



IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ORAL EN PACIENTES DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Trabajo de grado

Ayda L. Zarza Mora

Jesus A. Marmol

Investigador principal: Martha Carmona
Especialista en Estomatología Universidad de Buenos aires
Maestría en Educación Universidad del Norte

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Enero de 2017

Cartagena de Indias D.T. y C.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1. CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.....	12
1.2. ASPECTO PSICOLOGICO Y EL CANCER ORAL.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. MARCO TEÓRICO.....	17
4.1. FACTORES DE RIESGO.....	17
4.2. REPERCUSIONES INDIVIDUALES.....	18
4.3. DIAGNOSTICO PRECOZ.....	19
4.4 CANCER Y LA FAMILIA.....	21
4.5. CANCER Y EL APECTO SOCIAL.....	23
4.6. ASPECO ECONOMICO Y EL CANCER ORAL	24
4.7. ASPECTO ESPIRITUAL Y RELIGIOSO EN PACIENTES CON CANCER ORAL.....	27
5. METODOLOGÍA.....	36
5.1. INSTRUMENTO.....	36
5.2. ANALISIS ESTADISTICO.....	38
5.3. CONSIDERACIONES LEGALES Y ETICAS.....	38

6. RESULTADOS.....	39
7. DISCUSIÓN.....	43
8. CONCLUSIONES.....	46
9. RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	53
LISTA DE GRAFICOS.....	54
INSTRUMENTO.....	55

RESUMEN

ANTECEDENES: El cáncer oral conlleva para el individuo, la familia y las personas que lo rodea un cambio rotundo en su vida. Vivir con cáncer para la mayoría de las personas es el desafío más grande jamás enfrentado generando cambios en su rutina, pensamientos y relaciones. Ser diagnosticado con cáncer oral implica cambios a nivel psicológico, social y espirituales que ayudaran o empeoraran el estado de salud del paciente.

OBJETIVO: analizar cómo afecta, el cáncer oral psicológicamente, emocionalmente, económica e incluso espiritualmente los pacientes diagnosticados con esta patología en la Ciudad de Cartagena. **MATERIALES Y**

METODOS: estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, con una muestra de 6 sujetos diagnosticados con cáncer oral en la ciudad de Cartagena. La información sobre los cambios en las diferentes dimensiones se recolecto mediante una encuesta estructurada, la cual contaba con preguntas de selección múltiple.

RESULTADOS: se evidencio la presencia de múltiples cambios en las personas diagnosticadas con cáncer oral, algunos más notables que otros pero reconociendo todos en que ese diagnóstico cambio sus vidas desde el aspecto social, económico, laboral y espiritual de las personas que padecen esta enfermedad, por lo general manifestando diferentes sentimientos o estados anímicos tales como rabia, frustración, negación o incluso depresión los cuales influyeron en su diario vivir. **CONCLUSIONES:** se demostró que si se dan cambios y que el cáncer oral como en los otros tipos también tiene consecuencias, generando cambios en la vida de las personas que son diagnosticadas.

PALABRAS CLAVES: cáncer oral, diagnostico, calidad de vida, estilo de vida

(Decs)

INTRODUCCION

El impacto del diagnóstico de cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar, social es enorme. Las necesidades y demandas a las que se ven sometidos son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos¹.

Las estimaciones mundiales revelan que el cáncer oral varía de 1 a 10 casos por 100.000 Personas en la mayoría de los países. Está clasificado como el undécimo cáncer más común en todo el mundo, lo que representa 130.000 muertes cada año. Casi el 50% de los pacientes con cáncer oral de Centros de salud en etapa avanzada de la enfermedad. En Pacientes con Cáncer oral se observó diferencias en la prevalencia del riesgo específico de la enfermedad, factores de riesgo, accesibilidad y disponibilidad de Medidas de diagnóstico, factores socioeconómicos y demográficos de la población. Múltiples factores socio-demográficos relacionados con los hábitos, Factores de riesgo como el género masculino, las personas de edades mayores, Situación socioeconómica y, tabaco fumado / no fumado;

Alcohol; infección por el virus del papiloma humano; Sexo oral y susceptibilidad genética son atribuidos como factores de posible causa en la aparición del cáncer oral².

En la Campaña mundial para reducir al mínimo la carga de Cáncer, retos diversificados como la baja conciencia entre las personas; mal conocimiento entre

¹ FINCK BARBOZA, C.; FORERO FORERO, M. J. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2011, vol. 3, no 1, p. 07-27.

² ANTUNES FREITAS, Daniel, et al. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. *Revista Cubana de Estomatología*, 2011, vol. 48, no 2, p. 156-161.

los médicos; diagnóstico en estadios avanzados; inaccesible modalidades de tratamiento, Medios de comunicación de masas; inaccesibilidad a centros de salud / Profesionales de la salud capacitados y dilemas asociados a los métodos de cribado.

Se deben planificar estudios a gran escala para obtención de los datos epidemiológicos de distribución, deben dirigirse contra los factores de riesgo para minimizar la morbilidad y la prevalencia de cáncer que ha aumentado en la sociedad contemporánea, debido, entre otras cosas, al aumento de la expectativa de vida de la mujer. Actualmente en el mundo el cáncer ocupa el primer lugar de todas las localizaciones para ambos sexos. Colombia muestra la más alta tasa de incidencia según principales localizaciones, así como la más alta tasa de incidencia de cáncer en población femenina de 40 y más años de edad (MINSAP). En Estados Unidos, Bloom y colaboradores señalaron que la tercera parte de los cánceres son diagnosticados antes de los 50 años de edad (Bloom). Esta enfermedad, como todas las crónicas, mereció una particular atención en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento a la misma. Los aportes de la psicología de la salud facilitaron la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como de aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de estas patologías (Hernández & cols). El objetivo último de esta investigación es ayudar al afrontamiento y socializar cuales fueron los cambios observados en pacientes diagnosticados con cáncer oral desde el aspecto social, espiritual, familia y psicológico³. Las ciencias de la salud deben contribuir a lograr personas sanas y a potenciar los niveles de calidad de vida en aquellas que padecen algún tipo de enfermedad. De hecho, la calidad de vida en los enfermos crónicos y en grupos especiales de riesgo ha sido objeto de estudio en las últimas

³ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2011, vol. 47, no 006.

décadas. En particular el bienestar psicológico, como dimensión subjetiva de la calidad de vida⁴.

Casi todos los autores coinciden en señalar que los sufrimientos psicológicos dependerán de la edad, el entorno familiar, laboral y social, y de características de personalidad, así como de la estrategia de afrontamiento al estrés de la enfermedad que la paciente desarrolle (Borbón & Beato, 2002)

Las necesidades psicológicas del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, de las pruebas, tratamientos médicos y de la fase de enfermedad que esté viviendo. Las principales necesidades emocionales detectadas son: seguridad, principalmente a través de la confianza en el equipo y en su familia; pertenencia, reconocimiento de sus posibilidades; de sentirse aceptado y comprendido; sentirse querido, recibir y dar afecto; comprensión y aceptación de los demás, saber que es importante a pesar de su enfermedad y de encontrar un sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Todo ello llevo a que la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la comunicación, ya que con ella se aumenta la seguridad, la confianza y la esperanza.

Estas necesidades, comunes a todos los enfermos y en todas las culturas, indican un modo concreto de actuar en la intervención que no es exclusiva del psicólogo, sino también desde otros ámbitos y especialidades. Se podría establecer una atención de calidad al enfermo de cáncer conociendo y tener siempre presentes sus necesidades emocionales ya que se garantizaría el mantenimiento de una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia de problemas

⁴ . VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria García; BLANCO, Maritza Gonzalez. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 2010, vol. 25, no 1, p. 72-80.

emocionales (ansiedad y depresión) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar⁵.

.El diagnóstico de cáncer se sitúa existencialmente en el borde de una experiencia crítica en la que sólo nombrarlo da un sentido de amenaza a la integridad tanto física como psíquica en la que el sujeto fácilmente se verá desbordado y superado por un caudal de acontecimientos que le seguirán y para los cuales difícilmente podría estar preparado. El hombre confrontado con las fuerzas de la vida y la muerte, se enfrenta a una verdadera crisis. Desde la salud mental, se puede observar adaptación del individuo tanto a nivel psicológico, social y biológico” (cf. Ti-zón). Se puede obtener una mejora en las capacidades de integración, afrontamiento, elaboración, creatividad si el paciente supera inconvenientes de forma satisfactoria a nivel personal causados por el diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, en determinadas situaciones y situaciones de riesgo, la crisis puede desencadenar dificultades de integración y adaptación en el ámbito biológico, psicológico y social.

Este proceso de la comunicación del diagnóstico de cáncer varía acorde a las diferencias culturales. Estudios demuestran como los criterios de no comunicación del diagnóstico se fueron modificando en las últimas décadas. Lo realizado por Oken (1961) en los Estados Unidos evidenció que el 90 % de los médicos preferían no decir la verdad a sus pacientes, sin embargo, Novack (1979) hace una réplica del estudio anterior y reportó que el 92 % de los médicos preferían comunicar al paciente su enfermedad; Holland (1987) encontró en países de

⁵ . YÉLAMOS, C.; FERNÁNDEZ, B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. *Manejo del cáncer en atención primaria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2009, p. 267-84.

África, España, Hungría, Japón, Panamá y Portugal que más del 60 % de los médicos no revelaban el diagnóstico a su paciente y en países como Austria, Dinamarca, Holanda y Finlandia más del 80 % de los médicos revelaba la verdad al enfermo y en países como Francia e Italia existía la tendencia a comunicar la verdad sólo a la familia, para que ésta sea quien decida la conveniencia o no de informar al paciente⁶.

En Cuba el 28% de los profesionales encuestados al respecto sí comunican a sus pacientes tal diagnóstico; sin embargo, a estos profesionales sí les gustaría que le informaran su diagnóstico, si fuesen los afectados, en un 97,9 % en EE.UU y en Cuba en un 75,9 % respecto al deseo de información una gran mayoría de la población en general manifestaron que si tuvieran una enfermedad grave desearía que su médico se lo dijera, a la vez que manifiestan el deseo de ocultar la información a un familiar cercano si éste se hallara en tal supuesto Esta tendencia aparece en multitud de estudios independientemente de factores sociodemográficos y culturales, aunque son resultados controversiales, ya que algunos reportaron que la mayoría de los pacientes con cáncer quieren conocer su diagnóstico mientras otros hallazgos se manifiestan en sentido contrario.

⁶ PÉREZ, Oscar García-Roco. CÁNCER BUCAL. ¿ INFORMAR AL PACIENTE?.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es un tema de creciente preocupación para la humanidad en la época actual; su diagnóstico implica alteraciones en el paciente y su entorno ya que se padece cuando se observa una clara disminución de las capacidades, una pérdida en la resistencia física, un agotamiento en la salud y en las habilidades cognitivas cambios sociales, psicológicos, económicos y de autoestima. Se dice entonces que la esperanza de vida ha disminuido de manera considerable, sin embargo, diferentes disciplinas, consideran que es natural que esto ocurra en la enfermedad y que con una oportuna detección y tratamiento integral el paciente puede gozar de una buena vida de calidad y de muchos años más de vida. De tal manera se hace necesario una reflexión de lo que se espera sea una mejor vida para las personas mayores, quienes se enfrentan a las limitaciones impuestas por el simple paso de los años⁷.

La calidad de vida vinculada a la salud presenta un carácter multidimensional. Es un concepto amplio que carece de una definición absoluta y en el que se pueden identificar distintas dimensiones. Es un concepto además en el que cobra importancia la valoración subjetiva de cada persona pero que se relaciona estrechamente con indicadores objetivos biológicos, psicológicos y sociales.

La autopercepción del estado de salud está estrechamente ligada a la situación real de la salud, de modo como un indicador confiable. En general los que autoperciben su estado de salud como buena efectivamente gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Entendiéndose por salud según la OMS estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁸.

⁷ SHRIVASTAVA, Saurabh Ram Bihari Lal; SHRIVASTAVA, Prateek Saurabh; RAMASAMY, Jegadeesh. Exploring the Impact of Public Health Measures in Prevention and Control of Oral Cancer. *International journal of preventive medicine*, 2013, vol. 4, no 11, p. 1342.

⁸ HASSANEIN, Kamal Abdel-Aal Mohamed; MUSGROVE, Brian T.; BRADBURY, Eileen. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional

Teniendo en cuenta la relevancia de un diagnóstico tan importante como es el cáncer oral se tiene la necesidad de analizar como el paciente, la familia y su entorno asumen dicho fenómeno. Para nadie es un secreto que en estas situaciones no solo el afectado es el individuo que lo padece sino todo el círculo social que lo rodea. Si se notara en nuestra vida clínica al momento de decirle a una persona que padece tal patología se observa la falta de un protocolo y de compañía de personal calificado refiriéndose a un psicólogo, trabajador social; profesionales calificados que hacen parte de un proceso en el cual no solo se debe enfocar en la parte clínica y biológica del paciente, sino también en el ámbito afectivo, psicosocial, espiritual y religioso, las cuales si son tratadas y tenidas en cuenta como aspectos fundamentales pueden convertirse en el motor para iniciar y continuar un proceso de recuperación. Ahora bien, otra situación que se presenta es el acompañamiento solo al paciente o a la persona que padece el cáncer pero este proceso debe ser realizado también en la familia sea esposo/a, padres, hijos y personas cercanas que el paciente considere que son importantes para él y que de alguna u otra manera influyan en el estado anímico, afectivo y económico que se verán afectados durante la dinámica de lo que conlleva un diagnóstico como este⁹. ¿Qué impacto se dio en los pacientes afectados de cáncer bucal diagnosticados en la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena?

status and coping mechanisms. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2005, vol. 33, no 6, p. 404-409.

⁹

GAVIRIA, Ana Milena, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 2007, no 20.

1.1. CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Los exámenes por imágenes se consideran una importante herramienta diagnóstica junto al examen físico en el cual se puede observar la extensión del tumor a nivel del tejido blando y si involucra tejido duro. Estas modalidades incluyen tomografía computarizada (TC) e imagen por resonancia magnética (IRM). El odontólogo mediante una radiografía panorámica (RP) ofrece una orientación importante de la lesión.

Se debe obtener muestras para estudio histopatológico de las lesiones sospechosas. La mayoría de las biopsias en tumores de cavidad bucal y bucofaringe son tomadas en el consultorio con el instrumental adecuado.

No se debe obviar que frente a una patología se debe instaurar la toma de biopsia y obtener un diagnóstico definitivo por medio de un estudio anatómico-patológico¹⁰.

1.2. ASPECTO PSICOLÓGICO Y EL CÁNCER ORAL

Como es de todo conocimiento público el manejo del paciente con cáncer es de una forma particular ya que es un manejo individual que depende del estado de avance de la enfermedad “en qué etapa se encuentra” y el cual casi no tiene similitud con otro tipo de enfermedades, teniendo como consigna lo anteriormente expuesto , a priori se debe ejecutar un tratamiento integral que corresponda de

¹⁰ ANDRÉS SOLANA, C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 2005, vol. 28, no 3, p. 51-57.

manera correcta a las necesidades físicas de salud y psicológicas del paciente con cáncer oral haciendo más llevadera su enfermedad y su posterior recuperación¹¹. No se olvidó otro aspecto a tener en cuenta como es el afrontamiento al diagnóstico, diversas preocupaciones correspondientes al trabajo, familia, el factor social u económico. Por lo tanto debe estar guiado por un equipo multidisciplinario capaz de enfocarlo de manera positiva en su pronta recuperación para poder superar la enfermedad ayudarlo a no tener prejuicios sobre sí mismo mejorando su autoconfianza para al termino de tratamiento y posterior recuperación vaya al mundo dispuesto a contar su testimonio, afrontar la vida con las mismas ganas y entusiasmos que antes de conocer y sobrellevar tan difícil enfermedad volviendo a ser el mismo de antes¹².

Es por ello que, hoy por hoy, surgieron disciplinas como la psicooncología con el propósito de aplicar la psicología a la intervención, docencia e investigación de una enfermedad como el cáncer. Para Hollard (1989) la psicooncología se define como una subespecialidad de la oncología que estudia las dimensiones psicológicas en el diagnóstico de cáncer como: a) el impacto del cáncer en el funcionamiento emocional del paciente, su familia y los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento; y b) el papel de las variables psicológicas y comportamentales en la incidencia y sobrevivencia del cáncer¹³. Por consiguiente, la psicooncología tiene como objetivo la atención integral del paciente bajo la perspectiva del modelo biopsico-social, para intentar explicar la influencia de estos múltiples aspectos tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer. Es el caso de variables como la personalidad, las emociones y los hábitos de vida. En cuanto a la prevención del cáncer, se estableció que el comportamiento humano determina un gran número

¹¹ GALLEGO, Amalio Ordóñez, et al. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Algunas propuestas basadas en nuestra experiencia. *Clinical and Translational Oncology*, 2001, vol. 3, no 5, p. 266-269.

¹² AYLLÓN, ISABEL ZORRILLA. Impacto emocional y social del cáncer.

¹³ RIVERO BURÓN, Raúl, et al. PSICOLOGÍA Y CÁNCER. *Suma Psicológica*, 2008, vol. 15, no 1.

También se observó los diferentes estilos de afrontamiento y su importancia en la enfermedad, ya que se convierten en un factor determinante en el inicio y transcurso del cáncer. Se puede entender que el afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede realizar, tanto en el nivel cognoscitivo como en el conductual, para enfrentar una determinada situación¹⁴. Por lo tanto, son recursos con que cuenta la persona como pensamientos, reinterpretaciones, conductas etc. para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación (citado por Suárez, et al., 2005b). Debido a lo anterior, se desarrollaron diversas investigaciones que analizan los diferentes estilos de afrontamiento y su importancia; prueba de ello es la investigación realizada en Colombia por Restrepo (2001), donde se destacan variables como la depresión, la ansiedad y la calidad de vida, pero se enfatiza en el papel que desempeñan los estilos de afrontamiento en las variables mencionadas. Por medio de la aplicación de la prueba sobre Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer, MAC), se concluyó que el afrontamiento es un importante mediador de la respuesta psicológica al cáncer y se pone de manifiesto la conveniencia de evaluar y tratar los problemas emocionales de los pacientes con cáncer¹⁵.

¿Con los anterior se plantea cuáles fueron los cambios psicológicos, familiares, sociales e espirituales en los pacientes a raíz del diagnóstico de cáncer bucal?

¹⁴ CANO, Antonio. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2005, vol. 2, no 1, p. 71-80.

¹⁵ RANA, Madiha, et al. Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 2014, vol. 22, no 11, p. 2981-2986.

2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es de vital importancia por su compromiso en la ayuda al correcto manejo de la información relacionada con el paciente con cáncer oral sobre su diagnóstico, viéndolo desde un punto más integral, enfocándose en aspectos muy pocos estudiados como lo son el psicológico, social, económico religioso y espiritual de pacientes con cáncer oral lo cual sería algo novedoso y relevante para la comunidad científica. Además se destaca por la poca cantidad de estudios realizados relacionados con el tema sabiendo que cada uno de los aspectos mencionados cambian al momento de conocer el diagnóstico de la enfermedad lo cual es de gran significancia para el conocimiento del manejo de este para el proceso de recuperación. Teniendo un enfoque individual en cada uno de los aspectos de la investigación, haciendo que su contenido tenga una significativa importancia en la innovación el cual contribuirá en la construcción de futuros estudios de corte similar a este, ayudando de guía y forjando un nuevo camino hacia el conocimiento¹⁶.

¹⁶ SÁNCHEZ-PEDRAZA¹, Ricardo; SIERRA-MATAMOROS, Fabio Alexander; RANGEL-GARZÓN, Claudia Ximena. Evaluating emotional symptoms within a quality of life construct in cancer patients using multidimensional scaling. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2011, vol. 59, no 1, p. 19-33.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir cómo afecta el cáncer oral en aspectos psicológicos, espirituales, social y familiar a los pacientes diagnosticados en la universidad de Cartagena.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Describir socio-demográficamente la población con diagnóstico de cáncer oral

3.2.2. Mostrar los cambios sociales, emocionales, espirituales de los pacientes posteriores

3.2.3. Evaluar los cambios familiares al diagnóstico del cáncer bucal.

3.2.4. Tipificar los cambios más relevantes posteriores al diagnóstico del cáncer.

3.2.5. Analizar los cambios psicológicos de los pacientes con cáncer oral

4. MARCO TEORICO

El cáncer oral puede describirse generalmente como un crecimiento y una propagación descontrolada de células anormales, dentro de la cavidad oral o el mentón. En algunas ocasiones las células continúan dividiéndose y así crean más células incluso cuando no son necesarias. Cuando esto sucede, se forma una masa de tejido, esta masa de tejido extra se denomina tumor. Los tumores se encuentran en todos tipos de tejidos y pueden ser benignos o malignos¹⁷.

4.1 FACTORES DE RIESGO

El conocimiento de los factores de riesgo nos permite actuar sobre la relación causa-efecto de agentes causales como el tabaco y el alcohol así como también seleccionar cuales pacientes tienen más probabilidad de desarrollar un tumor específico y actuar en una etapa temprana

Los factores de riesgo más importantes son el tabaco y el alcohol. El alcohol potencia el efecto carcinogénico del tabaco, aunque es también un factor que actúa independientemente. El carcinoma de células escamosas del tracto aerodigestivo superior entre los no fumadores es raro y representa el 3,4% de los casos. Dentro de los factores de riesgo ocupacionales se encuentran la refinación del níquel y otros metales, la carpintería y la exposición a fibras textiles, ácido sulfúrico y asbestos. Otros factores relacionados al desarrollo del cáncer bucal son: Las deficiencias nutricionales la exposición a la luz solar, el traumatismo y la irritación. El factor etiológico viral aumento la atención hacia la posibilidad de que haya relación causal entre los virus y las diversas formas de cáncer en los seres humanos. El virus del papiloma humano parece estar asociado a la aparición del

¹⁷ MIGNOGNA, M. D.; FEDELE, S.; RUSSO, L. Lo. The World Cancer Report and the burden of oral cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 2004, vol. 13, no 2, p. 139-142.

cáncer de la cavidad bucal. Se piensa que puede existir una predisposición genética aún no aclarada para desarrollar cáncer que explique su aparición en pacientes jóvenes sin factores de riesgo Incluso se ha sugerido de una influencia genética familiar. se sugirió que el consumo de frutas, vegetales, carotenos y retinoides tienen un efecto protector¹⁸.

4.2. REPERCUSIONES INDIVIDUALES

Un cáncer no supone un cambio de estructura de personalidad, pero si la avalancha de una serie de cambios y transformaciones personales que comienzan en una vuelta a la cotidianidad de la vida, donde se puede encontrar con la experiencia de una pérdida del sentido de la normalidad de la vida cuando descubre las diferencias entre el antes y el después, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. La estructura y el soporte que formaron parte del contacto regular con el mundo médico y hospitalario durante el tiempo de la enfermedad dejan de serlo para regresar los pacientes a su vida cotidiana. Se puede sentir la pérdida de esta fortificación de protección. La sensación de control de la enfermedad se dispersa y se agolpan una serie de miedos, y con ellos la angustia. Nuevas experiencias físicas aparecen en el panorama personal de un paciente. La evidencia de que el cuerpo es mortal establece una experiencia de ruptura con un cuerpo entero, sano y lleno de vitalidad. Pero a pesar de ello se continúa adelante, o negándolo o integrándolo en nuestra imagen psíquica corporal. Pero la fuerza persistente e intensa de la experiencia de enfermar oncológica hace que se inscriba un nuevo registro en el cuerpo que hablará de la vulnerabilidad que todos tienen. En ocasiones la confianza en las sensaciones corporales queda rota. En múltiples casos se produce una pérdida y modificación del aspecto del cuerpo, tanto en relación a determinadas partes como funciones, que afectará a los cambios masivos y repentinos en la imagen corporal y en ocasiones a la identidad.

¹⁸ CRUZ, Miguel, et al. Factores de riesgo de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 2016, vol. 53, no 3, p. 128-145.

Inevitablemente se dará una hipervigilancia de las sensaciones corporales para poder aceptar estas modificaciones¹⁹.

4.3. DIAGNÓSTICO PRECOZ

El diagnóstico precoz de un tumor maligno en la cavidad bucal puede, no solamente, ser el resultado de la investigación de una población de pacientes asintomáticos (pesquisa), sino también como resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente, además de la identificación temprana de desórdenes potencialmente malignos por parte de los odontólogos q hacen rutinariamente un examen estomatológico²⁰.

La detección temprana depende de varios factores como son: el nivel sociocultural y el grado de información de la población que la motive a consultar a tiempo, la capacidad de los servicios de salud públicos y privados de orientar y atender a los pacientes, los recursos tecnológicos y la experticia del clínico en lograr un diagnóstico sin demora²¹.

El síntoma que motiva a una consulta temprana puede hacer sospechar determinado diagnóstico. Entre los síntomas que pueden aparecer en una enfermedad precoz están la el sangrado, el dolor bucal, la visualización por parte

¹⁹ ANDRÉS SOLANA, C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 2005, vol. 28, no 3, p. 51-57.

²⁰ ROCHA BUELVAS, Anderson. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*, 2009, vol. 21, no 1, p. 112-121.

²¹ CHIMENOS KÜSTNER, Eduardo; FONT COSTA, Imma; LÓPEZ LÓPEZ, José. Riesgo de cáncer oral y marcadores moleculares. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa)*, 2004, vol. 9, no 5, p. 377-384.

del paciente de una lesión en la cavidad bucal. Sin embargo, muchos síntomas cuando se manifiestan, la enfermedad se encuentra avanzada²².

El impacto del diagnóstico pronóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas²³. Entre ellas, la ansiedad, depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultades laborales, y sentimientos de soledad, forman parte de los problemas que los pacientes oncológicos refieren con mayor frecuencia, Es así que, en la actualidad se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora que conjuntamente valore resultados clínicos y psicosociales. Esta nueva perspectiva basada en la atención integral al paciente de cáncer propicio el desarrollo y la investigación de una de las áreas de especial interés en Oncología; la calidad de vida.

El cáncer oral afecta de forma directa sobre la estilo de vida en los pacientes. Tras el diagnóstico y el tratamiento, existe una alteración de la deglución, masticación, salivación y habla²⁴. Las relaciones sociales de los pacientes y sus familiares también pueden verse afectadas, dejando una pérdida de las funciones de conocimiento general, social, emocional o físico. Esto determinará una disminución en la evaluación general de la vida y de objetos específicos que miden la funcionalidad estética facial y de la cavidad oral.

El presente trabajo se enfoca en el impacto del cáncer oral en pacientes diagnosticados con cáncer bucal en la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, analizando desde varias perspectivas como lo son la espiritualidad, el aspecto social, económico y religioso de la persona a raíz del diagnóstico de su

²² HERNÁNDEZ, Madelen Peña; PUPO, Olga Lilia Zaldivar; DELGADO, Marianela Ruiz. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. *Correo Científico Médico*, 2013, vol. 17, no 1.

²³ LEE, Hsiu-Fang; LIU, Hsueh-Erh. Prospective changes of the quality of life for patients newly diagnosed with oral cancer during the acute stage. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, vol. 14, no 4, p. 310-315.

²⁴ INFANTE-COSSIO, P., et al. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 2009, vol. 38, no 3, p. 250-255.

patología, analizando los cambios que se han presentado en estos al enterarse de su condición patológica.

Muy importante saber que este tipo de estudios es muy poco común y por tal razón en la literatura son muy escasos puesto que el abordaje por lo general de estos es mas en un enfoque cualitativo haciendo referencia a los aspectos a estudiar, y dado que por lo general los estudios relacionados con esta patología están más encaminados a aspectos como la incidencia, tipo de cáncer en específico o población en riesgo.

4.4. CÁNCER Y LA FAMILIA

La familia del paciente es afectada profundamente por la aparición del cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida²⁵. El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar (Lewis, Zablis, Shands, Sinsbeimer y Hammond, 1996; Patterson y Garwick, 1994). Durante la larga trayectoria de la enfermedad, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer y/o su reaparición) crea

²⁵ aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud= International journal of clinical and health psychology*, 2003, vol. 3, no 3, p. 505-520.

dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia (Bloom, Stewart, Johnston, Banks y Fobair, 2001). Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente al cáncer como un proceso continuo, multi-complejo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar (Baider, 1995).

En la literatura encontramos estudios que arrojan que los sentimientos que más se presentan después del diagnóstico son ansiedad y depresión²⁶, esto según escalas de valores pero más allá de limitar la investigación a sentimientos cerrados y concretos, el objetivo es analizar de una manera más global los cambios en las diferentes dimensiones en las que se desenvuelve la persona²⁷. Para nadie es un secreto que los cambios después de un diagnóstico de cáncer son obvios, pero no pretende quedarnos solo en eso, la verdadera intención es indagar en un ser humano como era su vida antes y como ha decidido asumir

²⁶ ACOSTA, Ana Isabel Moreno; KRİKORIAN, Alicia; PALACIO, Carolina. Distress, anxiety and depression in Colombian oncology patients and their relation with perceived competence/Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida/Mal-estar emocional, ansiedade e depressao em pacientes oncologicos colombianos e sua relacao com a concorrencia percebida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2015, vol. 33, no 3, p. 517-530.

²⁷ FINCK BARBOZA, C.; FORERO FORERO, M. J. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Analisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2011, vol. 3, no 1, p. 07-27.

esta condición que no es una sentencia de muerte si las ganas de vivir, de luchar y amar son más fuertes²⁸.

4.5. CÁNCER ORAL Y EL ASPECTO SOCIAL

El cáncer oral, en particular está ligado a malos hábitos de salud, entre los que destacan el tabaquismo y el alcoholismo ya que se menciona que al menos el 63% de estos pacientes tuvo estos factores de riesgo, ahora bien desde hace unos años hemos estado inmersos en publicidad donde se nos comenta que el tabaco da cáncer, incluso las cajetillas de cigarro actualmente vienen con fotos de pacientes con cáncer, pero entonces si la mayoría de la población tiene acceso a esta información, ¿porque la gente sigue fumando?, se demostró que incluso los profesionales de la salud suelen tener este tipo de adicción, en un estudio publicaron que el 37% de las estudiantes de enfermería fuman; esto puede iniciar con el espíritu de curiosidad que es algo inherente de la condición humana, pero también influye la búsqueda de sensaciones placenteras y la influencia que ejercen los demás, por lo que la predisposición es mayor ya que se asocia a un mayor número de factores de riesgo, tales como comunicación deficiente y conflictos frecuentes con búsqueda de soluciones que pueden orillar al consumo de drogas lícitas, para pasar después a las ilícitas y formar adicciones en ambos casos, que son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos, siendo de origen multifactorial²⁹, entre los que se mencionan factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales³⁰. También otro aspecto importante es lo que comenta Briseño-León en año 2005 afirmo, sobre los enfermos con estigmas, refiriéndose a los pacientes leproso, con labio fisurado o

²⁸ VINACCIA, Stefano, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 2014, vol. 15, no 2, p. 207-220.

²⁹ WARANAKULASURIYA, K. A., et al. An alarming lack of public awareness toward oral cancer. *Br Dent J*, 1999, vol. 187, p. 319-328.

³⁰ , Gerardo Meza. Las ciencias sociales y el cáncer oral. *Revista Mexicana de Estomatología*, 2017, vol. 3, no 2, p. 111-118.

leshmaniasis, menciona que estas enfermedades pueden producir deformaciones y que con independencia de la gravedad de la lesión obliga a los individuos a una muerte de la vida social, muchísimo antes que la muerte física del enfermo, pues el estigma los inhabilita socialmente aun cuando pudieran continuar llevando una vida normal desde el punto de vista de la salud. Esto aplica en los pacientes con cáncer oral que sufren mutilaciones severas de partes de la cara o sus maxilares ya que las secuelas suelen observarse a simple vista y es muy complicado tener una vida social plena cuando tienes defectos en la cara que te causen incomodidad³¹.

4.6. ASPECTO ECONÓMICO Y EL CÁNCER ORAL

El paciente con cáncer oral requiere de un gran gasto económico para llevar a cabo su tratamiento, estos gastos implican desde pruebas de diagnóstico (radiografías, tomografías, ultrasonidos, biopsias, exámenes de laboratorio clínico entre otras), tratamiento de la enfermedad (cirugía, quimioterapia, radioterapia), y rehabilitación (cirugía plástica y reconstructiva, prótesis, tratamiento paliativo) y todos los demás gastos subsecuentes, en México casi ningún hogar está preparado para recibir tanto desembolso de un día para otro, así mismo la persona enferma suele tener que dejar de trabajar por periodos prolongados de tiempo lo que aumenta la angustia de la entrada de capital a la familia³². De hecho en México se calcula que el 3% del PIB se va en gasto para la salud, pero cuando un hogar tiene una enfermedad como el cáncer se calcula que más del 40% de su gasto ira a cuidados médicos, es entonces a lo que se le conoce como gastos catastróficos, que lleva a las familias a pobreza estructural, los facultativos que detecten esta enfermedad deben de estar plenamente conscientes de este hecho,

³¹ MUÑOZ, Carmen Pozo, et al. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2015, vol. 47, no 2, p. 93-101.

³² GARCÍA, Gerardo Meza. Las ciencias sociales y el cáncer oral. *Revista Mexicana de Estomatología*, 2017, vol. 3, no 2, p. 111-118.

y saber recomendar a los enfermos diagnosticados, cuales son las mejores instituciones públicas y en su caso privadas para cada individuo.

Se estima que aproximadamente la mitad de todos los empleados o disponibles para el empleo en el momento del diagnóstico. No Ser capaz de trabajar después del tratamiento es una interrupción de la todos los días la vida, y puede conducir a la pérdida financiera, la falta de confianza, Y el aislamiento social. Revisión de la literatura y un meta-análisis reciente, revelan que en promedio 65% (rango 30-94%) de los pacientes con cáncer retornan al trabajo después del tratamiento frente al 85% de los controles pareados³³. Sólo unos pocos estudios incluyeron pacientes con tumores menos frecuentes como cáncer de cabeza y cuello. Informó que estos pacientes fueron los que con más frecuencia no regresaron al trabajo (57%) en comparación con los pacientes tratados por cáncer de colon (48%), cáncer de mama (24%) y cáncer de próstata (22%) Van der Wouden Informó que el 36% de los pacientes dejó de trabajar Durante un período de siete años después del tratamiento³⁴.

Por otro lado si bien es cierto que el cáncer es una enfermedad que se presenta tanto al hombre rico como al pobre, la diferencia puede ser en el estadio, es sabido que los pacientes con mayor poder adquisitivo tienen más facilidad de ir a revisiones periódicas con médicos y dentistas y entonces si ellos encuentran alguna lesión sospechosa recomendaran los estudios necesarios y al paciente no le será gravoso realizar el tratamiento, mientras un paciente de bajos recursos,

³³ . VERDONCK-DE LEEUW, Irma M., et al. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*, 2010, vol. 46, no 1, p. 56-60.

³⁴ CID, Camilo, et al. Impacto económico del cáncer en Chile: una medición de costo directo e indirecto en base a registros 2009. 2016.

quizá en muchas ocasiones no le dé prioridad al tratamiento por motivos económicos, hasta que la lesión siguió avanzando mucho, esto es mencionado por Carvalho A. en 2010, en un estudio comparativo entre la supervivencia en pacientes de Río de Janeiro, Brasil y Nueva York en los Estados Unidos en el año 2012, determino que los casos de peor pronóstico recaían en la población más pobre.

Recientemente En un estudio amplio de cohorte informaron que pacientes con cáncer bucal tenían el mayor riesgo de dejar de trabajar junto con los supervivientes de la sangre en estadio IV y Linfáticos malignos. La incapacidad para volver al trabajo después del tratamiento del cáncer está asociada con edad avanzada en el momento del diagnóstico, sexo femenino, estadio avanzado de la enfermedad y quimioterapia³⁵. Además Factores sociodemográficos y clínicos, calidad de vida relacionada con la salud también se asocia con el regreso al trabajo. Fatiga, problemas para dormir, quejas físicas, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. Se encuentran como posibles barreras para volver a trabajar en el Pacientes en general. Fang et al. Informó que en pacientes tratados Para el cáncer nasofaríngeo, aspectos de forma de vida relacionados con la salud como la salivación, la audición y la deglución están significativamente relacionados con empleo y situación económica. Está claro que la información sobre el retorno al trabajo en los pacientes es menor³⁶.

³⁵ . VERDONCK-DE LEEUW, Irma M., et al. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*, 2010, vol. 46, no 1, p. 56-60.

³⁶ WIESNER, Carolina. Cancer care from the Sistema General de Seguridad Social financial sustainability perspective in Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2016, vol. 20, no 2, p. 49-51.

4.7. ASPECTO ESPIRITUAL Y RELIGIOSO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL

La palabra espiritualidad se deriva del latín “*spiritus*”, que se refiere a aliento, aire, viento. En general, se puede establecer que se define como una energía o impulso que mueve al ser y que se manifiesta según creencias y valores individuales, es la esencia del ser humano en la búsqueda de sus significados y en la búsqueda de sí mismo³⁷.

La espiritualidad y la religiosidad son dimensiones de lo psicológico, observables en una serie de conductas individuales y prácticas culturales, sin embargo, al revisar la literatura especializada, no se encuentra una clara diferenciación entre ellas ni estudios realizados en Colombia sobre su relación con el área de la psico-oncología. En Colombia, el cáncer ocupa el tercer lugar en las causas de muerte (Guevara, 2001); su diagnóstico y tratamiento afectan al individuo en su totalidad, principalmente porque tiene la característica de estar asociado con la muerte, lo cual lleva a la persona que lo padece a hacerse una serie de preguntas de carácter existencial (Bayés, 1996; Estapé, 1996; Die Trill, 1996; González Barón, 1996; Monge Sánchez y Benito Melero, 1996). En consecuencia, la intervención médica no podría ir aislada de la intervención psicológica pues se complementan a la hora de apoyar al paciente al hacer frente a la enfermedad, sobre todo a partir de estudios en psicoimmunoneurología que muestran cómo el sistema inmune se ve afectado directamente por el estatus psicológico, dándose una relación entre éste y la respuesta a los tratamientos (Bayés y Borrás, 1999). Diversos estudios demostraron una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se encontraron correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (Mueller, Plevak y Rummans, 2001; Mytko

³⁷ GALVIS-LÓPEZ, Milena Alexandra; PÉREZ-GIRALDO, Beatriz. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 2011, vol. 11, no 3.

y Knight, 1999), así como entre bienestar espiritual y calidad de vida, y entre bienestar espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold y Targ, 1999; Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella, 1999). La espiritualidad se constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes, más que una forma de negación o evitación, y algunas investigaciones mostraron que muchos pacientes desearían que sus médicos discutieran con ellos cuestiones sobre la misma (Mytko y Knight, 1999; Reiman, 1999). Algunos autores como Fehring, Miller y Shaw (1997) intentando diferenciar espiritualidad y religiosidad y distinguen dos tipos de religiosidad: una extrínseca, referente a las prácticas rituales y a las religiones institucionales, y una religiosidad intrínseca, concerniente a la espiritualidad como tal. Las conclusiones de Chiu, Clark y Doroszewski (2000) y Nelson, Rosenfeld, Breitbart y Galietta (2002), coinciden en los aspectos benéficos de la religión, relacionados con el aspecto espiritual implicado más que con los ritos y costumbres propios de cada religión³⁸. Por otra parte, para varios autores la búsqueda de sentido de la vida hace referencia a la dimensión espiritual de la persona (Burkhart y Solari-Twadell, 2001; Ferrer, 2001; Gotterer, 2001; Hardy, 1979; Monge Sánchez y Benito Melero, 1996). Godoy (1999) y Fernández-Ríos y García-Fernández (2000) hacen énfasis en la necesidad de tener en cuenta conductas espirituales y religiosas en las intervenciones psicológicas, especialmente en el campo de la salud. Por su parte, Piedmont (2001) hace ver la importancia de estudiar las relaciones salud-religiosidad-espiritualidad con los modelos, los métodos y las medidas de la psicología, con el fin de mejorar la calidad del trabajo en el tema y de generar un cuerpo común de datos donde los términos sean reconocidos. Es importante abordar la relación entre espiritualidad y religión, dada las distintas posturas al respecto y la dificultad de definir claramente el constructo de espiritualidad. Por ejemplo, para Mytko y Knight (1999), una amplia definición de espiritualidad debe

³⁸ DÍEZ, S. Barroilhet; FORJAZ, M. J.; LANDÍVAR, E. Garrido. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 2005, vol. 33, no 6, p. 390-397.

incluir sentimientos de conexión consigo mismo, con la comunidad, con la naturaleza y con el significado o propósito de vida. Las variables relativas a espiritualidad tienden a acompañarse a un rango de conceptos como significado, totalidad, trascendencia, conexión, gozo y paz, y no requieren de la participación en una organización religiosa. Además, como la meta de muchas religiones institucionalizadas es adoptar la espiritualidad, es inevitable la confusión entre el dominio de estas variables. De esta manera, religiosidad y espiritualidad no serían conceptos mutuamente excluyentes, sino que se pueden sobreponer y también existir separadamente³⁹.

Diversos estudios demostraron una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad crónica y terminal, y se encontró correlaciones positivas entre los índices de recuperación y la espiritualidad. Estas investigaciones demuestran que, en un alto porcentaje, los individuos creen en un ser superior, y creen en el poder de este para mejorar el curso de la enfermedad. La espiritualidad se asocia con la enfermedad oncológica en varios aspectos: de una parte, la misma cercanía a la muerte parece modificarla y algunos informes reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual en las personas en esta situación. De otra, la reacción frente a decisiones sobre la muerte se demostró depender en gran proporción de las creencias, la esperanza y el contexto de la persona enferma. Más aún, la espiritualidad empieza a ser vista como una herramienta de trabajo en el cuidado paliativo y como un apoyo para el

³⁹ . ECHEVERRI, MARY ROSY MARTÍNEZ; PORRAS, Caroline Méndez; BALLESTEROS, Blanca Patricia. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica: La Revista*, 2004, vol. 3, p. 231-246.

equipo interdisciplinario⁴⁰. Es así como el profesional de enfermería no puede pasar por alto el proveer cuidado espiritual reconociendo las creencias y los valores espirituales del paciente, para así poder identificar sus necesidades y ofrecer el cuidado de acuerdo con estas⁴¹. El reto es reconocer al paciente como una totalidad; el enfoque holístico supone que su bienestar se alcanza cuando la espiritualidad es incorporada en el cuidado, es un proceso más complicado que trasciende la enfermedad misma y que integra el cuerpo, la mente y el espíritu⁴².

En nuestra actualidad, hay testimonios de incontables famosos y por qué no, familiares y personas allegadas al entorno que lograron salir victoriosas y que hablan del cáncer como esa prueba que llegó a sus vidas, hizo que se estremeciera por un momento pero tenían bases tan sólidas en cuanto a pensamientos, sentimientos y decisiones que no dejaron que este fantasma como muchos lo llaman se apoderaran de ellos sino que se convierte en el motor de lucha para emprender un camino nada fácil, lleno de altibajos, caídas y sentimientos más negativos que positivos pero con una recompensa enorme que es el seguir viviendo y no de cualquier manera, sino con una visión distinta sobre el valor de la vida, más agradecida, más arriesgada y más saludable. Reafirmando, La calidad de vida de una persona que padece o padeció cáncer puede verse afectada de diversas maneras⁴³. Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos. Para ellos, el cáncer supuso un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, el cáncer provocó cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria.

⁴⁰ BARRETO, Pilar, et al. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 2015, vol. 22, no 1, p. 25-32.

⁴¹ NAVAS, Carmen; VILLEGAS, Hyxia. Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 2006, vol. 1, no 27, p. 29-45.

⁴² RUDILLA, David, et al. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 2015, vol. 24, no 2, p. 79-82.

⁴³ CARRANZA, Eusebio Torres, et al. Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2008, vol. 13, no 11, p. E735-741.

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento (Stanton, 2000).

A pesar que las reacciones ante la experiencia de padecer cáncer son respuestas subjetivas, tanto ante el diagnóstico como ante el transcurso del tratamiento (respuestas que oscilan desde la desorientación, la incredulidad, el pánico, la confusión, la rabia, la desesperación, etc.) en términos generales, los seres humanos percibirán, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal. El diagnóstico de cáncer sitúa existencialmente en el borde de una experiencia crítica en la que sólo nombrarlo da un sentido de amenaza a la integridad tanto física como psíquica, en la que el sujeto fácilmente se verá desbordado y superado por un caudal de acontecimientos que le seguirán y para los cuales difícilmente podría estar preparado. El hombre confrontado con las fuerzas de la vida y la muerte, se enfrenta a una verdadera crisis. “Desde la salud mental, una crisis pone en cuestión toda la adaptación del individuo tanto a nivel psicológico, social y biológico” (cf. Tizón)⁴⁴. Compartimos con este autor que “si la pérdida, -el duelo dice el autor-, que supone cada transición se supera o elabora de forma adecuada, se obtiene una mejora en las capacidades de integración, afrontamiento, elaboración, creatividad”, en definitiva un triunfo de Eros. “Sin embargo, en determinadas situaciones y personas de riesgo, o en personas vulnerables, la crisis puede desencadenar dificultades de integración y adaptación en el ámbito biológico, psicológico y social” (cf. Tizón). C. Andrés Solana Oncología, 2005. Tomando como ejemplo este citado podemos inferir que es de vital importancia el estado psico- social del paciente al momento de realizado el

⁴⁴ROJAS-MAY, Gonzalo. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*, 2006, vol. 17, no 4, p. 194-197.

diagnostico puesto que va a variar abruptamente su situación emocional, psicológica, económica e incluso religiosa, puesto que el cáncer es relacionado directamente con la muerte, por el elevado número de mortalidad que presenta debido a la poca detención temprana aunque ya esos números hayan cambiado la gente aún lo relaciona de esa forma debido al poco conocimiento sobre la temática expuesta.

No se debe olvidar igualmente, que la enfermedad no afecta a todos los pacientes por igual, sino que ésta se inscribe en un nivel más complejo conformado por otro grupo de factores: la personalidad previa y trastornos psicológicos anteriores, historia personal de situaciones vitales estresantes, competencias y capacidad de adaptación o aprendizaje ante ellas, nivel de apoyo social y recursos ambientales, actitudes, creencias y valores culturales, éticos, espirituales o religiosos, etc. En la medida en que existan un trastorno previo de personalidad, un mayor número de situaciones vitales estresantes vividas, escasos recursos de afrontamiento ante ellas y poco apoyo social, peor será el estilo de afrontamiento y peor nivel de ajuste del paciente o del familiar ante el cáncer⁴⁵.

En algunos artículos encontrados en la literatura se puede observar como patrón común o denominador algunos sentimientos llamados detonantes o desencadenantes de otros como lo son la angustia o desesperación que a su vez trae consigo una gran carga de estrés el cual se ve reflejados en su diario vivir en situaciones cotidianas como lo son el trabajo, haciendo que su rendimiento laboral baje o disminuya considerablemente o la relación con su pareja, otro enfoque en el cual se ve afectado la persona con cáncer es el factor económico relacionado directamente con el laboral, puesto que si la persona disminuye su rendimiento en el trabajo, sus ganancias también se verán mermadas o hasta puede pedir el trabajo. La espiritualidad puede pasar en el paciente por varias etapas como lo

⁴⁵ RANA, Madiha, et al. Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 2014, vol. 22, no 11, p. 2981-2986.

son al principio la negación de la problemática a enfrentar con periodos de incredulidad e escepticismo, pasando por periodos de crisis en incluso perdida de la fe, hasta volver a confiar y creer, recobrar autoestima y refugiarse en un Dios sin importar culto o religión ya que este también puede cambiar a raíz del diagnóstico⁴⁶.

La OMS, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan seguridad (buscar en quien apoyarse), la sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo). Requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor). Agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren. Precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellos (confianza). Evidentemente, el paciente estará más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades emocionales y espirituales cuando experimente alivio de los síntomas fisiológicos más molestos y encuentre que el profesional o el equipo sanitario sean sensibles a las mismas, interesándose por otros elementos que completen su bienestar. (Carmen Yélamos A. y Belén Fernández)

La confianza en la relación con los profesionales que le atienden es una de las grandes necesidades del paciente y se sustenta en una comunicación médico-paciente idónea. En este sentido, la comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en el paciente o incluso variaciones en el estado de salud. La comunicación constituye

⁴⁶ WARANAKULASURIYA, K. A., et al. An alarming lack of public awareness toward oral cancer. *Br Dent J*, 1999, vol. 187, p. 319-328.

el núcleo esencial en la relación de ayuda y, sin embargo, suele ser la herramienta terapéutica más improvisada⁴⁷.

Se inicia tratando el cáncer de mama por ejemplo uno de las más comunes. Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida; la familiar, la relación de pareja y la laboral y social (Soriano, 1997). Esta manifestación del cáncer es de aquellas que más afectan por la zona en que la se presentan, arrasando con una zona del cuerpo esencial en mujeres que influye en el desarrollo de su vida y en sus relaciones sociales. Este daño de la vida sexual, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamins & cols.,20012; Mathews & cols.,2002 Compas & Luecken, 2002). En la relación de pareja se hace recurrente el temor a la ruptura. La falta de comunicación, la dificultad en las relaciones sexuales, la tristeza y los sentimientos de impotencia en el cónyuge sano pueden explicar el problema. En el caso de no tener una pareja estable, la posibilidad de ser amado en el futuro puede generar gran angustia. No existe evidencia alguna de que ni el cáncer ni sus tratamientos sean la causa de rupturas en las relaciones de pareja. Cuando éstas ocurren, suele ser debido a problemas previos en la relación y es el cáncer o su tratamiento la “gota que colma el vaso”, pero no la causa principal de la ruptura (Maria Die Trill; Universidad Complutense de Madrid)

El sufrimiento o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (barbón &Beato, 2002). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma⁴⁸. Contradictorio a lo que torico y

⁴⁷ HASSANEIN, Kamal Abdel-Aal Mohamed; MUSGROVE, Brian T.; BRADBURY, Eileen. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2005, vol. 33, no 6, p. 404-409.

⁴⁸ AIRALDI, M. Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas de una muestra paraguaya. *Eureka*, 2010, vol. 7, no 1, p. 143-162.

colaboradores señalan, que después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sana en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santin, López & Andrés, 2003). La literatura, así como la actividad clínica indica, que en muchos casos, los pacientes no aceptan su enfermedad, mostrando sentimientos de inconformidad como: rechazo, ira, temor o desesperanza que puede ir desapareciendo en la medida que se va extendiendo sobre la vida (Sirgo, 2001). De igual manera la preocupación de la trasmisión hereditario de los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazadas del bienestar espiritual, la perdida de la esperanza, la incertidumbre, sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar (Appleton & cols., 2001; hagoel & cols., 2001; Decruyenaere & cols., 2001; Broadstock & cols., 2001). Todo esto tomando como ejemplo el cáncer de mama, por ser de los más agresivos y más estudiado vamos entendiendo todo la combinación de sentimientos que engloba el significado de este padecimiento, ahora bien, ¿tendrá otra connotación el cáncer oral o el impacto es igual, peor o mejor por ser en cavidad oral y no en otra zona?. O quizás el simple hecho de ser diagnosticado con cáncer ya es causante de un impacto tan fuerte como si fuese en cualquier otra zona del cuerpo⁴⁹.

El impacto emocional de vivir con el cáncer de la boca puede ser significativo. Muchas personas informan experimentar un efecto de montaña rusa.

Por ejemplo, se puede sentir hacia abajo cuando recibe un diagnóstico, pero se siente cuando el cáncer responde al tratamiento. A continuación, se puede sentir de nuevo a medida que tratan de llegar a un acuerdo con los efectos secundarios y efectos después de su tratamiento. Este tipo de perturbación emocional a veces

⁴⁹ CABRERA, A.; FERRAZ, R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomédica, medicina familiar y comunitaria*, 2011, vol. 6, no 1, p. 42-48.

puede desencadenar la depresión. Las señales de que puede estar sufriendo depresión incluyen: deprimido o desesperado durante el mes pasado ya no sentir placer en las cosas que antes disfrutaba.

5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de corte descriptivo, basándose en preguntas que evalúen el grado de cambios que ellos notan desde el momento que recibieron el diagnóstico. También se realizó acercamientos y charlas con los familiares del paciente para conocer el grado de entendimiento que poseen sobre la problemática y el cómo afrontarla día a día. La investigación se llevó a cabo mediante encuestas a los pacientes diagnosticados con cáncer bucal en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena y sus familias o personas cercanas a este. Se analizaron los cambios positivos y negativos que se destaquen a partir del momento del diagnóstico del paciente con cáncer oral.

Se excluyeron a los pacientes que no deseen participar en el estudio, a los que no diligencien el consentimiento informado por escrito y los que no ingresen de forma adecuada las respuestas que el cuestionario exige.

5.1. INSTRUMENTOS

Se aplicó un instrumento semiestructurado, guiado y basado en otras encuestas de la bibliografía, validado por un consenso de diferentes docentes de la universidad de Cartagena tomando diferentes recomendaciones y correcciones referentes al caso. Para recolectar la información relacionada el diagnóstico de cáncer y los factores asociados al mismo al cual se le realizó una prueba piloto. A

cada ítem se le valoro el grado de validez y consistencia. Además, a los cuestionarios contruidos por los investigadores se evaluó su validez de apariencia; teniendo en cuenta sus características, pertinencia, suficiencia de las categorías, plausibilidad, semántica, sintaxis y ordenamiento de los ítems de acuerdo a los objetivos planteados dentro del estudio.

La entrevista es organizada a partir de un orden preestablecido por el entrevistador y posee, además de preguntas directas, preguntas que dan una cierta libertad al entrevistador para cuestionar, conversar, oír y observar hechos acontecidos en el transcurso de la entrevista

Los datos fueron organizados y analizados basándonos en el análisis del contenido, de acuerdo con las siguientes etapas: relectura del material; clasificación de los datos y construcción de categorías; codificación; y redacción de la investigación.

El análisis de los datos constituye el proceso de busca y organización sistemático de transcripciones de encuestas notas de campo y otros materiales acumulados durante la colecta de los datos, con el objetivo de aumentar la comprensión de este material y permitir una presentación clara de lo que fue encontrado en el estudio

Variables	Dimensión	Códigos
Aspecto psicológico	Sentimiento	1. siempre 2. casi siempre 3. algunas veces 4. nunca
	Apoyo psicológico	1. siempre 2. casi siempre 3. algunas veces 4. nunca
	Terapias psicológicas	1. siempre 2. casi siempre 3. algunas veces 4. nunca

Aspecto familiar	Relación de la familia y el paciente	1: Siempre 2. casi siempre 3. algunas veces 4. nunca
	Apoyo emocional de la familia	1:siempre 2: casi siempre 3: algunas veces 4: nunca
	Apoyo psicológico de la familia	1. siempre 2. casi siempre 3. algunas veces 4. nunca
	pareja	0: No 1: Si
	Relación con la pareja	1. siempre 2. casi siempre 3 algunas veces 4. nunca
Aspecto social	Relación del paciente y su ámbito laboral, social	1: puntualidad 2: compromiso 3: rendimiento 4. responsabilidad
Aspecto espiritual	Religión, secta o culto	0: no 1: si
	Cambios al momento del diagnostico	1.menos creyente 2. se mantiene igual 3. no cree en nada 4. mas creyente

5.2. ANALISIS ESTADISTICO

La información se organizó en tablas en Microsoft Excel para procesar los resultados en el software STATA14 el cual analizo la información en frecuencias y porcentajes para arrojar los resultados del estudio.

5.3. CONSIDERACIONES LEGALES Y ETICAS

Todos los sujetos del estudio recibieron la información y firmaron un documento de consentimiento informado, según la resolución 008430 de 1993 emanada por el ministerio de salud de la república de Colombia y soportada por la declaración de Helsinki de junio de 1964 (Finlandia). En todo el proceso de trabajo se han guardado las normas establecidas de confidencialidad vigentes en la legislación actual.

6. RESULTADOS

En una población total de 6 pacientes diagnosticados con cáncer bucal se pudieron evaluar las variables de aspecto psicológico, familia, socioeconómico y espiritualidad concluyendo que: en el **aspecto psicológico** el principal sentimiento que percibían las personas al momento de ser diagnosticados con cáncer oral era negación con un 50%, seguido de tristeza, shock y rabia cada una con un 16,7%, los encuestados afirmaron que recibieron apoyo psicológico de profesionales siempre y casi siempre en un 16,7 y algunas veces o nunca en un 33,3%, en el apartado de terapias evaluando si estas fueron satisfactorias desde el punto de psicológico se encontró que el 33,3% de los pacientes dijeron que siempre las terapias fueron satisfactorias frente un 33,3 que afirmaron casi siempre o algunas veces las terapias fueron satisfactorias. Ver tabla 1

Tabla 1:

apoyopsicologico			terapias			sentimiento		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
siempre	1	16,7	siempre	2	33,3	shock	1	16,7
casi siempre	1	16,7	casi siempre	2	33,3	tristeza	1	16,7
algunas veces	2	33,3	algunas veces	2	33,3	depresion	1	16,7
nunca	2	33,3	Total	6	100	negacion	3	50
Total	6	100				Total	6	100

Desde el **aspecto familiar** se observó que el cáncer oral siempre afecto las relaciones familiares en un 16,7% mientras que algunas veces lo fue en un 50% y nunca afecto las relaciones de familia en un 33,3%, en el apoyo emocional de la familia para con el paciente se observó que siempre estos lo apoyaron psicológicamente en un 33,3% mientras que algunas veces fue el 66,6%. También se evaluó el apoyo psicológico a la familia encontrando que estas siempre tuvieron apoyo psicológico de un profesional en un 16,6%, algunas veces en un 50% y nunca en 33,3% de los casos, el 100% de las personas del estudio afirmo tener pareja y que la enfermedad afecto la relación de pareja algunas veces en un 50% mientras que nunca en un 33,3% y casi siempre en un 16,7. Ver tabla 2

Tabla 2

relacionesfamilia					relacionpareja				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
siempre	1	16,7	16,7	16,7	casi siempre	1	16,7	16,7	16,7
algunas veces	3	50	50	66,7	algunas veces	3	50	50	66,7
nunca	2	33,3	33,3	100	nunca	2	33,3	33,3	100
Total	6	100	100		Total	6	100	100	

apoyoemofam					apoyoemofam				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
siempre	2	33,3	33,3	33,3	siempre	2	33,3	33,3	33,3
casi siempre	4	66,7	66,7	100	casi siempre	4	66,7	66,7	100
Total	6	100	100		Total	6	100	100	

pareja				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	6	100	100	100

En el **aspecto socioeconómico** se analizó que en la relación con sus compañeros de trabajo y en sus obligaciones diarias estas fueron afectadas en responsabilidad y rendimiento en un 33,3% frente un 16,7 de puntualidad y compromiso. Ver tabla 3 y grafico 1.

Tabla 3
Relación compañeros

	Frecuencia	Porcentaje
Puntualidad	1	16,7
Compromiso	1	16,7
Rendimiento	2	33,3
Responsabilidad	2	33,3
Total	6	100

En el **aspecto espiritual** se concluyó que todas las personas participantes en la investigación pertenecían a alguna religión o secta en 100% y se determinó que el 33,3% de los encuestados manifestó encontrarse menos creyente al momento del diagnóstico y un 66,7 se mantuvo igual en sus creencias. Ver tabla 4 y grafico 2.

Tabla 4

religion			espiritualidad		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
si	6	100	menos creyente	2	33,3
			se mantiene igual	4	66,7
			Total	6	100

7. DISCUSIÓN

Dentro de las principales limitaciones del estudio se encontraron que en el momento de realizar la prueba piloto encontramos que no manejábamos varias opciones en algunos ítems como por ejemplo si el paciente no presenta pareja, avanzar a determinada pregunta ya que no se tuvo en cuenta esta opción, otra dificultad a la hora de hacer la investigación es la poca muestra, ya que es de conocimiento público que es muy poca la cantidad de pacientes con cáncer oral por lo que se ha dificultado la realización de las encuestas, como también otros factores externos como lo son la poca disponibilidad de tiempo de algunos pacientes por compromisos de sus tratamientos e incluso algunos con estado un poco comprometido de salud, otra limitación es que la mayoría de los pacientes no son encontrados en la Universidad de Cartagena si no en las afueras como por ejemplo el hospital Universitario o incluso por aviso de compañeros o docentes. Cuando se hizo una breve comparación con la literatura se encontró algunas similitudes en las limitaciones a nivel de muestra y estado de salud de algunos pacientes el cual es variable, donde también se pudo observar que dentro del instrumento se medían variables similares como aspecto social, psicológico, económico y físico el cual se tuvo en cuenta en el estudio con resultados en estos enfoques el cual dan una idea clara de cómo encaminar la investigación.

Dentro de los pacientes encuestados se observó que a nivel psicológico hubo negación como primer sentimiento frente al diagnóstico de cáncer en la mayoría de los pacientes. Algo similar afirmó Calvo Gil cuando en un estudio realizado en España en el 2008 concluyeron que el primer aspecto de relevancia a raíz del diagnóstico con cáncer era la negación encontrada en la mayoría de los pacientes de su estudio⁵⁰. Debido a lo anterior, se desarrollaron diversas investigaciones que analizan los diferentes estilos de afrontamiento y su importancia; prueba de ello es la investigación realizada en Colombia por Restrepo (2001), donde se destacan variables como la depresión, la ansiedad y la calidad de vida, pero se enfatiza en el papel que desempeñan los estilos de afrontamiento en las variables mencionadas. Por medio de la aplicación de la prueba sobre Ajuste Mental al Cáncer, se concluyó que el afrontamiento es un importante mediador de la respuesta psicológica al cáncer y se pone de manifiesto la conveniencia de evaluar y tratar los problemas emocionales de los pacientes con cáncer⁵¹. Lea Baider del instituto de oncología y radio terapia de la universidad de Hadassah en Israel concluyó que la identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social⁵². Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en concordancia este estudio mostro que todos los pacientes siempre tuvieron apoyo familiar en el momento del diagnóstico de cáncer y que este los afecto dentro de su relación con el entorno familiar.

En el aspecto social según lo afirmado por García en el 2017 en México se estima que aproximadamente la mitad de todos los empleados o disponibles para el empleo en el momento del diagnóstico. No pueden capaz de trabajar después del

⁵⁰CALVO-GIL, María Julia; NARVÁEZ PINOCHET, Priscila Andrea. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Index de Enfermería*, 2008, vol. 17, no 1, p. 30-33.

⁵¹ Op Cit RANA 16, p. 2981-2986.

⁵² Op cit Baider

diagnóstico debido a disminución de concentración y sus habilidades⁵³. Según el estudio se observó que en las relaciones con sus compañeros de trabajo una disminución en los aspectos relacionados con el compromiso, puntualidad, rendimiento a la hora de cumplir obligaciones relacionadas con el trabajo y sus compañeros.

En el aspecto espiritual-religioso según Navas y Villegas (2007) afirman que la Espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad, ya que capacita a la persona a poder realizar cambios positivos en su modo de vida y a tomar mayor conciencia de cómo sus creencias, actitudes y comportamientos influyen positiva o negativamente en su salud⁵⁴. A diferencia de esto, en la investigación se pudo encontrar que la totalidad de los pacientes eran creyentes o presencia algún culto o secta y que sus creencias permanecieron igual o disminuyeron a raíz del diagnóstico de cáncer.

⁵³ Op cit García et all p. 111-118.

⁵⁴ NÚÑEZ, Paulina; ENRÍQUEZ, Damián; IRARRÁZAVAL, María Elisa. La espiritualidad en el paciente oncológico: Una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 2012, vol. 10, no 1, p. 84-100.

8. CONCLUSIÓN

Con este estudio se pudo demostrar que se dan cambios a raíz del diagnóstico de cáncer oral, cambios a nivel psicológico como lo son la negación al saber que posee cáncer oral u otros aspectos psicológicos como lo son las terapias o el apoyo de la familia el cual repercuten directamente en el estado de salud del paciente, como se ve afectado la espiritualidad variando esta o manteniéndose igual desde que se conoce el problema el cual se padece y sin descuidar aspectos como el social y las relaciones interpersonales.

9. RECOMENDACIONES O PERSPECTIVA

Aumentar la muestra de la población, tener en cuenta recomendaciones de los evaluadores a la hora de realizar correcciones o ampliar el contenido del archivo, incrementar el tiempo de evaluación a largo plazo de mínimo de 6 meses.

BIBLIOGRAFIA

1. FINCK BARBOZA, C.; FORERO FORERO, M. J. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Analisis preliminar de datos. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2011, vol. 3, no 1, p. 07-27.
2. ANTUNES FREITAS, Daniel, et al. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. Revista Cubana de Estomatología, 2011, vol. 48, no 2, p. 156-161.
3. Oliver, R. J., J. Dearing, and I. Hindle. "oral cancer: Oral cancer in young adults: report of three cases and review of the literature." British dental journal 188.7 (2000): 362-366.
4. FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina, 2011, vol. 47, no 006.
5. VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria García; BLANCO, Maritza Gonzalez. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en psicología latinoamericana, 2010, vol. 25, no 1, p. 72-80.
6. . YÉLAMOS, C.; FERNÁNDEZ, B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Manejo del cáncer en atención primaria. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2009, p. 267-84.
7. ¹PÉREZ, Oscar García-Roco. CÁNCER BUCAL.¿ INFORMAR AL PACIENTE?.
8. SHRIVASTAVA, Saurabh Ram Bihari Lal; SHRIVASTAVA, Prateek Saurabh; RAMASAMY, Jegadeesh. Exploring the Impact of Public Health

Measures in Prevention and Control of Oral Cancer. International journal of preventive medicine, 2013, vol. 4, no 11, p. 1342.

9. ¹HASSANEIN, Kamal Abdel-Aal Mohamed; MUSGROVE, Brian T.; BRADBURY, Eileen. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2005, vol. 33, no 6, p. 404-409.
10. GAVIRIA, Ana Milena, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología desde el Caribe, 2007, no 20.
11. ANDRÉS SOLANA, C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología (Barcelona), 2005, vol. 28, no 3, p. 51-57.
12. GALLEGO, Amalio Ordóñez, et al. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Algunas propuestas basadas en nuestra experiencia. Clinical and Translational Oncology, 2001, vol. 3, no 5, p. 266-269.
13. AYLLÓN, ISABEL ZORRILLA. Impacto emocional y social del cáncer.
14. RIVERO BURÓN, Raúl, et al. PSICOLOGÍA Y CÁNCER. Suma Psicológica, 2008, vol. 15, no 1.
15. CANO, Antonio. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología, 2005, vol. 2, no 1, p. 71-80.
16. RANA, Madiha, et al. Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. Supportive Care in Cancer, 2014, vol. 22, no 11, p. 2981-2986.
17. SÁNCHEZ-PEDRAZA¹, Ricardo; SIERRA-MATAMOROS, Fabio Alexander; RANGEL-GARZÓN, Claudia Ximena. Evaluating emotional symptoms within a quality of life construct in cancer patients using multidimensional scaling. Revista de la Facultad de Medicina, 2011, vol. 59, no 1, p. 19-33.
18. ¹ MIGNOGNA, M. D.; FEDELE, S.; RUSSO, L. Lo. The World Cancer Report and the burden of oral cancer. European Journal of Cancer Prevention, 2004, vol. 13, no 2, p. 139-142.

19. CRUZ, Miguel, et al. Factores de riesgo de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 2016, vol. 53, no 3, p. 128-145.
20. ANDRÉS SOLANA, C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 2005, vol. 28, no 3, p. 51-57.
21. ¹ ROCHA BUELVAS, Anderson. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*, 2009, vol. 21, no 1, p. 112-121.
22. CHIMENOS KÜSTNER, Eduardo; FONT COSTA, Imma; LÓPEZ LÓPEZ, José. Riesgo de cáncer oral y marcadores moleculares. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa)*, 2004, vol. 9, no 5, p. 377-384.
23. HERNÁNDEZ, Madelen Peña; PUPO, Olga Lilia Zaldivar; DELGADO, Marianela Ruiz. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. *Correo Científico Médico*, 2013, vol. 17, no 1.
24. LEE, Hsiu-Fang; LIU, Hsueh-Erh. Prospective changes of the quality of life for patients newly diagnosed with oral cancer during the acute stage. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, vol. 14, no 4, p. 310-315.
25. INFANTE-COSSIO, P., et al. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 2009, vol. 38, no 3, p. 250-255.
26. aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud= International journal of clinical and health psychology*, 2003, vol. 3, no 3, p. 505-520.
27. ACOSTA, Ana Isabel Moreno; KRIKORIAN, Alicia; PALACIO, Carolina. Distress, anxiety and depression in Colombian oncology patients and their relation with perceived competence/Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida/Mal-estar emocional, ansiedade e depressao em pacientes oncologicos colombianos e sua relacao com a concorrência

percebida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2015, vol. 33, no 3, p. 517-530.

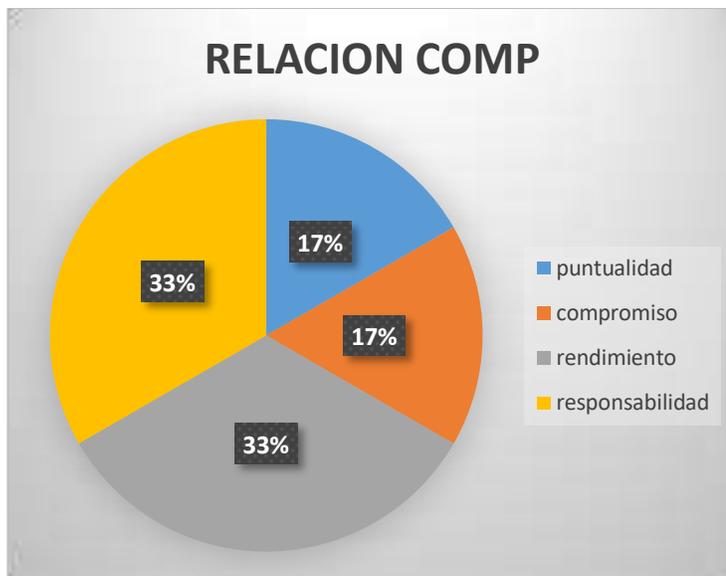
28. ¹ FINCK BARBOZA, C.; FORERO FORERO, M. J. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2011, vol. 3, no 1, p. 07-27.
29. VINACCIA, Stefano, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 2014, vol. 15, no 2, p. 207-220.
30. WARANAKULASURIYA, K. A., et al. An alarming lack of public awareness toward oral cancer. *Br Dent J*, 1999, vol. 187, p. 319-328.
31. Gerardo Meza. Las ciencias sociales y el cáncer oral. *Revista Mexicana de Estomatología*, 2017, vol. 3, no 2, p. 111-118.
32. MUÑOZ, Carmen Pozo, et al. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2015, vol. 47, no 2, p. 93-101.
33. GARCÍA, Gerardo Meza. Las ciencias sociales y el cáncer oral. *Revista Mexicana de Estomatología*, 2017, vol. 3, no 2, p. 111-118.
34. . VERDONCK-DE LEEUW, Irma M., et al. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*, 2010, vol. 46, no 1, p. 56-60.
35. CID, Camilo, et al. Impacto económico del cáncer en Chile: una medición de costo directo e indirecto en base a registros 2009. 2016.
36. . VERDONCK-DE LEEUW, Irma M., et al. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*, 2010, vol. 46, no 1, p. 56-60.
37. ¹ WIESNER, Carolina. Cancer care from the Sistema General de Seguridad Social financial sustainability perspective in Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2016, vol. 20, no 2, p. 49-51.

38. GALVIS-LÓPEZ, Milena Alexandra; PÉREZ-GIRALDO, Beatriz. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 2011, vol. 11, no 3.
39. DÍEZ, S. Barroilhet; FORJAZ, M. J.; LANDÍVAR, E. Garrido. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 2005, vol. 33, no 6, p. 390-397.
40. . ECHEVERRI, MARY ROSY MARTÍNEZ; PORRAS, Caroline Méndez; BALLESTEROS, Blanca Patricia. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica: La Revista*, 2004, vol. 3, p. 231-246.
41. ¹BARRETO, Pilar, et al. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 2015, vol. 22, no 1, p. 25-32.
42. ¹ NAVAS, Carmen; VILLEGAS, Hyxia. Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 2006, vol. 1, no 27, p. 29-45.
43. RUDILLA, David, et al. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 2015, vol. 24, no 2, p. 79-82.
44. CARRANZA, Eusebio Torres, et al. Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2008, vol. 13, no 11, p. E735-741.
45. ROJAS-MAY, Gonzalo. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*, 2006, vol. 17, no 4, p. 194-197.
46. ¹ RANA, Madiha, et al. Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 2014, vol. 22, no 11, p. 2981-2986.
47. ¹ WARANAKULASURIYA, K. A., et al. An alarming lack of public awareness toward oral cancer. *Br Dent J*, 1999, vol. 187, p. 319-328.
48. HASSANEIN, Kamal Abdel-Aal Mohamed; MUSGROVE, Brian T.; BRADBURY, Eileen. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping

mechanisms. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2005, vol. 33, no 6, p. 404-409.

49. AIRALDI, M. Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas de una muestra paraguaya. Eureka, 2010, vol. 7, no 1, p. 143-162.
50. CABRERA, A.; FERRAZ, R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomédica, medicina familiar y comunitaria, 2011, vol. 6, no 1, p. 42-48.

ANEXOS



Grafica 1. Relación del paciente y sus compañeros, actividades.

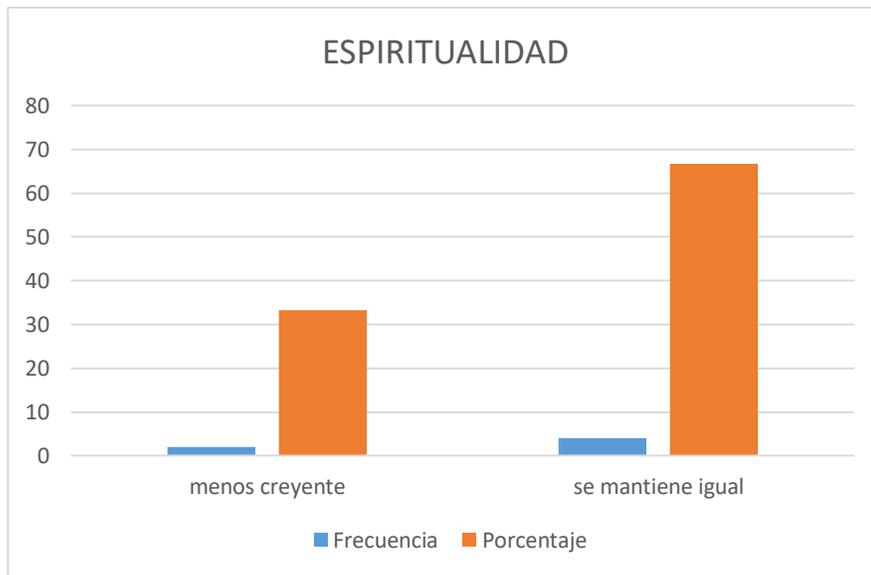


Grafico 2. El paciente y el aspecto espiritual.

IMPACTO DEL CANCER ORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

La finalidad de esta investigación es conocer el impacto que causa el diagnóstico de cáncer, afectando directamente sus vidas desde un punto de vista social, económico, psicológico y espiritual.

Marque con una (x) la opción de su preferencia

Nombre _____ Edad 52

Sexo: (F) (M) Estrato 2 Tipo de cáncer _____

1. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con cáncer oral?

- a. Menor a un año
- b. De 1 a 3 años x
- c. De 3 a 5 años
- d. Mayor de 5 años

2. ¿Qué sentimiento tuvo en ese momento?

- a. Shock

- b. Rabia
- c. Tristeza
- d. Depresión
- e. Negación x

3. ¿Ha recibido apoyo psicológico?

- a. Siempre
- b. Casi siempre x
- c. Algunas veces
- d. Nunca

4. ¿Considera que las terapias han sido satisfactorias?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces x
- d. Nunca

5. ¿Considera que la enfermedad ha afectado las relaciones con su familia?

- a. Siempre x
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Nunca

6. ¿Ha recibido apoyo emocional de su familia o con las personas con la que vive?

- a. Siempre
- b. Casi siempre x
- c. Algunas veces
- d. Nunca

7. ¿Su familia o las personas con las que vive ha recibido apoyo psicológico?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces x
- d. Nunca

8. ¿Tiene esposo/a-pareja? Sí___x___ No_____

9. ¿Considera que la enfermedad ha afectado la relación con la pareja?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces x
- d. Nunca

10. ¿Considera que la enfermedad ha afectado la relación con su pareja?

- a. Se han distanciado
- b. Se han unido mas x
- c. Pelean constantemente
- d. Se mantiene igual

11. ¿Considera que la enfermedad ha afectado las relaciones con sus compañeros de trabajo o su ambiente laboral?

- a. Puntualidad
- b. Compromiso
- c. Rendimiento x
- d. Responsabilidad

12. Pertenece a alguna secta, religión o culto? Si_x___ No_____

13. ¿De qué manera el diagnóstico ha afectado su espiritualidad

- a. Ahora es menos creyente x
- b. Se mantiene igual
- c. No cree en nada