Pág. 49- 59.</i>
3	<i>Invalidez en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>Joseph C. Taylor, Jeffrey E. Terrell, David L. Ronis, Karen E. Fowler, Carol Bishop, Michael T. Lambert, Larry L. Myers, Sonia A. Duffy.</i>	<i>Affairs Medical Centers and the University of Michigan Hospital. Ingles</i>	<i>Revista Archives of otolaryngology head and neck surgical. Vol 130. Año 2004</i>
4	<i>La experiencia de incorporar la salud mental en el cuidado del paciente después del tratamiento para los cánceres de la cabeza y cuello</i>	<i>Steve Wood, Jonathan I. Bisson</i>	<i>University Hospital of Wales, Heath Park, UK. Ingles</i>	<i>Revista British journal of oral and maxillofacial surgery. Año 2004. Vol 42; pág. 149 —154</i>
5	<i>Práctica de enfermería en cáncer de cabeza y cuello: La aplicación de Cinco roles.</i>	<i>Raymond Scarpa, MA</i>	<i>Universidad de medicina y odontología de New Jersey, U.S.A. Ingles</i>	<i>Oncology Nursing Forum Vol. 31 Num. 3. Año 2004. Pág. 579 – 583</i>
6	<i>Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado</i>	<i>Flor de Maria Cáceres Manrique, Floribel Bohórquez Caballero, Henry Mauricio Puerto Pedraza, Diana Smith Hernández</i>	<i>Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia de Bucaramanga, Colombia. Español</i>	<i>Revista MedUNAB. Vol. 7. Num. 21. Diciembre de 2004. Pág. 161 - 165</i>
7	<i>Intervenciones psicosociales para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>Cherith J. Semple, Kate Sullivan, Lynn Dunwoody, W. George Kernohan,</i>	<i>School of Nursing and School of Rehabilitation Science, University of Ulster, Newtownabbey, Northern Ireland. Ingles</i>	<i>Revista Cancer Nursing, Vol. 27, Núm. 6. Año 2004. Pág 434-441.</i>



8	<i>El impacto y la desfiguración facial del cáncer de cabeza y cuello en la calidad de vida de pacientes y sus compañeros.</i>	<i>Lindsey E. Vickery, Gary Latchford, Jenny Hewison, Maggie Bellew, Tricia Feber.</i>	<i>Cookridge Hospital, Leeds, United Kingdom. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2003. Volumen 25, Número 4; pág. 289-295.</i>
9	<i>El ajuste psicosocial en el cáncer de cabeza y cuello: el impacto de la desfiguración, el género, y el apoyo social.</i>	<i>Mark R. Katz, Jonathan C. Irish, Gerald M. Devins, Gary M. Rodin, Patrick J. Gullane.</i>	<i>Toronto General Hospital y Princess Margaret Hospital, Toronto, Canadá. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2003. Volumen 25, Número 2; pág. 103-111.</i>
10	<i>La predicción de depresión 6 meses a 3 años después del tratamiento de cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>J. Rob. J. de Leeuw, Alexander de Graeff, Wynand J. G. Ros, Geert H. Blijham, Gert-Jan Hordijk, Jacques A. M. Winnubst.</i>	<i>Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2001. Volumen 23, Número 10; pág. 892-897.</i>
11	<i>La ansiedad, Cubriendo las Estrategias y conductas en Pacientes que Sufren Cirugía de Cáncer de Cabeza y Cuello.</i>	<i>Mary Jo Dropin.</i>	<i>Hospital Universitario plaza Brooklyn, U.S.A. Ingles</i>	<i>Rrevista Cancer nursing. Vol. 24 Num. 2. Año 2001. Pág. 143- 148</i>
12	<i>La predicción de sintomatología depresiva después del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello: la influencia previa al tratamiento a nivel físico y de los síntomas depresivos contemplando el apoyo social.</i>	<i>J. Rob J. de leeuw, Alexander de Graeff, Wynand J. G. Ros, Geert H. Blijham, Gert-Jan Hordijk, Jacques A. M. Winnubst</i>	<i>Centro Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2001. Volumen 22, Número 8; pág. 799-806.</i>
13	<i>Factores previos al tratamiento que predicen la calidad de vida después del tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello.</i>	<i>Alexander de Graeff, J. Rob J. de Leeuw, Wynand J. G. Ros, Gert-Jan Hordijk, Geert H. Blijham, Jacques A. M. Winnubst.</i>	<i>Departamentos de Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial, y Radioterapia del Centro Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos. Ingles</i>	<i>Revista : Head And Neck. Año 2000. Volumen 22, Número 4; pág. 398-405.</i>
14	<i>Influencias negativas y positivas del apoyo social en la depresión de pacientes con cáncer de la cabeza y del cuello: un estudio anticipado.</i>	<i>J.R.J. De Leeuwa, A. De Graeffb, W.J.G. Rosa, G.J. Hordijkc, G.H. Blijhamb And J.A.M. Winnubst</i>	<i>University Medical Centre Utrecht, Utrecht, Netherlands. Ingles</i>	<i>Revista Psycho-Oncology. Vol 9; pág. 20-28. Año 2000</i>

## **8. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS**

A continuación se presentarán los hallazgos de los artículos analizados y los aportes que estos brindaron para el desarrollo de la presente revisión documental de acuerdo con el problema de investigación y los objetivos planteados.

### **8.1 ALTERACIONES PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES CON CÁNCER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.**

Cada enfermedad tiene un único impacto en la calidad de vida. Cuando una persona recibe un diagnóstico de cáncer, se enfrenta con la situación aterradora que tiene una enfermedad que amenaza la vida, su imagen, confianza e identidad. Las tensiones emocionales, psicológicas, y físicas asociadas con el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cabeza y cuello, pueden ser sustanciales para los pacientes y sus conocidos, puesto que tienen una única presentación de dificultades debido al área central física donde se presenta. La cabeza y cuello tienen un papel específico dentro de la expresión social, emocional, comunicación y cambios dentro de su anatomía o funcionando pueden generar devastadoras consecuencias

El paciente con cáncer de cabeza y cuello experimenta una carga debido a la naturaleza del cáncer y también al tratamiento subsiguiente. Puede producir un retorno tardado para trabajar, la limitación en las actividades sociales, y sentimientos de soledad. Para esos pacientes que además sufren los tratamientos quirúrgicos hay la carga adicional de la afección visible y extensa que estos generan tanto a nivel facial y la desfiguración del cuello que es a menudo difícil

ocultar. Las desfiguraciones pueden enlazarse a cómo ellos se perciben, cómo los perciben los otros, y cómo esto compromete en las interacciones sociales.

Dentro de las alteraciones psicosociales en el paciente sometido a cirugía por cáncer de cabeza y cuello fueron relevantes:

**Tabla 2. Alteraciones psicosociales en los pacientes con cáncer sometidos a cirugía de cabeza y cuello**

AUTORES	ALTERACIÓN PSICOLÓGICA	RELACIONADO CON	CONSECUENCIA : ALTERACIÓN SOCIAL
Joseph C. Taylor, et al.	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está presente en el posoperatorio.</li> <li>El dolor y la fatiga lo pueden desencadenar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invalidez</li> <li>Aumento de los gastos financieros</li> </ul>
Steve Wood, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presenta durante el diagnóstico</li> <li>Desfiguración facial</li> <li>Alteraciones funcionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacidad para trabajar</li> </ul>
Mary Jo Dropin		<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el Postoperatorio</li> <li>Desfiguración facial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invalidez</li> </ul>
J. Rob. J. de Leeuw, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones faciales y pérdida de funciones</li> <li>Incapacidad para la comunicación.</li> <li>Síntomas depresivos hasta después de un año de tratamiento</li> <li>Las mujeres presentan mayor nivel de depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de redes de apoyo</li> </ul>
C.D. Llewellyn, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Angustia</li> <li>Silencio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> </ul>
Alexander de Graeff, et al		Stress por el diagnóstico desencadenado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> </ul>
Lindsey E. Vickery, et al		La familia también presenta síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> </ul>
Lucy Hynds Karnell, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relacionado con mutilaciones</li> <li>Deficiencias físicas, funcionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacidad para laborar</li> </ul>

Joseph C. Taylor, et al.	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionado con problemas sexuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferencia en la relaciones de pareja</li> </ul>
Mary Jo Dropin		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desfiguración facial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en la resocialización</li> </ul>
C.D. Llewellyn, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor psicológico</li> <li>• Desorden de humor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferencia en la calidad de vida</li> </ul>
Alexander de Graeff, et al		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto en la personalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento</li> </ul>
J. Rob. J. de Leeuw, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionado con el diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto en la relación con su compañero y su familia</li> </ul>
Joseph C. Taylor, et al.	Stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor de riesgo para alteraciones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos agresivos</li> </ul>
Steve Wood, et al.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desfiguración facial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para desarrollar actividades físicas</li> </ul>

El cáncer de cabeza y cuello frecuentemente se describe (Joseph C. Taylor, et al, Steve Word, et al) como el más emocionalmente traumático de todo los cánceres. Muchos otros pacientes sostienen la morbilidad similar con el tratamiento de cáncer, pero la desfiguración facial y los trastornos asociados con la cirugía por cáncer de cabeza y cuello, predispone a estos pacientes a varios cambios fisiológicos y también a cambios y necesidades psicológicas. Se plantean cuatro influencias principales que el paciente con cáncer sometido a cirugía de cabeza y cuello puede presentar para sobrellevar la amenaza que el tratamiento de esta enfermedad les genera: el conocimiento de la representación de amenaza de la enfermedad (las creencias que los pacientes tienen sobre sus enfermedades y tratamiento); la reacción afectiva y la reacción emocional a la enfermedad; los mecanismos de afrontamiento para tratar con las emociones y factores contextuales como los papeles sociales y las normas culturales y sociales. Por

consiguiente es importante resaltar que estos pacientes en mayor relevancia van a presentar alteraciones del funcionamiento físico, de la salud en general, vitalidad, cambios del entorno social, cambios en las emociones y salud mental, la presencia de nuevos síntomas y sobre todo la connotación de que la vida no es la misma de antes.

Según los artículos seleccionados para este objetivo todos coinciden en que la depresión es la principal alteración relacionada con la cirugía por cáncer de cabeza y cuello, y esta misma está relacionada con diferentes dificultades dentro de su desempeño en la familia y la sociedad. La ansiedad ocupa el segundo puesto dentro de estas alteraciones y el estrés el tercero. Cada uno de los autores de los artículos dan su punto de vista a partir de las alteraciones psicosociales pero la gran mayoría concluyen lo mismo.

Dentro de los estudios (la gran mayoría de artículos) se determinaron tres alteraciones psicosociales más relevantes en estos pacientes que hacen que se altere su calidad de vida, y el desarrollo normal como personas dentro de un entorno familiar y dentro de la sociedad en el desempeño laboral y de relaciones con la gente que lo rodea.

La depresión es una de las alteraciones tal vez más nombradas o en un porcentaje más alto de manifestación en estos pacientes donde los estudios reportan que está directamente relacionado con cáncer de cabeza y cuello ya que estos pacientes entran en un estado de aceptación de la enfermedad y de su tratamiento como tal. La depresión es un común pero no la reacción universal a este cáncer y se piensa que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son especialmente vulnerables debido a la ocurrencia frecuente de síntomas físicos, funcionales y mutilaciones después del tratamiento.

La depresión (Joseph C. Taylor, et al, Steve Word, et al ) es frecuentemente diagnosticada en los pacientes con cáncer antes y después del tratamiento. Esto puede comprometer significativamente la calidad de vida de un paciente, las estancias hospitalarias, las complicaciones con la terapia, la habilidad de aceptarse asimismo y puede influir incluso en la supervivencia. Por esta razón, es importante descubrir o predecir la depresión en estos pacientes, sobre todo porque hay tratamientos eficaces para los desórdenes de humor en los pacientes con cáncer.

Previo al tratamiento los factores relacionados a la enfermedad determinan la situación de los pacientes después del tratamiento. La presencia de síntomas depresivos antes del tratamiento fue un predictor mayor de síntomas físicos aumentados posteriores a la fase quirúrgica sin tener en cuenta el género y la edad. Las variables del tratamiento estaban significativamente asociadas con los síntomas depresivos en una o ambas medidas después del tratamiento. Los síntomas depresivos y los síntomas físicos relacionados con el cáncer antes del tratamiento eran más fuertemente asociados con los síntomas depresivos después del tratamiento. Al igual que el tamaño tumoral que generaba mayores síntomas depresivos dependiendo la desfiguración facial ocasionada.

La interacción entre calidad de vida y depresión por lo que se refiere a la causa y el efecto es compleja. Varias posibles explicaciones existen para una correlación negativa entre calidad de vida y depresión. Primero, los factores que llevan a la aparición del cáncer de cabeza y cuello: el abuso de sustancias, estado socio-económico bajo, un nivel bajo de educación, y una red social pobre es asociada a situaciones depresivas. Segundo, las secuelas físicas de la enfermedad y su tratamiento (en particular el dolor y desnutrición) puede llevar a los síntomas depresivos. En este modelo, la depresión se considera como un indicador de

afección a la calidad de vida. Se supone que esto es la causa principal de morbosidad psicosocial en estos pacientes según la literatura.

En el caso de las mujeres, los síntomas depresivos eran consistentes con otros resultados que muestran niveles superiores de dolor emocional y más inconvenientes para el ajuste psicológico.

El número de síntomas depresivos antes del tratamiento pueda explicarse por el estrés generado en el período después del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. Este período se ha mostrado que puede ser emocionalmente más estresante que el período durante y después del tratamiento. El tratamiento puede relacionarse a la ocurrencia de síntomas depresivos, por consiguiente el tipo de procedimiento quirúrgico se relaciona directamente a la fase del tumor. Esto puede explicarse por el hecho que el tratamiento frecuentemente produce síntomas físicos temporales o permanentes y limitaciones funcionales.

La depresión puede llevar a los síntomas físicos (fatiga, anorexia, y/o pérdida de peso) indistinguible de aquéllos causados por cáncer de cabeza y cuello. Es más, un humor deprimido tendrá una influencia negativa probablemente en el tratamiento de las personas con esta patología sometidos a procedimientos quirúrgicos. La edad no tiene mayor influencia en las alteraciones de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello excepto en la fatiga debido a que afecta el funcionamiento físico, el habla y la facilidad para comer; a mayor edad mayor los inconvenientes

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sido sometidos a cirugías (Steve Wood, et al.) poseen los grados más altos de dolor tanto físico como emocional, lo que ha aumentado desigualdades de ser inválido por su cáncer o su tratamiento: dolor, fatiga, y depresión son las áreas del problema que mayor

implican la invalidez en la calidad de vida. Los pacientes sienten a menudo miedos expresados sobre si el funcionamiento orgánico, sobre la extirpación del cáncer completamente, y sobre la posibilidad de repetición en algún momento futuro.

La literatura reporta la depresión como un estado de anormalidad mental en el que se alteran el ciclo normal de la vida de las personas que la presentan y que esta muy relacionado con situaciones psicológicamente traumáticas, en el caso de el paciente con cáncer esta directamente relacionado con los aspectos no solamente físicos, porque estos pacientes para el tratamiento de su enfermedad como lo es la cirugía deben someterse a procedimientos mutilantes que alteran su anatomía estética del rostro y cuello, y esto produce una alteración psicológica en estos pacientes al tener que enfrentarse con el espejo su familia que no lo van a ver como una persona normal antes de padecer enfermedades y tratamientos de Cáncer de cabeza y cuello.

La ansiedad y la depresión (Mary Jo Dropkin, et al, C.D. Llewellyn, et al, Steve Wood, et al.) son pertinentes tanto para pacientes como para familiares porque atrae la atención vivamente al impacto del diagnóstico y tratamiento en el compañero. Este estudio ha mostrado eso en algunos compañeros en quienes es más vulnerable al dolor psicológico que en el paciente. Varias explicaciones podrían responder de este hallazgo. La experiencia de enfermedad y tratamiento es claramente diferente para familiar; ellos no están enfrentando una amenaza a su propia mortalidad pero se enfrentan con la perspectiva de perder a su familiar. Tal perspectiva puede inducir sentimientos de impotencia, porque ellos son incapaces de tomar un papel directo de luchar contra el cáncer. Los resultados también demuestran que no se está poniendo una carga adicional en la relación entre el paciente y el compañero. Puede ser que la calidad de la relación entre el paciente y el compañero sea de actuar como un pulidor contra el impacto psicológico del cáncer.



La ansiedad tal vez en un porcentaje mas disminuido (Mary Jo Dropin) es también una alteración importante en estos pacientes ya que esto los lleva a una disminución en las relaciones interpersonales y en el desarrollo sexual con su compañero las implicaciones de una cirugía de cabeza y cuello produce a estos pacientes inseguridad sobre si mismo y la actuación con los demás, de hecho estos comportamiento los llevan a evitar conversaciones que los miren a la cara y a entablar charlas con las personas que los rodean, con su pareja familia, y el desarrollo en la sociedad, ya que la ansiedad produce el cambio de comportamiento como agresividad, intolerancia, aislamiento como lo muestra la literatura los autores llegan a esta misma conclusión en relación con estos pacientes que a sufrir alteraciones de desfiguración facial, y alteraciones en el desempeño fisiológico normal como comer, hablar y comunicarse mediante gesticulaciones provocadas secundarias a su cirugía por cáncer de cabeza y cuello.

En los diferentes estudios se plantean pautas para determinar alteraciones de ansiedad en estos pacientes que no determinaran este tipo de cambios de comportamiento desarrollado por el tratamiento de su patología, que generan algunas preguntas:

1. ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y problema? - ¿enfocado en la clase de procedimiento quirúrgico?
2. ¿Cuál es la relación entre el foco del problema y el cubrimiento de las estrategias de cuidado antes de la cirugía y después de la cirugía?
3. ¿Cuál es la relación entre el grado de desfiguración postoperatoria, el trastorno y nivel de ansiedad postoperatoria?
4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad postoperatoria? ¿Y el mismo cuidado después de la cirugía?

También existe una caracterización de la ansiedad frente a estas situaciones de alteración de las conductas de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatiga (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupaciones y tensiones crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de erradicar. El simple hecho de pensar en afrontar este tipo de problemas en su vivir diario puede provocar ansiedad.

Concluyendo con tal vez con la tercera alteración mas nombrada, el estrés es determinado como el desencadenante de este tipo de alteraciones en estos pacientes sometidos a cambios radicales en su vida, que alteran todas la esferas mentales, físicas, emocionales y cualquier tipo de alteración en la vida normal de una persona diagnosticada con cáncer de cabeza y cuello que debe recibir tratamiento; el pensar en el trabajo los gastos del tratamiento y el impacto mas grande, su desfiguración facial, hace que estos pacientes entren en shock conscientemente incontrolable que lo afecta a el y a su familia.

## **8.2. INTERVENCIONES DE APOYO AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOSOCIALES ASOCIADAS A CIRUGÍAS POR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.**

Se considera que el apoyo social es un concepto multidimensional. Una distinción importante, es el apoyo recibido disponible y real; se piensa que el apoyo social tiene mayor efecto ante las circunstancias de estrés y su apreciación es más fuertemente relacionada a las características circunstanciales y la frecuencia y calidad de relaciones sociales. En el contraste, se considera que el apoyo tiene un efecto principal en la salud y bienestar, independientemente del la situación y su apreciación parece ser una razonable característica estable de los individuos. Otro frecuentemente uso es en la distinción entre el apoyo emocional, informativo, instrumental y apoyo de la apreciación brindado a los pacientes; la influencia de tipos diferentes de apoyo social puede cambiar del curso de la enfermedad; durante el período de diagnóstico y el tratamiento inicial, el apoyo informativo, dado por los cuidadores profesionales tiene un beneficioso efecto en la calidad de vida del paciente, considerado junto con el apoyo emocional del compañero, familia y la importancia de la presencia de amigos.

Dentro de las intervenciones de apoyo al paciente con alteraciones psicosociales sometido a cirugía por cáncer de cabeza y cuello fueron relevantes:

**Tabla 3. Intervenciones de apoyo al paciente con alteraciones psicosociales asociadas a cirugías por cáncer de cabeza y cuello**

AUTORES	SITUACIÓN DEL PACIENTE	RELACIONADO CON	INTERVENCIONES DE APOYO
Joseph C. Taylor, et al.	Depresión	Invalidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoraciones regulares.</li> <li>• Intervenciones grupales</li> </ul>
J. Rob. J. de Leeuw, et al.		Estado depresivo previo al diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo durante el diagnóstico y tratamiento inicial de la enfermedad</li> <li>• Manejo de la depresión desde el momento del diagnóstico</li> </ul>
		Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo psicológico relacionado con aspectos físicos y funcionales</li> <li>• Valoración de redes de apoyo</li> </ul>
C.D. Llewellyn, et al.		Desfiguración facial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de estímulos por parte de los compañeros de trabajo.</li> <li>• Contacto con redes sociales establecidas desde antes del diagnóstico</li> </ul>
Alexander de Graeff, et al		Alteración de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta previa en el diagnóstico para determinar estado depresivo.</li> </ul>
Lindsey E. Vickery, et al	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> </ul>	Dolor psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo psicológico a la familia</li> </ul>
Mary Jo Dropin	Ansiedad	Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de ansiedad en el preoperatorio</li> </ul>
Steve Wood, et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojo</li> <li>• Desesperación</li> </ul>	Desfiguración facial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo psicológico: escuchar al paciente.</li> <li>• Valoración con especialista de salud mental rutinaria</li> <li>• Desarrollo de programas de educación</li> </ul>

Lucy Hynds Karnell, et al.	Trastornos funcionales	Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulo de amigos y colegas</li> </ul>
Flor de María Cáceres Manrique, et al.	Temor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento</li> <li>• Dolor</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Desfiguración</li> <li>• Muerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre enfermedad y tratamiento</li> <li>• Estrategias de afrontamiento</li> <li>• Apoyo social</li> </ul>
Cherith J. Semple, et al.	Dolor emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento quirúrgico</li> <li>• Disfunción social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre enfermedad y tratamiento</li> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Psicoterapia</li> <li>• Rehabilitación de problemas funcionales.</li> </ul>

Aunque el cáncer de cabeza y cuello comprende sólo 4–6% de todos los cánceres, este requiere de atención especial. La cabeza y el cuello son sitios visibles, prominentes de la región del cuerpo que proporciona la animación el intelecto, la emoción, e identidad, pero también sirve como el principal medio para la comunicación con otros. Debido a la proximidad íntima de órganos vitales en este relativamente pequeño espacio anatómico, la cirugía como opción de tratamiento en enfermedad avanzada, necesariamente puede ser radical; la desfiguración, se refiere al levantamiento quirúrgico de tejido óseo y por lo tanto el contorno facial es permanentemente alterado.

El tratamiento de esta patología puede generar implicaciones psicosociales importantes. Los pacientes deben enfrentar muchas situaciones de stress para lo cual no cuentan con una experiencia anterior o preparación. Primero, ellos deben afrontar una vida amenazante desde el momento del diagnóstico puesto que se sigue un alterado de la apariencia facial y la pérdida o deterioro de las funciones importantes como la voz, el sabor y olor. Estos pacientes presentan como consecuencia problemas psicosociales debido a las interacciones con los demás y

la expresión emocional, lo cual depende en gran parte de la estructura y la integridad funcional de la cabeza y región del cuello.

La adaptación a la enfermedad y a los efectos del tratamiento son afectados por las estructuras de apoyo sociales; algunos estudios (Lindsey E. Vickery, et al, Lucy Hynds Karnell, et al.) han mostrado que ese apoyo social puede reducir el impacto negativo del diagnóstico y el tratamiento de cáncer y puede llevar una influencia positiva en el bienestar. Sin embargo, también se han informado de los efectos negativos que esto puede generar, aunque son muy limitadas las investigaciones realizadas respecto a este efecto. Aunque el apoyo social alternativamente recibido entre familiares, cuidadores y profesionales de salud, puede tener un impacto negativo y llevar a más sintomatología depresiva. Esta explicación esta relacionada con que el apoyo social tiene un efecto de represalia que puede dañar la autoestima de un paciente o que puede interferir con los sentimientos de autonomía personal. Pero es de destacarse que el apoyo social parece tener un efecto desalentador en el bienestar psicológico en los pacientes con cirugía por cáncer de cabeza y cuello, dependiendo del tipo de apoyo recibido. Sin embargo, un adecuado apoyo producirá la satisfacción en el paciente en relación con el bienestar y la calidad de vida teniendo en cuenta sus quejas físicas, y quizás, también en las características personales específicas.

La influencia de apoyo social puede ser afectada por el número de quejas físicas que tiene el paciente. Por ejemplo, se ha mostrado que la relación entre el apoyo y calidad de vida está relativamente relacionado, debido a que los eventos del estrés indeseables (como un diagnóstico de cáncer) pueden llevar a una sintomatología depresiva siendo el tratamiento de esta una medida para el bienestar general en pacientes tratados por cirugía de cabeza y cuello, antes de y después del tratamiento.

La cirugía por cáncer de cabeza y cuello predispone a estos pacientes a varios cambios fisiológicos, también a cambios y necesidades psicológicas (J. Rob. J. de Leeuw, et al.) ; poco es conocido, sobre el grado de ansiedad experimentado luego de la cirugía de cabeza y cuello, sin embargo se ha estudiado durante el periodo preoperatorio, la necesidad de cubrir esta necesidad de apoyo y disminuir esta situación durante el período postoperatorio temprano junto con el acompañamiento familiar; la habilidad de dominar los cambios relacionados con el tratamiento, contribuye a su vez en la reducción de la ansiedad, debido a que se tiene más claro las necesidades de cuidado que acompaña el desfiguramiento que se produce a raíz de la cirugía y las necesidades de reconocer la aceptación del defecto.

Los resultados indican que el apoyo social disponible antes del tratamiento es asociado con los síntomas depresivos presentados después del tratamiento (J. Rob. J. de Leeuw, et al.). Estos resultados sugieren que entre más atención emocional y apoyo de la apreciación del problema antes del tratamiento pueda ser beneficioso para el paciente después del tratamiento. Aunque una red social más grande no se relaciona inherentemente a la calidad de apoyo recibido, una cantidad importante de variación en los síntomas depresivos se explica por el tamaño de la red social formal antes del tratamiento. Una red social formal más grande era asociada con los síntomas menos depresivos.

Esto puede deberse a la importancia de la red profesional antes del tratamiento; la salud del paciente y el bienestar se determinan a una magnitud grande por los miembros de la red profesional como sus doctores y enfermeras, y puede sugerirse que esto implique el apoyo disponible más percibido a la larga. Los resultados sugieren fuertemente que antes del tratamiento el personal de salud necesita estar alerta a los síntomas depresivos y la red social del paciente (Flor de Maria Cáceres Manrique, et al., Cherith J. Semple, et al.); Pacientes que muestran

síntomas depresivos o una falta de apoyo emocional disponible están en el riesgo para la depresión después del tratamiento generando la necesidad de atención adicional y apoyo para prevenir mayores alteraciones psicosociales. Cuando estos pacientes tienen muchos síntomas físicos desarrollados después del tratamiento, su riesgo de ponerse deprimido es aun mayor y a ellos debe prestarse la atención especial.

Se ha demostrado en algunos estudios que el tratamiento de la depresión previo al procedimiento quirúrgico y a pesar del deterioro físico, han tenido resultados positivos con una mejora gradual del estado emocional, síntomas depresivos, y la calidad de vida global.

Todavía es importante identificar a pacientes que probablemente se deprimirán después del tratamiento para que puedan supervisarse cuidadosamente y/o se les pueda ofrecer un tratamiento apropiado que favorezca la recuperación y rehabilitación y de esta manera prevenir la depresión.

Los programas de rehabilitación deben tener en cuenta que el personal médico tiene pobre abordaje en el momento de diagnóstico de síntomas depresivos en los pacientes con este cáncer. Aunque ningún estudio ha publicado para demostrar esto todavía, el uso rutinario de una encuesta corta antes de la consulta clínica diagnóstica podría producir un efecto favorable y oportuno para la depresión en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en especial aquellos posteriormente sometidos a procedimientos quirúrgicos en donde se pueden interrogar algunas variables: la fase del tumor, sexo, los síntomas depresivos, la franqueza para discutir el cáncer en la familia, apoyo de la apreciación disponible, el apoyo emocional recibido, el tumor relacionado con los síntomas, y el tamaño de la red social informal, factores que podrían usarse para predecir qué pacientes se



deprimieron entre 6 meses y 3 años después de tratamiento (J. Rob. J. de Leeuw, et al.)

Durante y poco después del tratamiento para el cáncer el enfoque está relacionado con aspectos físicos y funcionales que genere la enfermedad en el paciente. Como resultado, el apoyo psicológico para los pacientes generalmente tiene una prioridad baja; es importante identificar en los pacientes el riesgo psicológico después del tratamiento porque puede comprometer su calidad de vida, puede aumentar la estancia del hospital, y puede llevar a nuevas complicaciones. Es importante que se tenga en cuenta el aumento de este potencial para asegurar que se satisfagan las necesidades de la familia de los pacientes para reconocer el apoyo significativo que ellos mantienen.

El apoyo social puede ser particularmente importante en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello debido a que esta enfermedad puede romper las actividades diarias como resultado de las alteraciones del habla nutrición y la estética facial. El estímulo proporcionado por los amigos y colegas del trabajo podría afectar la habilidad de un paciente de funcionar socialmente de manera favorable durante el periodo posterior al tratamiento quirúrgico ya que refuerza la posibilidad de ajuste a los cambios.

El apoyo social influye en los resultados de la calidad de vida a un grado considerado significativo clínicamente para favorecer el periodo postoperatorio. Aunque esta variable psicosocial puede modificarse con la intervención del personal de salud ya que podrían favorecer a una mejor adaptación a nivel familiar y a la interacción con los demás a pesar de las consecuencias físicas generadas. La mayoría de las respuestas de los pacientes podrían considerarse normales, dada la naturaleza de la enfermedad y sus recientes experiencias. Por esta razón, el enfoque primario del consejo de salud mental ofreció ayudar y permitirles a los

pacientes que empezaran una nueva adaptación a través del proceso de ajuste. Un primer paso en esto que parecía ser útil estaba bajo las condiciones con lo que tenía que pasar a la necesidad de estabilidad emocional con respecto a la cirugía de cabeza y cuello según opinan muchos de los pacientes.

Las estrategias recomendadas para resolver estos problemas incluyen las valoraciones regulares, las intervenciones grupales y la consistencia para dirigirse a estos problemas. Según sugieren Taylor, et al., los esfuerzos por prevenir (si es posible), evaluar el dolor y los efectos adversos secundarios a las disecciones de cabeza y cuello también pueden tener el potencial para reducir la invalidez del paciente.

Una de las ideas es proporcionar un sistema eficaz de cuidado encaminado al apoyo psicológico y las necesidades de pacientes con cirugía de cabeza y cuello, enlazados entre los especialistas de salud mental y el personal de enfermería: exige desarrollar de programas educación, asegurando la continuada, vigilancia de los pacientes. Varios de los estudios han mostrado ese entrenamiento para personal general que trabaja con los pacientes con cáncer que resultaron ser efectivos.

Las estrategias encaminadas al apoyo que se le brinda al paciente con cirugía por cáncer de cabeza y cuello, están fundamentadas en la atención desde el momento del diagnóstico para valorar con el fin de disminuir las alteraciones psicosociales arraigadas al tratamiento quirúrgico.

Es importante valorar en el paciente:

- 1) Apoyo emocional (el apoyo disponible y el apoyo emocional recibido)
- 2) La red social antes del tratamiento asociada con menos síntomas depresivos después del tratamiento
- 3) Franqueza para discutir el cáncer dentro de la familia

4) Los pacientes con cáncer que permiten la comunicación están menos deprimidos y ansiosos y perciben menos soledad.

Según Raymond Scarpa, MA, una de las estrategias que el profesional de enfermería especialista en oncología debe seguir para la atención y apoyo del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía es la siguiente:

**Gráfica 1. Roles del profesional de enfermería para atención del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía.**



Adaptación gráfica de las autoras del contenido citado por: SCARPA, Raymond, MA. Advanced Practice Nursing in Head and Neck Cancer: Implementation of Five Roles. En:Oncology Nursing Forum Vol. 31 Num. 3. Año 2004. Pág. 579 – 583.

La aplicación de los diferentes roles del profesional de enfermería en el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de cabeza y cuello está dirigido a brindar estrategias de apoyo en las siguientes áreas<sup>34</sup>:

- *Rol Administrativo*: Direccionar la atención del paciente con otras disciplinas; Organizar, planear y coordinar las diferentes disciplinas en el tratamiento del paciente.
- *Rol Educativo*: Orientar al paciente en la evolución de la enfermedad y tratamiento y en la enseñanza de técnicas de autocuidado en el momento del postoperatorio
- *Rol Asistencial*: Realizar valoración previa al tratamiento; Mantener comunicación con el paciente; Brindar acompañamiento durante tratamiento; Identificar deseos del paciente; Reducir problemas ocasionados por el procedimiento quirúrgico e Identificar los sistemas de apoyo previos y posteriores al tratamiento tanto en el ámbito social como hospitalario.
- *Rol Investigativo*: Identificar problemas del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a procedimientos quirúrgicos; Evaluar y mejorar la práctica de enfermería con ese tipo de pacientes e Investigar nuevas propuestas en busca del cuidado del paciente.
- *Rol Consultor*: Establecer criterios de recurso donde el equipo interdisciplinario pueda orientar fácilmente al paciente acerca de la evolución de la enfermedad y tratamiento.

El desafío para el futuro es asegurar que estos problemas se manejen de forma apropiada y se proporcionen normas para el cuidado y tratamiento de la salud en general en especial los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

---

<sup>34</sup> SCARPA, Raymond, MA. Advanced Practice Nursing in Head and Neck Cancer: Implementation of Five Roles. En:Oncology Nursing Forum Vol. 31 Num. 3. Año 2004. Pág. 579 – 583

## 9. CONCLUSIONES

Este estudio logró identificar las diferentes alteraciones psicológicas y sus correspondientes alteraciones sociales, así como las intervenciones de apoyo dadas para cada situación identificada en el paciente con cáncer de cabeza y cuello, alcanzando así el problema y objetivos planteados.

Se plantean cuatro influencias principales que el paciente con cáncer sometido a cirugía de cabeza y cuello puede presentar para sobrellevar la amenaza que el tratamiento de esta enfermedad les genera: 1) el conocimiento de la representación de amenaza de la enfermedad (las creencias que los pacientes tienen sobre sus enfermedades y tratamiento); 2) la reacción afectiva y 3) la reacción emocional a la enfermedad; 4) los mecanismos de afrontamiento para tratar con las emociones y factores contextuales como los papeles sociales y las normas culturales y sociales. Por consiguiente es importante resaltar que estos pacientes en mayor relevancia van a presentar alteraciones del funcionamiento físico, de la salud en general, vitalidad, cambios del entorno social, cambios en las emociones y salud mental, la presencia de nuevos síntomas y sobre todo la connotación de que la vida no es la misma de antes.

Si bien ningún factor es determinante para la presencia de alteraciones psicosociales en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía, cabe resaltar que el diagnóstico y la desfiguración facial ocasionada por el tratamiento generan en el paciente estados de depresión y aislamiento social por presencia de imitaciones físicas, restricción de las actividades fuera de casa y cambios en el estado de ánimo.

El apoyo psicosocial, juega un papel importante en la recuperación del paciente incluida su familia. Se concluyó que éste apoyo por parte del equipo multidisciplinario especialmente el de enfermería, debe realizarse en el preoperatorio identificando un diagnóstico de alteraciones mentales patológicas que puedan influir en este proceso de tratamiento, y así priorizar y dirigir el apoyo a estos pacientes durante el postoperatorio; integrar al paciente de forma que se sienta útil y disminuya la sensación de invalidez como persona y esto deje de afectar en la calidad de vida.

Las estrategias encaminadas al apoyo que se le brinda al paciente con cirugía por cáncer de cabeza y cuello, están fundamentadas en la atención desde el momento del diagnóstico para valorar con el fin de disminuir las alteraciones psicosociales arraigadas al tratamiento quirúrgico.

Es importante valorar en el paciente:

- El apoyo emocional (el apoyo disponible y el apoyo emocional recibido)
- La red social antes y después del tratamiento
- La facilidad para discutir acerca de la enfermedad

En cuanto a las estrategias específicas del profesional especialista en enfermería oncológica, están encaminadas a los roles que este desempeña tanto en el ámbito administrativo, educativo, asistencial, investigativo y de consultoría lo cual facilita el apoyo que se le brinde a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello al que se le practica cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

ARIYAN, Stephan. Cancer of head and neck. Editorial Mosby. Washington D.C., USA. 1988

BAIRD, Susan B. Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. American Cancer Society. España. 1991.

BATSAKIS, John G. Tumors of the head and neck. Clinical and pathological considerations. Second edition. Editorial Williams and Wilkins. Baltimore, USA. 1979.

BAUM, Andrew. Psychosocial interventions for cancer. American Psychological Association. Washington D.C., USA. 2002

CUBEROS de las Casas, C. Manual de Psicooncología. Editor Ariel Alarcón Prada. 2006.

DE VITA V.T., Hellman S., Rosenberg, S.A. Cancer. Principles & Practice of Oncology 6th edición. Lippincott Williams and Wilkins 2001

DIE Goyanes, Alfredo. Manual de oncología básica. Asociación española contra el cáncer. 1999.

FEE, Willard E. Head and neck cancer. American Society for Head and Neck Surgery. Editorial B.C. Decker Incorporated under the International Copyright Union. Philadelphia, USA. 1990

FLOREZ Lozano, Jose Antonio. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Editorial Edika Med. 1994.

FRIEDMAN, Dr. Robert J. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society. Segunda edición. 1996

GOMEZ Wolff, Luis Rodolfo. Cirugía - Oncología. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colômbia. 2001

HOLLAND, Jimmie C. Psycho-oncology. Oxford University Press. New York, USA. 1998.

KLEMM, Paula R. Cancer Nursing; Principles and Practice. Editorial Jones and Bartlett. Quinta Edición. 2001.

MD ANDERSON. [www.mdanderson.org](http://www.mdanderson.org)

NATIONAL CANCER INSTITUTE, en <http://www.nci.nih.gov>

SHEDD, Donald. Head and neck cancer. Rehabilitation of the cancer patient. 1998

VILADIU Quemada, P. Catalán fernandez, J.G. Tratado de medicina paliativa y tratamiento del soporte en el enfermo de cáncer. Editorial Médica Panamericana. 1996.



# **A N E X O S**

## ANEXO 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS

### ANÁLISIS DE ARTÍCULO 1

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	La influencia del apoyo social en la salud y su relación con los resultados de la calidad de vida en cáncer de cabeza y cuello. // <i>Influence of social support on health related quality of life outcomes in head and neck cancer</i>
AUTOR	Lucy Hynds Karnell, Alan J. Christensen, Eben L. Rosenthal, J. Scott Magnuson, Gerry F. Funk.
AÑO	Febrero de 2007
LUGAR	Center for Research in the Implementation of Innovative Strategies in Practice, Iowa City, Iowa
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 29, Número 2; pág. 143-146.

#### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

##### TIPO DE DISEÑO

Estudio retrospectivo longitudinal.

##### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Se realizó un análisis de diferentes estudios donde se eligieron a todos los participantes con cáncer de cabeza y cuello de los cuales se seleccionaron 394 pacientes que eran elegibles para este estudio

##### MANEJO DE DATOS

Se realizaron los análisis usando SPSS (versión 13.1) el software estadístico para representar las asociaciones significantes estadísticamente.

Se usaron 30 estudios bien validados para evaluar los resultados en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los 30 artículos en este estudio discutían aspectos separadamente anotados que afectaban la parte psicosocial del paciente como la estética, la ruptura social (qué incluye dolor, empleo, y el funcionamiento social) y la sintomatología depresiva.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

#### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 2 ( Identificación de relaciones entre variables).* La meta de este estudio era examinar la relación entre el apoyo social y el cáncer de cabeza y cuello en la calidad de vida en una de cohorte pacientes que es suficientemente grande, basados en el concepto que el amplio apoyo social reforzará la habilidad de los pacientes para recuperarse más rápidamente y ajustarse a las limitaciones del tratamiento.

#### APORTES DE CONTENIDO

Explicando estos resultados, hay varias maneras en que el aumento del apoyo social podría reforzar la habilidad funcional de un paciente. Por ejemplo, preparaciones de comida especiales proporcionadas podrían aumentar la probabilidad que un paciente con restricciones dietéticas tenga menos problemas al comer.

El estímulo proporcionado por los amigos y colegas del trabajo podría afectar la habilidad de un paciente de funcionar socialmente de manera favorable durante el periodo posterior al tratamiento quirúrgico ya que refuerza la posibilidad de ajuste a los cambios.

En conclusión, los resultados de este estudio indican que el apoyo social influye en los resultados de la calidad de vida a un grado considerado significativo clínicamente para favorecer el periodo postoperatorio. Aunque esta variable psicosocial puede modificarse con la intervención del personal de salud ya que podrían favorecer a una mejor adaptación a nivel familiar y a la interacción con los demás a pesar de las consecuencias físicas generadas.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 2

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	Una clínica de apoyo de cuidado de enfermería: el concepto de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. // <i>A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer</i>
AUTOR	Maria Larssona, Birgitta Hedelina, Elsy Athlina
AÑO	2007
LUGAR	Facultad de estudios universitarios de enfermería Norte de Norway
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	European Journal of Oncology Nursing. Edición 11. Año 2007. Pág. 49- 59.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

De campo cualitativo

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Se entrevistaron ocho informadores dos veces. No se repitieron las entrevistas con dos informadores debido a la muerte y con otros dos debido a las dificultades para colocar una segunda reunión. La primera entrevista se realizó de 1.5 – 3 meses después de que el tratamiento fue completado. La segunda entrevista que se llevó fue aproximadamente 6 meses después de la realización del tratamiento, con un resumen de la primera entrevista y la comprobación y clarificaciones de preguntas. Las entrevistas duraron entre 40 y 70 min y adoptaron un lugar cerca de la clínica con 10 informadores y en la casa de dos informadores. Ellos enfocaron en los informadores las concepciones de la importancia del cuidado a favor de la clínica y del cuidado en casa.

#### MANEJO DE DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo según 7 pasos:

1. Leyendo el material entero para obtener un cuadro global.

2. La selección de los comentarios de interés para la investigación de las tareas.
3. La comparación de los comentarios con el volumen de las entrevistas.
4. La agrupación de los comentarios.
5. La comparación de las similitudes y diferencias
6. Nombramiento de las categorías.
7. La generación de descripciones de categorías y sus relaciones mutuas.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

##### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (revisiones en busca de evidencias).* Sobre el papel de enfermería en la recuperación del tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DE CONTENIDO

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen un complejo físico y necesidades psicosociales. Estas malignidades y los tratamientos asociados tienen gran impacto en la vida diaria para aquellos pacientes, el impacto sobre la ausencia de un área del cuerpo, es fundamental para la identidad de una persona, el principio y las funciones como hablar, respirar, comer y beber.

Planear la preparación y el tratamiento es complicado y exigente para el paciente. Se debe realizar de forma individual y requiere del cuidado multidisciplinario.

Las iniciativas llevadas por enfermería en el cuidado se han desarrollado para varios grupos de pacientes de cáncer durante el tratamiento y/o la continuación. Las iniciativas se han evaluado principalmente con respecto a los resultados y la satisfacción con el cuidado, síntoma, calidad de vida y supervivencia obtenida del cuidado por medio de métodos cuantitativos. Los pacientes necesitan el conocimiento, cuidado y apoyo relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

Los pacientes enfatizaron que las enfermeras eran la fuente primaria de conocimiento y consejo práctico con respecto a los problemas nutritivos durante la trayectoria entera de cuidado y se previnieron problemas relacionados a la desnutrición de esta manera.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 3

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	Invalidez en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. // <i>Disability in Patients With Head and Neck Cancer</i>
AUTOR	Joseph C. Taylor, Jeffrey E. Terrell, David L. Ronis, Karen E. Fowler, Carol Bishop, Michael T. Lambert, Larry L. Myers, Sonia A. Duffy.
AÑO	Junio de 2004
LUGAR	Affairs Medical Centers and the University of Michigan Hospital
IDIOMA	Ingles
MEDIO DE PUBLICACION	Revista Archives of otolaryngology head and neck surgical. Vol 130. Año 2004

### 2. INFORMACION METODOLOGICA

#### TIPO DE DISEÑO

De campo correlacional

#### POBLACION Y MUESTRA

Población total 994 pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello del Veterans Affairs Medical Centers and the University of Michigan Hospital

Criterio de exclusión: 322 que no trabajaban durante el diagnóstico inicial, 260 no tenían diagnóstico definitivo después de 3 meses y 28 con imposibilidad para desarrollar la encuesta realizada.

En total 384 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión

#### MANEJO DE DATOS

Las estadísticas que se utilizaron fueron descriptivas (los medios y frecuencias) se analizó el tipo demográfico, clínico, tratamiento, conducta de salud, y características de la calidad de vida. Las asociaciones entre las variables independientes, incluso las

variables demográficas, tiempo desde el diagnóstico de cáncer, la localización del cáncer, el estadio del cáncer, la modalidad de tratamiento: radiación, quimioterapia, paciente fumador, el consumo del alcohol, y las características de depresión eran determinadas. 2 pruebas se usaron para las variables categóricas, y se usaron las pruebas para el intervalo de las variables niveladas.

La regresión lógica fue usada para multiplicar los análisis y determinar las asociaciones con la invalidez.

Los datos eran dobles entrados en una base de datos de Microsoft Acceso; analizó usando el software de SAS (SAS Instituya Inc, Cary, NC).

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXION

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

##### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 2 (Identificación de relación entre variables):* porque la variable de la cirugía de cabeza y cuello actúa directamente sobre los aspectos psicológicos de los pacientes. Se comprobó que si cumple un papel importante en las alteraciones psicológicas de las personas en el postoperatorio de cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DEL CONTENIDO:

El cáncer tiene la incidencia más alta de deterioro del trabajo, relacionado a las condiciones médicas crónicas, incluyendo las úlceras, la depresión mayor, el desorden de pánico, y complicaciones cardíacas. Se ha mostrado que los problemas orales, la depresión, la actividad física disminuida, y el pobre aumento de la nutrición y las desigualdades para la invalidez en el cáncer de cabeza y cuello pueden resultar en un aumento de cargas financieras para el individuo, la familia, y su sociedad.

Las principales características en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía son el dolor, la fatiga, y la depresión siendo las áreas que implicaban mayor invalidez en la calidad de vida.

La razón para la invalidez puede explicarse por las diferencias en las ocupaciones y los ambientes en el lugar de trabajo y el nivel educativo, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se encontró que la depresión esta fuertemente unida a la calidad de vida y el desarrollo social y de trabajo.

Así la causalidad no puede demostrarse. Aunque puede parecer lógico, por ejemplo, la disección del cuello, la quimioterapia, y el dolor, pueden causar al paciente la invalidez; no está necesariamente claro, por ejemplo, la depresión podría llevar a la invalidez, o la invalidez a la depresión.

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sufrido quimioterapia o disección del cuello, tienen los niveles de dolor más altos generando la invalidez debida al tratamiento.

De los pacientes que sufrían disección del cuello como parte de terapia, más de la mitad era inválido puesto que habían aumentado los niveles de dolor, la debilidad, y pérdida global de funciones; el dolor también podría limitar la habilidad de un paciente de trabajar.

Las estrategias recomendadas para resolver estos problemas incluyen las valoraciones regulares, las intervenciones grupales, consistencia para dirigirse a los problemas, intervención rigurosa para dirigirse a estos problemas.



## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 4

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	La experiencia de incorporar la salud mental en el cuidado del paciente después del tratamiento para los cánceres de la cabeza y cuello. // <i>Experience of incorporating a mental health service into patient care after operations for cancers of the head and neck</i>
AUTOR	Steve Wood, Jonathan I. Bisson
AÑO	2004
LUGAR	University Hospital of Wales, Heath Park, UK
IDIOMA	Ingles
MEDIO DE PUBLICACION	Revista British journal of oral and maxillofacial surgery. Año 2004. Vol 42; pág. 149 —154

### 2. INFORMACION METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

De campo descriptiva

#### POBLACION Y MUESTRA

Cincuenta y ocho pacientes de un total posible de 63 que fueron visitados por la enfermera. Treinta y seis pacientes eran masculino (62%), y 20 eran femeninos (38%). La edad rango 23—88 años. Los pacientes eran un porcentaje representativo de todos los pacientes con tratamiento del cáncer de cabeza y cuello por el departamento de cirugía maxilofacial.

#### MANEJO DE DATOS

Las estadísticas que se utilizaron proporcionando la asistencia comprendida del cuidado por una enfermera de salud mental. La enfermera de salud mental ofreció la rutina de apoyo psicológica de pacientes, una semana postoperatoria usando el Impacto de Balanza de Evento (IES), una encuesta que cubre la tensión traumática de los síntomas, y la ansiedad y la depresión de estar en el Hospital, el apoyo psicológico general después del tratamiento.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

##### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (revisión en busca de evidencias):* porque la enfermera durante 18 meses investiga los comportamientos psicosociales de los pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello y durante ese tiempo realiza un seguimiento por medio de entrevista.

##### APORTES DEL CONTENIDO:

El principal riesgo psiquiátrico que se producen del diagnóstico y tratamiento de cáncer de cabeza y cuello son la depresión, ansiedad, y los problemas sexuales. Una reciente revisión concluyó que la depresión ocurre en 16—25% de pacientes recientemente diagnosticados con cáncer y los episodios depresivos mayores serios en un 5—6%. El desorden de ansiedad generalizado se desarrolla en un 10% de pacientes con cáncer, y 25% de estos pacientes con problemas de imagen corporal desarrollan dificultades sexuales.

Muchos de los pacientes tienen necesidades psicológicas relacionadas directamente con estos problemas de depresión y ansiedad. Las personas expresaron a menudo la ansiedad en la hospitalización y la magnitud de la recuperación, particularmente sobre recobrar las funciones básicas como tragar y hablar que tenían previamente, la depresión la relacionaron con la desfiguración facial y con respecto a su desarrollo en la sociedad, y en su trabajo.

Los pacientes expresaron una amplia gama de respuestas emocionales, como desesperación, estoicismo, enojo, incomprensión, ansiedad y miedo. Las actitudes de los pacientes hacia el futuro también variaron, algunos eran realistas y positivos, otros temerosos, y otros, poco optimistas.

Discutiendo los problemas rutinarios del área psicosocial las enfermeras generales serían capaces de identificar las más grandes necesidades de estos pacientes. Esto permitiría un acercamiento del cuidado encaminado a los pacientes específicos con cáncer de cabeza y cuello que se envían para valoración de salud mental o intervención por un especialista de salud mental. Se piensa en una valoración rutinaria de todos los pacientes por una enfermera, proporcionando un sistema eficaz de cuidado encaminado para las necesidades de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Un primer paso en esto que parecía ser útil, es enfocarse en la necesidad de estabilidad emocional con respecto a la cirugía de cabeza y cuello entre los especialistas de salud mental y el personal de enfermería lo cual exige desarrollar programas de educación.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 5

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	Práctica de enfermería en cáncer de cabeza y cuello: La aplicación de Cinco roles. // <i>Advanced Practice Nursing in Head and Neck Cancer: Implementation of Five Roles</i>
AUTOR	Raymond Scarpa, MA
AÑO	2004
LUGAR	Universidad de medicina y odontología de New Jersey , U.S.A.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Oncology Nursing Forum Vol. 31 Num. 3. Año 2004. Pág. 579 – 583

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Estudio de caso

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Un hombre de 53 años que presentó queja de dolor en la cavidad oral de dos meses de duración. Su historia social era significativa durante 60 años uso del tabaco y el consumo del alcohol moderado. El examen físico reveló una profunda lesión levantada aproximadamente 4 x 2 centímetros en el molar del área del triángulo con la extensión hacia la base de la lengua lateral correcta. Su cuello no tenía ninguna adenopatía palpable.

#### MANEJO DE DATOS

Se realizaron estudios de caso donde una variable que era la intervención de enfermería en su rol como cuidadora actuaba sobre otra variable que era el comportamiento o la recuperación de estos pacientes.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

##### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (revisiones en busca de evidencias).* Sobre el papel de enfermería en la recuperación del tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DE CONTENIDO

Los pacientes enfrentan los problemas psicológicos, fisiológicos, y sociales con respecto al diagnóstico y tratamiento. La calidad de vida y supervivencia de estos pacientes es directamente dependiente en su habilidad de ser autosuficientes en ciertas áreas de su cuidado. Un acercamiento multidisciplinario coordinado puede identificar disponibilidad de los recursos, proporcionar el cuidado óptimo y facilitar el desarrollo de habilidades de supervivencia para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

El equipo multidisciplinario debe incluir cirujanos de cabeza y cuello, cirujanos maxilofaciales, los oncólogos clínicos, radioterapeutas, radiólogos, especialistas en rehabilitación, nutricionistas, servicio social y enfermeras. El trabajo en equipo es crítico a la aplicación de intervenciones que llevan al desarrollo de habilidades de supervivencia en este grupo selecto de pacientes. Las enfermeras oncologas son los miembros esenciales de este equipo multidisciplinario, puesto que comienzan y evalúan la efectividad de habilidades de autocuidado que se enseñaron antes, durante y después de la hospitalización para asegurar la calidad los resultados en los pacientes.

La habilidad de facilitar la comunicación de las intervenciones entre otras disciplinas, como el cuidado de la lactancia postoperatorio, permite un resultado exitoso.

Un momento de drama puede ocurrir después de la intervención quirúrgica. Los pacientes reconocen que ellos ya no pueden comunicar, comer o respirar de la misma manera que ellos hicieron en el preoperatorio y deben de igual manera enfrentarse a las alteraciones faciales que se generan. La motivación ara los pacientes y cuidadores está en enseñarles las nuevas habilidades de supervivencia para los múltiples factores desencadenantes, como el miedo, los niveles de tensión, las experiencias pasadas, los estados cognoscitivos y afectivos y las creencias de salud. De esta manera se pueden establecer metas mutuamente aceptables entre los pacientes y sus cuidadores.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 6

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado
AUTOR	Flor de Maria Cáceres Manrique, Floribel Bohórquez Caballero, Henry Mauricio Puerto Pedraza, Diana Smith Hernández
AÑO	2004
LUGAR	Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, Colombia
IDIOMA	Español
MEDIO DE PUBLICACION	Revista MedUNAB. Vol. 7. Num. 21. Diciembre de 2004. Pág. 161 - 165

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Ensayo clínico controlado

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Se realizó un Ensayo Clínico Controlado (ECC). La población objeto fueron personas que iniciaron tratamiento para el cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga entre septiembre de 2003 y febrero de 2004.

Los criterios de inclusión fueron tener conocimiento del diagnóstico médico, iniciar tratamiento oncológico, ser mayor de 18 años, tener el diagnóstico de temor con al menos dos características definitorias, siendo una de ellas "identifica la fuente del temor", y haber obtenido un puntaje menor o igual a 3.5 en la etiqueta resultado control del temor. Los criterios de exclusión fueron tener alteraciones en el nivel de conciencia, enfermedad mental, limitaciones para verbalizar y tener compromiso severo en su estado de salud.

#### MANEJO DE DATOS

Se calculó en Stata 7 una muestra de 27 personas, 9 para el grupo intervención y 18 para el grupo control (razón 1: 2), teniendo en cuenta un poder de 0.8, error alfa de

0.05, delta esperado de 0.5 y desviación estándar de 0.4 y 0.5 para cada uno de los grupos. Los pacientes se asignaron a cada grupo a medida que se hallaban por medio de aleatorización por bloques. La persona encargada de asignar los participantes era ajena al estudio.

Para el análisis se elaboró una base de datos digitada por duplicado en Epi Info 6.04; se utilizó Stata 7.0 para el análisis final. Se hizo análisis de covarianza (ANCOVA) para ajustar los puntajes finales de los resultados de la etiqueta control del temor CRE, por los puntajes iniciales, la edad y el género de los participantes. Se consideró que había diferencias significativas entre los grupos cuando los IC95% de los resultados de CRE final no se traslapaban y la p era menor de 0.05.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

##### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (revisiones en busca de evidencias).* Se buscaba determinar la eficacia de la intervenciones de enfermería para disminuir el temor en los pacientes con tratamiento para cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DE CONTENIDO

El resultado de esta investigación confirma los hallazgos de tres estudios realizados por la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander para el control del temor en personas sometidas a procedimientos quirúrgicos, donde se encontró aumento en la etiqueta control del temor relacionado con: muerte, enfermedad, tratamiento, dolor, aislamiento y desfiguración.

Las intervenciones realizadas estaban orientadas a informar sobre la enfermedad, efectos secundarios de los tratamientos, estrategias de afrontamiento y control, cambios en la imagen corporal, adiestramiento en técnicas de relajación y aumento en el apoyo social. Demostraron que las intervenciones psicosociales diseñadas en un principio para mejorar la calidad de vida, aumentaban la sobrevida en más de 18.9 meses respecto al grupo control; una intervención psicosocial es efectiva para la reducción de estrés, dolor y sufrimiento del tratamiento oncológico y enfermedad en los pacientes intervenidos

Como conclusión, se encontró que las intervenciones de enfermería son eficaces para el control del temor en las personas que inician tratamiento para el cáncer. Se recomienda continuar haciendo investigación usando proceso de enfermería y método epidemiológico para mejorar el conocimiento y evidencia en la profesión, contribuir al reconocimiento de la enfermería como ciencia y mejorar la calidad del cuidado a la persona, familia y comunidad.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 7

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	Intervenciones psicosociales para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. // <i>Psychosocial Interventions for Patients with Head and Neck Cancer</i>
AUTOR	Cherith J. Semple, Kate Sullivan, Lynn Dunwoody, W. George Kernohan,
AÑO	2004
LUGAR	School of Nursing and School of Rehabilitation Science, University of Ulster, Newtownabbey, Northern Ireland.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista Cancer Nursing, Vol. 27, Núm. 6. Año 2004. Pág 434-441.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Revisión documental

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Se revisaron 12 estudios relacionados con la intervención psicosocial en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello determinando su efectividad

#### MANEJO DE DATOS

Revisión de diferentes estudios que respondían al tema de investigar factores asociados con trastornos psicosociales y las medidas de manejo.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

#### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 ( Revisión en busca de evidencias ).* Formulaciones de relaciones entre las investigaciones y deducción de similitudes entre estas.

## APORTES DE CONTENIDO

Generalmente, el término calidad de vida abarca todos los aspectos de bienestar de los pacientes y puede incluir el impacto de las normas vivientes y los factores medioambientales. La valoración de la calidad de vida se ha defendido como un medio de traducir la respuesta de un paciente al tratamiento.

El cáncer de cabeza y cuello es a menudo asociado con niveles altos de dolor emocional que se manifiesta en disfunción psicosocial. Dentro de la literatura, es evidente que el bienestar psicosocial u otros dominios específicos como la actuación, se interpretan mal en los estados como la calidad de vida.

Hay varias categorías distintas de intervenciones que han sido empleadas para los pacientes con cáncer, a saber, la educación, el apoyo emocional, y psicoterapia; as intervenciones psicosociales proporcionan un efecto positivo global ante la calidad de vida y aunque algunas intervenciones han fallado tal vez se logre el resultado deseado.

Los pacientes en el grupo experimental tenían 10 entrenamientos, las sesiones de 2 duraciones de las horas que cubrió el tratamiento de la desfiguración y los problemas psicológicos y los problemas con el habla y la alimentación. En el grupo experimental, los datos mostraron la reducción significativa en la ansiedad social y mejoras en la confianza en sí mismo.

Por consiguiente, un tiempo limitado a la intervención psicosocial, usando las técnicas cognoscitivas y conductuales por profesionales entrenados, descubriendo los desórdenes afectivos, puede demostrar más beneficio reduciendo el trastorno psicosocial y reforzando la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.



## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 8

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	El impacto y la desfiguración facial del cáncer de cabeza y cuello en la calidad de vida de pacientes y sus compañeros. // <i>The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners</i>
AUTOR	Lindsey E. Vickery, Gary Latchford, Jenny Hewison, Maggie Bellew, Tricia Feber.
AÑO	Abril de 2003
LUGAR	Cookridge Hospital, Leeds, United Kingdom
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 25, Número 4; pág. 289-295.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Diseño de tipo descriptivo

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Los pacientes y sus compañeros que asisten al Cookridge Hospital, Leeds, United Kingdom clasificaron en uno de dos grupos dependiendo del tratamiento que ellos habían recibido: los que habían recibido cirugía y los que habían recibido radioterapia. Los sitios del tumor elegibles para la inclusión en el estudio fueron la cavidad oral, laringe, hipofaringe y orofaringe.

El estudio sostuvo seis criterios de elegibilidad para la participación: los pacientes no mostraron ninguna señal de enfermedad recurrente de 6 a 18 meses posterior al tratamiento, todos los pacientes habían recibido la misma dosis de radioterapia todos los participantes estaban actualmente en una relación con un compañero, y la relación se estableció antes del diagnóstico de cáncer, los pacientes quirúrgicos tenían que haber sufrido un procedimiento quirúrgico, pero la naturaleza exacta del procedimiento podría variar, dependiendo del sitio del tumor. 87 pacientes se encontraron el criterio de la inclusión. Treinta y seis (41%) rechazó participar, quedando 51 participantes.

## MANEJO DE DATOS

Se entrevistaron pacientes y compañeros separadamente dentro de sus casas en una ocasión. Los datos demográficos incluían edad, el género, el origen étnico, la ocupación, y detalles de otras dificultades de salud.

Los datos estadísticos se analizaron en SPSS de Windows. Los niveles de importancia estadística fueron calculados en 5% de probabilidad.

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

#### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (Revisión en busca de evidencias).* El estudio buscó investigar la calidad de vida de pacientes y sus compañeros. El estudio también buscó determinar si la calidad de vida de pacientes o su compañero dependiendo del tratamiento que ellos habían recibido.

#### APORTES DE CONTENIDO

La investigación ha empezado a reconocer el impacto de diagnóstico de cáncer y tratamiento en la familia del paciente recientemente. Se sugiere que la pareja puede experimentar las demandas de la enfermedad de una manera similar al paciente, y se ha encontrado que las parejas experimentaron niveles superiores de dolor emocional que el paciente.

La ansiedad y la depresión son pertinentes tanto para pacientes como para familiares porque atrae la atención vivamente al impacto del diagnóstico y tratamiento en el compañero. Este estudio ha mostrado eso en algunos compañeros en quienes es más vulnerable al dolor psicológico que en el paciente. Varias explicaciones podrían responder de este hallazgo. La experiencia de enfermedad y tratamiento es claramente diferente para familiar; ellos no están enfrentando una amenaza a su propia mortalidad pero se enfrentan con la perspectiva de perder a su familiar. Tal perspectiva puede inducir sentimientos de impotencia, porque ellos son incapaces de tomar un papel directo de luchar contra el cáncer. Los resultados también demuestran que no se está poniendo una carga adicional en la relación entre el paciente y el compañero. Puede ser que la calidad de la relación entre el paciente y el compañero sea de actuar como un pulidor contra el impacto psicológico del cáncer.

Debe notarse, sin embargo, que la calidad de vida de pacientes y compañeros puede variar debido a que no es una entidad estática y es cambiante con el tiempo. Además, el estudio tenía un tamaño de la muestra relativamente pequeño, con varias personas elegibles que rechazan participar. Puede ser que aquéllos que escogieron no participar hicieron porque ellos estaban experimentando la dificultad significativa a sus circunstancias.

El estudio resalta el impacto significativo de cáncer y su tratamiento en los compañeros de los pacientes. Es importante que se tenga en cuenta el aumento de este potencial para asegurar que se satisfagan las necesidades de la familia de los pacientes para reconocer el apoyo significativo que ellos mantienen a los pacientes.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 9

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	El ajuste psicosocial en el cáncer de cabeza y cuello: el impacto de la desfiguración, el género, y el apoyo social. // <i>Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support</i>
AUTOR	Mark R. Katz, Jonathan C. Irish, Gerald M. Devins, Gary M. Rodin, Patrick J. Gullane.
AÑO	Febrero de 2003
LUGAR	Toronto General Hospital y Princess Margaret Hospital, Toronto, Canadá.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 25, Número 2; pág. 103-111.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Estudio de estadística inferencial utilizando análisis paramétrico coeficiente de correlación de Pearson y Chi cuadrado.

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La muestra fue de conveniencia de 112 pacientes con cáncer de cabeza y cuello De estos 112 pacientes, 82 estaban de acuerdo en participar; 21 pacientes se negaron a participar en el estudio. Todos los pacientes se habían tratado quirúrgicamente habían estado libres de la enfermedad activa en el momento de valoración.

#### MANEJO DE DATOS

Después de obtener el consentimiento informado, se procedió a realizar una entrevista semiestructurada. Los análisis estadísticos incluyeron estadísticas descriptivas, las estadísticas paramétricas para ordinal incluso las pruebas del coeficiente de correlación de Pearson y las pruebas chi-cuadrado para los datos categóricos.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

##### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 (Revisión en busca de evidencias).* El propósito de este estudio era examinar el impacto psicosocial de la desfiguración, género, y el apoyo social después del tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DE CONTENIDO

Este estudio se examinó la relación entre la desfiguración, el género y el apoyo social, Un efecto principal significativo en el bienestar se encontró para el apoyo social; los individuos que informaron niveles superiores de apoyo social informaron niveles superiores de bienestar teniendo en cuenta el género, el apoyo social y la magnitud de la desfiguración posterior al procedimiento quirúrgico. Aunque cabe anotar que las mujeres que presentan niveles altos de apoyo social no tienen influencia alguna en el bienestar, debido a la desfiguración ocasionada por el tratamiento quirúrgico lo cual generaba mayor alteración que en los hombres.

El hallazgo de un efecto principal significativo como es la desfiguración en la depresión es consistente tanto en hombres como en mujeres

Colectivamente, estos resultados pueden indicar que el apoyo social facilita la adaptación diferentemente al cáncer entre los hombres y mujeres puesto que genera mayor importancia para las mujeres debido a complejos generados a raíz del desfiguramiento facial y la afección de la felicidad ya que en este sentido se percibe de manera más importante que en los hombres.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 10

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	La predicción de depresión 6 meses a 3 años después del tratamiento de cáncer de cabeza y cuello. // <i>Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer</i>
AUTOR	J. Rob. J. de Leeuw, Alexander de Graeff, Wynand J. G. Ros, Geert H. Blijham, Gert-Jan Hordijk, Jacques A. M. Winnubst.
AÑO	Octubre de 2001
LUGAR	Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 23, Número 10; pág. 892-897.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Diseño de estadística inferencial, utilizando análisis paramétrico MANOVA, junto con el Coeficiente de correlación de Pearson.

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Los pacientes eran elegidos para este estudio si tenían cáncer de la cavidad oral, garganta o laringe, sin haber tenido el cáncer antes, tuvieran una comprensión buena del idioma holandés, y menores de 80 años. Ellos tuvieron que ser sometidos a cirugía y/o radioterapia con un intento curativo.

De 260 pacientes referidos al Centro Médico Universitario de Utrecht, de los Países Bajos, 56 se negaron a participar en el estudio (22%). Se excluyeron datos de siete pacientes de los análisis extensos debido a la muerte (n = 5) o incumplimiento (n = 2), produciendo 197 elegible y pacientes de por lo menos 6 meses continuos posteriores al tratamiento. Como consecuencia de la muerte e incumplimiento el número de pacientes se disminuyó a 171 a 1 año, 139 a 2 años, y 123 a 3 años después de la salida de tratamiento.

## MANEJO DE DATOS

Los pacientes respondieron una encuesta poco antes del tratamiento y 6 meses, 1, 2, y 3 años después. SPSS para Windows 6.0 fue usado para realizar MANOVA con el tiempo para las medidas repetidas como una prueba para los cambios depresivos y el cáncer relacionados con el funcionamiento físico. usando los estándares de análisis de regresión para estimar la probabilidad de ponerse deprimido a algún punto después del tratamiento.

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

#### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 2* (Identificación de relaciones entre variables). Debido a que se pretende: 1) determinar el nivel de síntomas depresivos y el predominio de posible depresión a 3 años después de finalizado el tratamiento para cáncer de cabeza y cuello y 2) determinar qué factores del pre-tratamiento pueden usarse para identificar a los pacientes con riesgo de depresión tres años después del tratamiento.

#### APORTES DE CONTENIDO

Éste es el primer estudio probable en que los pacientes se siguieron durante 3 años después del tratamiento y en que se usaron las variables para predecir la depresión a 3 años después del tratamiento; una historia de depresión antes del tratamiento es un predictor importante de síntomas depresivos después del tratamiento.

Se seleccionaron cuatro variables de apoyo social para el riesgo de depresión después del tratamiento: 1) apoyo emocional (el apoyo disponible y el apoyo emocional recibido) 2) la red social antes del tratamiento asociada con menos síntomas depresivos después del tratamiento, 3) franqueza para discutir el cáncer dentro de la familia, 4) pacientes con cáncer que permiten la comunicación están menos deprimidos y ansiosos y perciben menos soledad.

“Los síntomas físicos relacionados con el tumor eran asociados con los síntomas más depresivos después del tratamiento. Por ejemplo, el cáncer avanzado era asociado con más síntomas depresivos después del tratamiento. La relación entre la fase del tumor y los síntomas depresivos están conforme con el hallazgo de la severidad de enfermedad.”

“Sin embargo, algunos pacientes todavía pueden tener o pueden desarrollar síntomas psicológicos después de un año de tratamiento. Relativamente poco es conocido sobre las consecuencias a largo plazo del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello en el paciente, y ningún solo factor de riesgo consistentemente fuerte se ha encontrado para la alteración psicosocial. “

Se encontraron y seleccionaron ocho variables: la fase del tumor, sexo, los síntomas depresivos, la franqueza para discutir el cáncer en la familia, apoyo de la apreciación disponible, el apoyo emocional recibido, el tumor relacionado con los síntomas, y el tamaño de la red social informal, factores que podrían usarse para predecir qué pacientes se deprimieron entre 6 meses y 3 años después de tratamiento.

Se encontró un predominio alto de dolor psicológico 7 a 11 años después del tratamiento para el cáncer de cabeza y (31%). aproximadamente un tercio de los pacientes tiene un probable desorden de humor con consiguientes trastornos de ansiedad

En el caso de las mujeres síntomas depresivos eran consistentes con otros resultados que muestran niveles superiores de dolor emocional y más inconvenientes para el ajuste psicológico.

Durante y poco después del tratamiento para el cáncer el enfoque está relacionado con aspectos físicos y funcionales que genere la enfermedad en el paciente. Como resultado, el apoyo psicológico para los pacientes generalmente tiene una prioridad baja; es importante identificar en los pacientes el riesgo psicológico después del tratamiento porque puede comprometer su calidad de vida, puede aumentar la estancia del hospital, y puede llevar a nuevas complicaciones.

Más investigación tiene que ser hecha para determinar si una intervención ofrece a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello disminución del riesgo de ponerse deprimido después del tratamiento y el impacto que esto tiene en la calidad de vida, con la disminución de los síntomas depresivos

Otros estudios sin embargo, no encontraron las diferencias significantes en las respuestas psicológicas entre los hombres y mujeres.



## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 11

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	La ansiedad, Cubriendo las Estrategias y conductas en Pacientes que Sufren Cirugía de Cáncer de Cabeza y Cuello. // <i>Anxiety, Coping Strategies, and Doping Behaviors in Patients Undergoing Head and Neck Cancer Surgery</i>
AUTOR	Mary Jo Dropin.
AÑO	2001
LUGAR	Hospital Universitario plaza Brooklyn, U.S.A.
IDIOMA	Ingles
MEDIO DE PUBLICACION	Revista Cancer nursing. Vol. 24 Num. 2. Año 2001. Pág. 143- 148

### 2. INFORMACION METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

De campo Descriptivo

#### POBLACION Y MUESTRA

75 adultos en el preoperatorio de cirugía desfigurativa de cabeza y cuello.

La edad fue de 37–82 años, con una edad promedio de 61 años. 70% (n 53) de los participantes eran los hombres; 30% (n 22) eran mujeres. La muestra tenia alto nivel educativo y estado socioeconómico.

#### MANEJO DE DATOS

El estudio era dirigido a un centro urbano de cáncer. La aprobación era obtenida por la Tabla de la Revisión Institucional. Antes de la cirugía, los pacientes elegibles fueron visitados por el investigador e informados del propósito del estudio, naturaleza de participación, la confidencialidad, y acuerdo acerca de la libertad para retirarse en cualquier momento. El consentimiento informado escrito se obtuvo de todos los asuntos probables antes de a la entrada en el estudio. A lo largo del curso de la investigación, los derechos y dignidad de todas las respuestas eran cuidadosamente protegidas.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

#### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

##### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación: 3 (formulación de relaciones tentativas):* ya que busca describir las relaciones entre la ansiedad del preoperatorio y uso de las estrategias de autocuidado en el postoperatorio en pacientes que presentan desfiguración facial por cirugía de cáncer de cabeza y cuello.

##### APORTES DEL CONTENIDO:

El cáncer de cabeza y cuello frecuentemente se describe como el más emocionalmente traumático de todo los cánceres. Muchos paciente sostienen la morbilidad similar con el tratamiento de cáncer, pero la desfiguración facial y el trastorno asociado con la cirugía por cáncer de cabeza y cuello predispone a estos pacientes a varios cambios fisiológicos y a cambios y necesidades psicológicas.

Poco es conocido, sobre el grado de ansiedad experimentado, sin embargo, el posible efecto de ansiedad es la ineffectividad para el autocuidado luego del procedimiento quirúrgico, lo cual genera situaciones de invalidez.

Los resultados sugieren que la actuación de tareas de autocuidado que realizaban los familiares, ayuda a la reducción en la ansiedad y que esta relación aumenta con el tiempo.

Es necesario abordar los trastornos de ansiedad previos al tratamiento con el fin de disminuir el aislamiento social que presente el paciente por su estado actual posterior al procedimiento quirúrgico.

Las recomendaciones para la investigación incluyen el uso de un tamaño de la muestra más grande así como una descripción detallada del proceso de recuperación siguiente al tratamiento para cáncer de cabeza y cuello.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 12

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO	La predicción de sintomatología depresiva después del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello: la influencia previa al tratamiento a nivel físico y de los síntomas depresivos contemplando el apoyo social. // <i>Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre.treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support.</i>
AUTOR	J. Rob J. de leeuw, Alexander de Graeff, Wynand J. G. Ros, Geert H. Blijham, Gert-Jan Hordijk, Jacques A. M.Winnubst
AÑO	Diciembre de 2000
LUGAR	Centro Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 22, Número 8; pág. 799-806.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Diseño de estadística inferencial, utilizando análisis paramétrico MANOVA.

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Los pacientes eran elegidos para este estudio si tenían cáncer de la cavidad oral, garganta o laringe, sin haber tenido el cáncer antes, tuvieran una comprensión buena del idioma holandés, y menores de 80 años. Ellos tuvieron que ser sometidos a cirugía y/o radioterapia con un intento curativo.

De 260 pacientes se referidos al Centro Médico Universitario de Utrecht que se encontró el criterio de la inclusión, 56 se negaron a participar en el estudio (22%) y se excluyeron datos de 49 pacientes de los análisis debido a metástasis durante el primer año después del tratamiento (n = 31), muerte de otras causas (n = 6), quedando finalmente 155 elegidos para el estudio.

## MANEJO DE DATOS

Los pacientes respondieron una encuesta poco antes del tratamiento y 6 meses, 1, 2, y 3 años después. SPSS para Windows 6.0 fue usado para realizar MANOVA con el tiempo para las medidas repetidas como una prueba para los cambios depresivos y el cáncer relacionados con el funcionamiento físico. usando los estándares de análisis de regresión para estimar la probabilidad de ponerse deprimido a algún punto después del tratamiento. Se realizaron los análisis de regresión múltiple para examinar si los síntomas depresivos a 6 y 12 meses

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

#### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 4 ( Revisión en busca de evidencias )* La investigación pretende mediante revisión de otras investigaciones realizadas determinar la influencia de la sintomatología depresiva previa al tratamiento y la respuesta del paciente posterior al procedimiento quirúrgico.

#### APORTES DE CONTENIDO

El cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento pueden afectar la parte física y bienestar psicosocial generando cambios en la calidad de vida. Aunque la mayoría de los pacientes adaptará con éxito su diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad varios pacientes no lo hacen, y muchas perturbaciones del humor se pueden presentar a raíz de esta experiencia. La depresión es un común pero no la reacción universal al cáncer, y se piensa que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son especialmente vulnerables debido a la ocurrencia frecuente de síntomas físicos y funcionales y mutilaciones después del tratamiento.

Las variables del tratamiento estaban significativamente asociados con los síntomas depresivos en una o ambas medidas después del tratamiento. Los síntomas depresivos y los síntomas físicos relacionados con el cáncer antes del tratamiento eran más fuertemente asociados con los síntomas depresivos después del tratamiento. Al igual que el tamaño tumoral que generaba mayores síntomas depresivos dependiendo la desfiguración facial ocasionada.

El número de síntomas depresivos antes del tratamiento pueda explicarse por el estrés generado en el período después del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. Este período se ha mostrado que puede ser emocionalmente más estresante que el período durante y después del tratamiento. El tratamiento puede relacionarse a la ocurrencia de síntomas depresivos, por consiguiente el tipo de procedimiento quirúrgico se relaciona directamente a la fase del tumor. Esto puede explicarse por el hecho que el tratamiento frecuentemente produce síntomas físicos temporales o permanentes y limitaciones funcionales.

Los resultados indican que el apoyo social disponible antes del tratamiento es asociado con los síntomas depresivos presentados después del tratamiento. Estos resultados sugieren que entre más atención emocional y apoyo de la apreciación del problema antes del tratamiento pueda ser beneficioso para el paciente después del tratamiento. Aunque una red social más grande no se relaciona inherentemente a la calidad de apoyo recibida, una cantidad importante de variación en los síntomas depresivos se explica por el tamaño de la red social formal antes del tratamiento. Una red social formal más grande era asociada con los síntomas menos depresivos. Esto puede estar debido a la importancia de la red profesional antes del tratamiento. Antes del tratamiento, la salud del paciente y el bienestar se determina a una magnitud grande por los miembros de la red profesional como sus doctores y enfermeras, y puede sugerirse que esto implique el apoyo disponible más percibido a la larga

Los resultados sugieren fuertemente que antes del tratamiento el personal de salud necesita estar alerta a los síntomas depresivos y la red social del paciente. Pacientes que muestran síntomas depresivos o una falta de apoyo emocional disponible están en el riesgo para la depresión después del tratamiento generando la necesidad de atención adicional y apoyo para prevenir mayores alteraciones psicosociales. Cuando estos pacientes tienen muchos síntomas físicos desarrollados después del tratamiento, su riesgo de ponerse deprimido es aun mayor y a ellos debe prestarse la atención especial.

## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 13

### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO	Factores previos al tratamiento que predicen la calidad de vida después del tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello. // <i>Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer</i>
AUTOR	Alexander de Graeff, J. Rob J. de Leeuw, Wynand J. G. Ros, Gert-Jan Hordijk, Geert H. Blijham, Jacques A. M. Winnubst.
AÑO	Julio de 2000
LUGAR	Departamentos de Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial, y Radioterapia del Centro Médico Universitario de Utrecht, Países Bajos.
IDIOMA	Inglés
MEDIO DE PUBLICACION	Revista : Head And Neck. Volumen 22, Número 4; pág. 398-405.

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

Diseño de estadística inferencial, utilizando análisis paramétrico MANOVA.

#### POBLACIÓN Y/O MUESTRA

Los pacientes fueron elegidos para el estudio si presentaban carcinoma escamocelular de cabeza y cuello. Para restringir el número de las variables relacionadas como el sitio, fase, y tratamiento, los pacientes eran divididos en 4 grupos con el cáncer de la laringe tratado con radioterapia (grupo 1), cavidad oral u orofaringe tratados con cirugía (grupo 2), la cavidad oral u orofaringe tratados con cirugía y radioterapia (grupo 3), y la hipofaringe o laringe tratados con cirugía y radioterapia (grupo 4).

Durante el período de la inclusión (mayo de 1994 a junio de 1996) 260 pacientes se encontraron el criterio de la inclusión. Cincuenta y seis pacientes se negaron a participar en el estudio. Se excluyeron datos de 51 pacientes del análisis durante el primer año después del tratamiento debido repetición, a metástasis (n = 33), muerte de otras causas (n = 6), incumplimiento (n = 11), o los datos incompletos (n= 1), produciendo 153 elegibles.

## MANEJO DE DATOS

Los datos que usaron el paquete estadístico SPSS-para Windows se analizaron; MANOVA para las medidas repetidas se usó para la comparación de los medios de todas las escalas de calidad de vida (QOL) de La Organización europea para la Investigación y Tratamiento de Cáncer (EORTC) junto con la escala de los síntomas depresivos en general de la población.

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### JUZGAMIENTO METODOLÓGICO

#### NIIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 2 (Identificación de relaciones entre variables).* Debido a que se pretende establecer relación entre los factores previos al diagnóstico que puedan generar en el paciente estados depresivos después del tratamiento.

#### APORTES DE CONTENIDO

La edad no tiene mayor influencia en las alteraciones de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello excepto en la fatiga debido a que afecta el funcionamiento físico, el habla y la facilidad para comer; a mayor edad mayor los inconvenientes La edad más vieja predijo las más peores cuentas significativamente para el funcionamiento físico y social.

En este estudio se pretendió explicar que previo al tratamiento los factores relacionados a la enfermedad determinan la situación de los pacientes después del tratamiento. La presencia de síntomas depresivos antes del tratamiento fue un predictor mayor de síntomas físicos aumentados posteriores a la fase quirúrgica sin tener en cuenta el género y la edad.

La interacción entre calidad de vida y depresión por lo que se refiere a la causa y el efecto es complejo. Varias posibles explicaciones existen para una correlación negativa entre calidad de vida y depresión. Primero, los factores que llevan a la aparición del cáncer de cabeza y cuello: el abuso de sustancias, estado socio-económico bajo, un nivel bajo de educación, y una red social pobre es asociada a situaciones depresivas. Segundo, las secuelas físicas de la enfermedad y su tratamiento (en particular el dolor y desnutrición) puede llevar a los síntomas depresivos. En este modelo, la depresión se considera como un indicador de afección a la calidad de vida. Se supone que esto es la causa principal de morbosidad psicosocial en estos pacientes según la literatura.

La depresión puede llevar a los síntomas físicos (fatiga, anorexia, y/o pérdida de peso) indistinguible de aquéllos causados por cáncer de cabeza y cuello. Es más, un humor deprimido tendrá una influencia negativa probablemente en el tratamiento de las personas con esta patología sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Los programas de rehabilitación deben tener en cuenta que el personal médico tiene pobre abordaje en el momento de diagnóstico de síntomas depresivos en los pacientes con este cáncer. Aunque ningún estudio aleatorizado se ha publicado para demostrar esto todavía, el uso rutinario de una encuesta corta antes de la consulta clínica diagnóstica podría producir un efecto favorable y oportuno para la depresión en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en especial aquellos posteriormente sometidos a procedimientos quirúrgicos.



## ANÁLISIS DE ARTÍCULO 14

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO	Influencias negativas y positivas del apoyo social en la depresión de pacientes con cáncer de la cabeza y del cuello: un estudio anticipado. // <i>Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study.</i>
AUTOR	J.R.J. De Leeuwa, A. De Graeffb, W.J.G. Rosa, G.J. Hordijkc, G.H. Blijhamb And J.A.M. Winnubst
AÑO	2000
LUGAR	University Medical Centre Utrecht, Utrecht, Netherlands
IDIOMA	Ingles
MEDIO DE PUBLICACION	Revista Psycho- Oncology. Vol 9; pág. 20–28. Año 2000

### 2. INFORMACION METODOLÓGICA

#### TIPO DE DISEÑO

De campo

#### POBLACION Y MUESTRA

Los pacientes elegidos para este estudio tenían carcinoma celular de la cavidad oral, la garganta, o laringe, con tratamiento de radioterapia o de cirugía con intención curativa del Hospital Universitario de Utrecht , pacientes que tuvieran un entendiendo bueno del idioma holandés y fueran menores de 80 años.

De los 208 pacientes que eran elegibles para el estudio, cinco pacientes se murieron y seis pacientes negaron la participación dentro de los primero 6 meses, produciendo 197 pacientes. El promedio de la edad era 58.8 años. 158 pacientes (78%) eran hombres. Ochenta y cinco pacientes (43%) recibió radioterapia y 112 (57%) tuvo cirugía con o sin la radioterapia.

## MANEJO DE DATOS

Los pacientes rellenan una encuesta comprensiva poco después el diagnóstico, pero antes del tratamiento, y 6 meses después. La encuesta contuvo los temas en el apoyo social, los síntomas depresivos.

Se usó para realizar los tests de prueba la correlación y la regresión múltiple, los análisis para evaluar las relaciones entre el los aspectos diferentes de apoyo social y depresivo, los síntomas y la cantidad de variación explicó la sintomatología depresiva medida antes y después del tratamiento.

## 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN

### *JUZGAMIENTO METODOLÓGICO*

#### NIVEL DE INTERPRETACIÓN

*Nivel de interpretación 3 (formulación de relaciones tentativas):* ya que se pretende examinar la influencia de del apoyo social en la depresión de pacientes con cáncer de la cabeza y del cuello.

#### APORTES DEL CONTENIDO:

El cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento pueden tener implicaciones psicosociales importantes. Los pacientes deben cubrir con muchas situaciones de stress si no se tiene ninguna experiencia anterior o preparación.

Primero, ellos deben enfrentarse con un vida amenazante desde el diagnóstico por la consiguiente apariencia facial y la pérdida o deterioro de las funciones importantes como el habla, el comer, el sabor y olor. Estos pacientes presentan como consecuencia problemas psicosociales porque las interacciones sociales y la expresión emocional dependen en gran parte de la estructura y la integridad funcional de la cabeza y región del cuello.

Antes del tratamiento, tres tipos de apoyo recibido (el apoyo emocional en las situaciones de estrés, el apoyo informativo e instrumental) estaban relacionados positivamente a los síntomas depresivos posteriores al tratamiento.

Después del tratamiento, todos los aspectos de apoyo disponibles están relacionados con la sintomatología depresiva. Una red social informal grande puede ser asociada con menos síntomas depresivos.