

Intervención psicológica en cirugía del cáncer colorrectal.

Mucci, María, Besada, Mabel, García, Susana Beatriz, Lado, María Cristina y Font, María Cecilia.

Cita:

Mucci, María, Besada, Mabel, García, Susana Beatriz, Lado, María Cristina y Font, María Cecilia (2005). *Intervención psicológica en cirugía del cáncer colorrectal. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/122>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/KZa>

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Mucci, María; Besada, Mabel; García, Susana Beatriz; Lado, María Cristina; Font, María Cecilia
Sección Salud Mental, Hospital Gral. de Agudos "Dr. José M. Penna", Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resumen

Fundamentos: Los efectos psicológicos de la cirugía del cáncer colorrectal son escasamente investigados. El impacto emocional afecta a los pacientes, que pueden presentar conflictos que afectarán aspectos biopsicosociales de su vida. Objetivo: Describir y examinar la percepción de enfermos portadores de cáncer colorrectal; analizar el estado de ansiedad preoperatorio; identificar los componentes de amenaza percibida; registrar el mecanismo de negación y la información médica recibida. Ámbito de aplicación: División Cirugía general, Hospital "Dr. José M. Penna" Diseño: Investigación exploratoria. Medidas de evaluación: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger. Población: 64 sujetos de ambos sexos, 32 mujeres y 32 varones afectados por cáncer colorrectal, sometidos a cirugías programadas. Edad promedio: mujeres: 60.9 años; varones 53.2 años. Método: Entrevistas psicológicas. STAI. Variables: Información percibida, Estado de Ansiedad preoperatorio, Negación, Amenaza percibida. Resultados: 71.9% recibieron información distribuida: Insuficiente 29.7%; Adecuada 39.1%; Excesiva 3.1%. Sin información: 28.2%. Ansiedad: el 64.2% se opera con un Estado de Ansiedad alto. Negación 56.1% del grupo. Amenaza percibida: miedo al futuro 73.4%; preocupación individual 78.1%. Conclusiones: Señalar la importancia de las reacciones psicológicas efecto de la enfermedad, los tratamientos, del significado que otorga el paciente, su familia y el contexto sociocultural. Plantear la necesidad de un abordaje interdisciplinario.

Palabras Clave

cáncer cirugía información

Abstract

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON COLORECTAL CANCER SURGERY

Aims: The investigations about psychological effects of colorectal cancer surgical treatment are limited. The emotional impact of the illness and its surgical indication implies conflicts for the patient in the biopsychosocial aspects of his life. Objective: to describe and to examine how the surgical population perceives the information; its effect in the preoperative state of anxiety, as well as in the negation mechanism and identify the threat perceived. Application place: Surgical Division, Penna Hospital, Buenos Aires, Argentina. Design: exploratory investigation. Population: 64 patients of both sexes, 32 women and 32 males affected by colorectal cancer. Age average women 60.9 years; males 53.2 years. Method: psychological interviews. Administration of STAI. Variables: perceived information, preoperative state of anxiety, negation mechanism, perceived threat. Results: 71.9% received information, according to these items: Insufficient 29.7%; Appropriate 39.1%; Excessive 3.1%. Were found without information, 28.2%. Anxiety: 64.2% of the group had a high state of anxiety. Negation was demonstrated in the 56.1% of the patients. Perceived threat: future's fear 73.4%; individual preoccupations 78.1%. Conclusions: to point out the importance of psychological effects colorectal cancer surgical treatments, illness's meaning for the patient, his family and sociocultural context. To emphasize the necessity of interdisciplinary work.

Key words

cancer surgery information

Introducción

Evaluar los resultados de una cirugía en términos objetivos, implica omitir el impacto emocional, con que una enfermedad y sus tratamientos afectan la vida de los pacientes. Es el caso de las patologías oncológicas y, entre estas, el cáncer colorrectal, la neoplasia digestiva más habitual y la segunda en frecuencia para ambos sexos. Su pronóstico aun es insatisfactorio ya que, muchos enfermos, son diagnosticados cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado. El tratamiento primario es quirúrgico y los enfermos pueden presentar conflictos que afectan aspectos biopsicosocioculturales de su vida.

La bibliografía sobre los efectos en el psiquismo de la cirugía del cáncer colorrectal con una eventual colostomía es escasa, en comparación con las abundantes investigaciones en oncología mamaria. Oades-Souther y Olbrisch (1984), concluyen que, ante la adaptación a la colostomía, los pacientes presentan 3 tipos de problemas: emocionales, sociales y con relación a la sexualidad. Thomas y cols. (1987) evalúan que 1 de cada 5 pacientes colostomizados, desarrolla desajustes emocionales y cambios en sus roles familiares, laborales y sociales. Concluyen que ello no necesariamente se relaciona con el diagnóstico de cáncer.

En la primer investigación sistemática sobre el tema, Bekkers y cols. (1995) plantean que la colostomía genera un impacto en la vida del enfermo quien afronta una cirugía compleja, la distorsión de su imagen corporal, cambios en el funcionamiento físico y cuidados personales, que requieren un proceso de adaptación. Concluyen que el paciente enfrenta una doble amenaza: una enfermedad grave y las consecuencias mutiladoras y funcionales de la cirugía, para señalar que, algunos pacientes, no pueden afrontar ambas amenazas simultáneamente.

Por su parte, White y Hunt, (1997) identifican cuatro factores en la morbilidad psíquica postoperatoria: historial psicopatológico, insatisfacción con la preparación preoperatoria, complicaciones postoperatorias y pensamientos y creencias negativas sobre la colostomía relacionados con el distrés psicológico. En tal sentido, la percepción del cuerpo indemne y el sistema de creencias son esenciales para comprender la adaptación y/o el desajuste ante la ostomía (White y Unwin, 1998).

El objetivo del trabajo es presentar un informe de avance de los resultados de una investigación exploratoria con pacientes adultos afectados por carcinoma colorrectal, internados en la División Cirugía general del Hospital Gral. de Agudos "Dr. José María Penna" para describir la percepción de enfermos sometidos a cirugías curativas o paliativas; analizar el estado de ansiedad preoperatorio; conocer los componentes de amenaza percibida de la situación; identificar el mecanismo de negación y la calidad de la información médica recibida.

Metodología y sujetos: Para identificar las variables, se analiza el material que se obtuvo de entrevistas conducidas por el Equipo de Psicoprofilaxis quirúrgica. La metodología incluye: relevar datos sociodemográficos; examinar diferencias según género; medir el Estado de Ansiedad prequirúrgico y su relación con las variables asignadas. Las técnicas seleccionadas fueron: 1) Entrevistas libres y semipautadas; 2) Administración del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Luego que el paciente explica "porqué está internado y de qué será operado", se registran las expresiones significativas que aporta. A ello se agregan datos

registrados en la recorrida de sala y la lectura de la historia clínica.

Se diseñó una combinatoria para investigar relaciones y diferencias entre las variables señaladas. Los datos se desagregaron por variables: a) Información percibida; b) Variabilidad AE; c) Mecanismo de negación; d) Amenaza percibida.

Como criterio de inclusión se seleccionaron enfermos operados por el mismo cirujano. La población está conformada por 64 pacientes: 32 mujeres (50%) y 32 varones (50%) La edad promedio en mujeres es de 60.9 años, un DE +- 14 y un rango de 21 a 84 años. Para varones la edad promedio es de 53.2 años, un DE de +- 13.1 y un rango de 23 a 68 años. 17 enfermos (26.6%), 10 mujeres (15.6%) y 7 varones (11%) no tenían experiencias quirúrgicas previas, ni presentaban otras enfermedades asociadas. 1 paciente mujer (1.6%) y 2 varones (3.1%) fallecieron durante la internación.

Las variables sociodemográficas consideradas son: nacionalidad, estado civil, número de hijos, escolarización y nivel ocupacional.

En las variables de la enfermedad, sobre N = 64, la localización anatómica del tumor fue: Cáncer de colon: 23 (35.9%); Cáncer de colon recidivado 6 (9.4%); Cáncer de recto 30 (46.9%); Cáncer de recto recidivado 5 (7.8%) Según sexo la localización fue: en mujeres: Cáncer de colon 13 (20.3%); Cáncer de colon recidivado 2 (3.1%); Cáncer de recto 14 (21.9%); Ca. recto recidivado 3 (4.7%) En varones: Cáncer de colon 10 (15.6%); Ca. colon recidivado 4 (6.3%); Cáncer de recto 16 (25%); Ca. Recto recidivado 2 (3.1%)

El (18.7%) de los enfermos fueron intervenidos quirúrgicamente con técnicas que implicaban colostomía definitiva: 7 mujeres (10.9%) y 5 varones (7.8%); otros 4 (6.2%); con colostomías temporarias 2 (3.1%) mujeres y 2 varones (3.1%)

También se consideran las variables intrapersonales (personalidad, historial médico, sucesos vitales estresantes, estilo de afrontamiento, significado que atribuye a la situación) y recursos interpersonales (redes de apoyo familiar y social).

Resultados

Variable Información: 46 pacientes (71.9%) recibieron información, que fué categorizada como: Insuficiente, Adecuada, Excesiva. El 28.1% del grupo, 18 enfermos, refieren: "No tener información"; "No saber qué tienen"; "No saber qué les van a hacer".

19 enfermos (29.7%) expresan disconformidad con la información preoperatoria que consideran "insuficiente". Se detectan pensamientos y creencias negativas sobre la enfermedad, la colostomía y su impacto en la vida cotidiana. 14 pacientes, (21.9%) tuvieron la posibilidad de preguntar y aclarar dudas durante la internación. Dos pacientes mujeres, (3.1%), evidencian exceso de información, producto de haberla recabado ellas mismas con recursos no médicos.

Variable Ansiedad: La medida de la AE del grupo, muestra que respondieron con: "AE alta" 26 pacientes (40.7%); con "AE moderada" 15 enfermos (23.5%); con "AE leve / ausente" 23 pacientes (36%) Las mujeres respondieron con "AE alta" 14 (21.9%); con "AE moderada" 9 (14.1%); con "AE leve / ausente" 9 (14.1%) Los varones respondieron con "AE alta" 12 (18.8%); "AE moderada" 6 (9.4%); con "AE leve / ausente" 14 (21.9%)

Variable Negación: El mecanismo de negación, se registró en 33 pacientes (51.6%) 20 mujeres (31.3%) y 13 varones (20.3%) Su presencia se interpreta como un rechazo "funcional" ante la realidad de la amenaza. El paciente deja de pensar en la enfermedad y, desde una "evitación positiva", considera que su pronóstico es bueno. Por su carácter funcional, la negación puede orientarse a la enfermedad en si o bien, aun en conocimiento del diagnóstico, para suprimir emociones de ira, ansiedad, angustia y postergar el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Variable Amenaza Percibida: Esta variable combina la

susceptibilidad (percepción subjetiva de riesgo influenciada por rasgos de optimismo o pesimismo) y severidad (gravedad de la enfermedad) que responde al sistema de creencias en salud. Ambas se expresan en miedos y preocupaciones asociados a la enfermedad y la cirugía en sus vertientes presencia / ausencia. Los miedos expresados por N = 64 enfermos, fueron: Futuro 73.4%; Diagnóstico 65.6%; Dolor 51.7%; Anestesia 50% y Muerte 48.4%. En mujeres: Futuro 35.9%; Diagnóstico 34.4%; Anestesia 26.6%; Dolor 25%; Muerte 18.8%. Para los varones: Futuro 37.7%; Diagnóstico 31.3%; Muerte 29.7%; Dolor 26.6%; Anestesia 23.4%.

Con relación a las preocupaciones percibidas por el grupo, se distribuyeron así: Individual 78.1%; Familiar 71.9%; Laboral 65.6%; Sociocultural 32.8% y Religiosas 4.7%. Para las mujeres: Individual 37.5%. %; Familiar 34.4%; Laboral 29.7%; Sociocultural 14.1%; Religiosas 3.1%. En los varones, Individual 40.6%; Familiar 37.5%; Laboral 35.9%; Sociocultural 18.8%; Religiosas 3.1%.

Discusión:

Una enfermedad médica es una crisis de salud aguda que se instala en forma disruptiva y actúa como bisagra en la vida de una persona. El desequilibrio biopsicosociocultural que implica conduce al enfermo a una adaptación adecuada o a una respuesta inadaptada que conlleva un trastorno emocional transitorio que puede transformarse en estable. El "timing" de una enfermedad, según el momento del ciclo vital, es importante. En un adulto amenaza los roles que desempeña y sus proyectos. En los adultos mayores, podría minimizarse en función del deterioro cognitivo que modifica su estilo de afrontamiento. (Moss, 1989)

Las Reacciones ante el diagnóstico varían caso por caso. Superado el momento inicial de miedo, confusión y angustia, los pensamientos oscilan desde "No es nada" a "Tengo miedo que sea lo peor"; "¿Por qué a mí?"; "¿Por qué me tiene que pasar ahora?"; "Yo prefiero no despertar de la operación"; "¿Y por qué a mí no?"

Peter Maguire (2002) considera que la especificidad del diagnóstico de cáncer es un momento crítico, que lo diferencia de otras enfermedades médicas. Lo categoriza desde perspectivas múltiples: incertidumbre, búsqueda de sentido, sentimiento de fracaso, estigma, aislamiento, tratamientos aversivos.

En la población descrita, la "incertidumbre" -denominador común a todos los enfermos - se relaciona con la posibilidad de recurrencia, un desenlace incierto, falta de control de la situación, que propicia sentimientos de desamparo y desesperanza: "No puedo hacer nada, nadie puede ayudarme" La persona tiende a hacer interpretaciones negativas de la información. Según Jimmie Holland (2003) "aprender a vivir con incertidumbre se convierte en la clave al tener que enfrentarse al cáncer".

La "búsqueda de sentido" posibilita adjudicar un significado sobre cómo llegaron a enfermar, esto revela aspectos que pueden intensificar y precipitar conflictos en aspectos referidos a pérdidas, duelos no elaborados, culpa y castigo (Postone, 1998) El "sentimiento de fracaso" se proyecta en una falla orgánica, inseguridad en sí mismo y, a veces, en el contexto. La enfermedad como "estigma" despierta sentimientos de discriminación. La tendencia al "aislamiento" del paciente con respecto a la familia y los contextos sociales, provoca la privación de relaciones afectivas y sociales. Los efectos de los "tratamientos aversivos" obstaculizan la adaptación psíquica del enfermo quien teme mas a los tratamientos posteriores que a la operación en sí.

La cirugía del cáncer colorrectal, con eventual colostomía, es una operación técnicamente compleja, que afectará una parte importante del aparato digestivo. En una cirugía radical, como la operación de Miles, el EA intensifica un estado de ánimo depresivo posquirúrgico al implicar cambios en la calidad y estilo

de vida por la incapacidad funcional derivada de la pérdida de la actividad intestinal normal, modificaciones en la imagen corporal y riesgo de vida.

En caso de ser definitiva, la colostomía facilita desajustes psicológicos por la no-aceptación del estoma; alteración de la imagen corporal; disminución de la autoestima y el autoconcepto; conflictos con la sexualidad; depresión, ansiedad, aislamiento e inhibición social, conflictos familiares ya que las familias asumen posiciones polarizadas de protección y lástima o bien con distancia y aislamiento. Los pacientes manifiestan sentimientos de vergüenza y culpa. Evitan mirar la colostomía y tienen dificultades para manejar la higiene y los cambios. Refieren preocupaciones específicas sobre: ruidos, olor, derrames, pérdidas, cambios en la apariencia personal, visibilidad de la colostomía, percepción del rechazo de los otros. ¿Qué significado le otorga? Una apariencia negativa presente en pensamientos, imágenes, emociones y conductas de la discrepancia entre el ideal y la realidad con respecto a sus atributos físicos. Esta construcción multidimensional constituye la llave para entender por qué reacciona como reacciona.

Es decir, con una derivación colostómica definitiva, el paciente "sufre psíquicamente" sus efectos físicos que se adicionan a los asociados a la enfermedad de base y los tratamientos coadyuvantes. La adaptación es un proceso gradual. No se produce durante la recuperación del procedimiento quirúrgico. Es necesaria la recuperación emocional donde la participación en situaciones sociales y el retorno al trabajo son difíciles de aceptar.

Conclusiones:

Se describió un grupo de N = 64 pacientes adultos portadores de cáncer colorrectal sometidos a cirugías complejas como la operación de Miles, que exige un ajuste psicológico considerable. Una característica de importancia es que todos fueron operados por el mismo cirujano. Otra particularidad es que ningún paciente rechazó la "oferta" de abordaje psicológico con la técnica de la Psicoprofilaxis quirúrgica.

Dentro del grupo, se observan variaciones según la localización del tumor, los niveles de información, el estado de ansiedad preoperatorio, la presencia/ausencia de colostomía, la amenaza percibida desde miedos y preocupaciones.

Una elevada proporción de pacientes, casi dos tercios, registra un nivel adecuado de información. Esto es significativo para pacientes oncológicos, ya que incide en ello la relación cirujano-paciente.

El 64.2% se opera con un Estado de Ansiedad alto a moderado y sólo un 36% se interviene con niveles leves bajos.

El 51.6% de los enfermos niega en cierto sentido su diagnóstico o el procedimiento y sus efectos. Ello refleja la respuesta emocional a la información diagnóstica.

En síntesis, la "travesía del cáncer", al decir de Jimmie Holland (2003) se acompaña por reacciones psicológicas, miedos y preocupaciones que son efecto de los síntomas de la enfermedad, los tratamientos, del significado que a dichos factores les otorga el paciente, su familia y el contexto sociocultural.

Por todo ello, para atenuar el impacto del cáncer sobre la persona es imprescindible un abordaje que tenga en cuenta la perspectiva de integración interdisciplinaria.

Remor, P. Arranz, S. Ulla (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario, Barcelona, DDB, 2003.

4. Holland, J., Lewis, S. La cara humana del cáncer. España, Herder, 2003.

5. Maguire, P., Pitceathly, C. "Key communication skills and how to acquire them", Brit. Med. J. 325: 697-700, 2002.

6. Moos, R.H. Coping with physical illness, New York, Plenum, 1989.

7. Mucci, M. Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia Interdisciplinaria, Buenos Aires, Paidós, 2004.

8. Murphy, G.P., Lawrence Jr., W., Lenhard Jr., R.D. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society. O.P.S., 1996.

9. Oades-Souther D., Olbrisch M.E. "Psychological adjustment to ostomy surgery", Rehabilitation Psychol 29:221-237, 1984.

10. Postone, N.: "Psychotherapy with cancer patients" Amer J Psychother 52 (4): 412-424, 1998.

11. Thomas C., Madden F., Jehu D. Psychological effects of stomas - I. Psychosocial morbidity one year after surgery, J Psychosom Research 31 (3): 311-316, 1987.

12. Trentham-Dietz, A., Remington, P.L., Moynour, J.M., y cols. "Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors" The Oncologist 8 (4): 342-349, 2003.

13. White C.A., Hunt, J.C. "Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery", Ann R Coll Surg Engl 79: 3-7, 1997.

14. White C.A., Unwin, J.C. "Post-operative adjustment to surgery resulting in the formation of a stoma: the importance of stoma-related cognitions", Brit J Health Psychol 3:85-93, 1998.

15. White C.A.: "Body Image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model", Psycho-oncology 9: 183-192, 2000.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barredo, C., Covaro, J.A., Mucci, M. y cols. (2002) "Efectos de la información médica en la población quirúrgica adulta", (trabajo leído en la Academia Argentina de Cirugía en la sesión del 17 julio 2002) (inédito)

2. Bekkers, M.J.T.M., van Knippenberg, F.C.E., van den Borne, H.W., van Berge-Henegouwen, G.P.: Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of Self-Efficacy, Psychosomatic Med. 58:183-191, 1996

3. Die Trill, M.: "Intervención psicológica en un servicio de oncología" en E.