



Red Científica Iberoamericana

La Red Científica Iberoamericana (RedCIbe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región.

La RedCIbe, como parte integrante del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE), publica en esta sección de Salud(i)Ciencia entrevistas, artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

La contención familiar en pacientes con cáncer en Brasil

Familiar affection in cancer treatment in Brazil

Edilene Paiva Muniz

Psicóloga clínica, Maternidade Paço do Lumiar, San Luis, Brasil

Nádia Prazeres Pinheiro-Carozzo, Doctora en Psicología, Universidade

Federal do Maranhão, San Luis, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud

www.siicsalud.com/acise_viaje/ensicias.php?id=169276



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.



www.dx.doi.org/10.21840/siic/169276



La incidencia de cáncer en Brasil va en aumento. En 2020 hubo 449 000 nuevos casos y 232 000 muertes por la enfermedad,¹ números que indican un problema de salud pública. En cuanto a la población femenina brasileña, el cáncer de mama (29.7%) y de cuello uterino (16.7%) son los tipos más comunes.¹

El diagnóstico, y en consecuencia el tratamiento, de cáncer pueden provocar cambios en la vida de la persona, lo que afecta su condición física, psicológica, económica y social. En ese momento, el apoyo y afecto familiar pueden facilitar la adhesión al tratamiento,² asegurar la confianza y el coraje de los pacientes,³ aumentar la resiliencia⁴ y garantizar el mantenimiento de la esperanza.⁵

Al mismo tiempo, los estilos de afrontamiento adoptados pueden facilitar o dificultar el proceso de tratamiento y curación. La adopción de uno u otro estilo requiere la participación de tres elementos: recursos disponibles para el sujeto, percepción de la situación y estrategias que pueda implementar.⁶ Hay, por lo tanto, cuatro posibles estilos de afrontamiento al cáncer: focalizado en el problema, focalizado en la emoción, focalizado en la religiosidad o prácticas fantasiosas y focalizado en la búsqueda por apoyo social.⁷

Las mujeres brasileñas suelen utilizar: a) estrategias focalizadas en la búsqueda por soporte social cuando están

recién diagnosticadas;⁸ b) estrategias focalizadas en el problema (mujeres de clase social más alta) o focalizadas en la religión (mujeres de clase social más baja) mientras están en tratamiento clínico,⁹ y c) estrategias focalizadas en la religión cuando ya están en tratamiento para el cáncer y se sometieron a mastectomía.¹⁰

Esta investigación tuvo como objetivo principal analizar la relación entre el afecto familiar y el estilo de afrontamiento en pacientes con diagnóstico y en tratamiento para el cáncer. Como objetivo secundario, se consideró la caracterización sociodemográfica de las mujeres en tratamiento para el cáncer en la provincia.

Se realizó una investigación descriptiva, transversal y correlacional, en la que participaron 40 mujeres, diagnosticadas y en tratamiento del cáncer, alojadas en una Casa de Apoyo en un Hospital Oncológico de la ciudad de São Luis, capital de la provincia de Maranhão, en Brasil. Su participación fue voluntaria y anónima, al firmar el Formulario de Consentimiento Informado.

Se aplicaron tres instrumentos: 1) Protocolo de Caracterización Individual (PCI), que recopiló información personal para caracterizar a las participantes. 2) Escala del Modo de Afrontamiento de Problemas (EMEP),¹¹ en su versión adaptada¹² y validada¹³ para la población brasileña. La escala evalúa cuatro estilos de afrontamiento: focalizado en el problema ($\alpha = 0.84$), focalizado en la emoción ($\alpha = 0.81$), focalizado en la religiosidad y los pensamientos fantasiosos ($\alpha = 0.74$) y focalizado en la búsqueda de apoyo social ($\alpha = 0.70$). 3) El factor de afectividad familiar ($\alpha = 0.86$) del Inventario de Percepción de Apoyo Familiar (IPSF),¹⁴ Esta investigación cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki¹⁵ y de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil.¹⁶

Para caracterizar la muestra se realizaron análisis descriptivos, estimando frecuencias, medias y desviación estándar (cuando fue aplicable) con los datos recolectados mediante el PCI. Para evaluar la percepción del afecto

familiar se calculó el puntaje total del cuestionario IPSF. Luego, para identificar la forma de afrontamiento, se calcularon las medias aritméticas de los ítems de cada factor de la EMEP.

La media de edad de las mujeres fue 54.35 años (desviación estándar [DE] = 11.4); el 40% estaban casadas; el 97.5% vivía en el interior de la provincia; el 60% eran católicas, el 37.5% evangélicas y el 2.5% declaró no tener religión; el 50% terminaron la primaria, el 32.5% eran analfabetas y el 12.5% había terminado la secundaria; el 75% trabajaba como agricultora. En lo que refiere al antecedente de cáncer, el 82.5% tenía diagnóstico de cáncer de cuello uterino y el 17.5% de cáncer de mama. Como tratamiento, el 70% estaba en seguimiento, el 20% se sometía a radioterapia y el 10% a radioterapia y quimioterapia.

Aunque, generalmente, desacompañadas (80%), se encontró un puntaje medio de 34.23 (DE = 5.4) en el IPSF, que indica que las mujeres perciben el cariño y afecto de su familia. Al analizar los estilos de afrontamiento utilizados, se observó la prevalencia del estilo de afrontamiento religioso o las prácticas fantasiosas (media [M] = 4.6, DE = 0.43), seguida por el focalizado en el problema (M = 4.4, DE = 0.6), el focalizado en la búsqueda de apoyo social (M = 3.9, DE = 0.56) y focalizado en la emoción (M = 2, DE = 0.45). Por último, la correlación entre el afecto familiar y cada uno de los estilos de afrontamiento no alcanzó niveles de significación estadística. Sin embargo, existe una correlación positiva, moderada y altamente significativa entre el estilo de afrontamiento focalizado en el problema y el estilo focalizado en la búsqueda de apoyo social (0.418, $p < 0.01$). Esto indica que, cuanto mayor es el enfoque en la solución del problema, mayor es la búsqueda de apoyo social.

En este estudio se muestra que los datos epidemiológicos sobre el tipo de cáncer difieren de las estadísticas nacionales. Hubo mayor prevalencia de cáncer de cuello uterino, mientras que el cáncer de mama es el más prevalente entre las mujeres brasileñas y la principal causa de muerte por cáncer entre ellas en el país.¹ Los dos tipos de cáncer están relacionados con cuestiones socioeconómicas y educacionales. A su vez, el cáncer de cuello de útero, más prevalente en esta muestra, en algunos casos podría haber sido evitado, o detectado precozmente, con políticas de distribución de preservativos y acceso a consultas ginecológicas. Sin embargo, las mujeres participantes viven en las ciudades del interior de la provincia, municipios caracterizados por bajas condiciones económicas, alta tasa de pobreza, condiciones precarias de salud (por lo general), bajos índices de educación y escasa o nula información sobre la enfermedad.

En cuanto al afecto familiar, los hallazgos ponen de manifiesto la presencia de una relación afectiva entre las participantes y sus familias, lo que puede contribuir a una mejor adaptación a las nuevas contingencias que impone la enfermedad.²⁻⁵

Entre las estrategias de afrontamiento utilizadas prevaleció el afrontamiento religioso o fantasioso. Así, las mujeres suelen emitir diversas respuestas al estrés generado por el diagnóstico y tratamiento: la súplica, la resignación, la autodirección, la delegación y la colaboración, cuyos efectos pueden favorecer o dificultar la adaptación del individuo.¹⁷ Este dato se ve corroborado por estudios anteriores^{9,10,18-21} y justificado por el hecho de que el 97.5% de las participantes informaron pertenecer a alguna religión. Además, refuerza hallazgos de que los pacientes de mayor edad²¹ y de menor nivel educativo¹³ son más propensos a usar la religión como herramienta de afrontamiento. Sin embargo, estrategias focalizadas en el problema y en la búsqueda de apoyo social obtuvieron promedios altos, comportamiento sumamente adecuado, ya que la literatura indica que estas son las estrategias más efectivas para pacientes oncológicos.²² Por último, la correlación indica que cuanto más apoyo social busca y recibe el individuo, más preparado y seguro estará para abordar directamente el problema con el fin de cambiar o resolverlo. Esto se debe a que la búsqueda de apoyo familiar permite adaptarse y afrontar situaciones difíciles de forma más positiva.²³

Conclusiones

Este trabajo pone en evidencia: a) la necesidad de políticas de salud orientadas a la educación de la población, el acceso a los medios preventivos y el acceso a la atención básica de la salud; b) la importancia de comprenderse la religiosidad, la espiritualidad, la fantasía y la fe en el contexto de la salud, con vistas al acogimiento/intervención holística y, en consecuencia, más humana y eficaz en situaciones de enfermedad; y c) la necesidad de entrenamientos o programas de promoción de habilidades de afrontamiento más efectivas, como por ejemplo las focalizadas en el problema y en la búsqueda de apoyo social.

Las limitaciones de este estudio residen en su tamaño muestral, que impiden que sus resultados sean extrapolables a toda la población oncológica, y en el uso únicamente de medidas de autorrelato, que pueden ser afectadas por la deseabilidad del sujeto. A su vez, la agenda de investigación podría contemplar una muestra mayor de ambos sexos y con mayor variabilidad de clases económicas y antecedentes académicos, además de incluir a otros informantes, como los familiares y el equipo de salud que atiende al paciente.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022
www.siic.salud.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. Estatísticas de Câncer 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/2244>
2. Xavier BB, Gentili RDML. Afetos e cooperação familiar como coadjuvantes do tratamento de câncer de mama em mulheres. *Serv Soc Rev* 14(2):73-95, 2012.
3. Wang L, Geng X, Ji L, Lu G, Lu Q. Treatment decision-making, family influences, and cultural influences of Chinese breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing method. *Support Care Cancer* 28:3259-3266, 2020.
4. Alizadeh S, Khanahmadi S, Vedadhir A, Barjasteh S. The Relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 19(9):2469-2474, 2018.
5. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. *Asian Pac J Cancer Prev* 18(7):1889-1896, 2017.
6. Lazarus R, Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
7. Gimenes MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno; 2000.
8. Silva KK da, Barreto FA, Carvalho FPB de, Carvalho PR da S. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. *Rev Bras Prom Saúde* 33, 2020.
9. Leite F, Amorim MH, Castro DS de, Primo C. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enferm* 25(2):211-217, 2012.
10. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Rev Bras Cancerol* 55(4):355-364, 2009.
11. Vitaliano P, Russo J, Carr J, Maiuro R, Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivar Behav Res* 20(1):3-26, 1985.
12. Gimenes MGG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno; 2000.
13. Seidl EMF, Trócoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psic: Teor e Pesq* 17(3):225-234, 2001.
14. Baptista MN. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico USF* 10(1):11-19, 2005.
15. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. Helsinque; 1964.
16. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 12 jun 2013; Seção 1.
17. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clín* 34(supl.1):126-135, 2007.
18. Camêlo PS, Sousa AS. Estratégias de enfrentamento de adolescentes com câncer. *Conexos Clín* 13(2):524-546, 2020.
19. Borges MG, Anjos ACY, Campos CS. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev* 4(1):1002-1021, 2021.
20. Cardoso CRD, Peres RS. Estilos de enfrentamento religioso em mulheres acometidas por câncer de mama. *Estud e Pesq Psicol* 11(3):1058-1061, 2011.
21. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud* 11(1):155-164, 206.
22. Ottati F, Campos MPS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta Colomb de Psicol* 17(2):103-111, 2014.
23. Soares AB, de Souza MS, Medeiros HCP, Monteiro MC, Almeida Maia F, Nogueira Barros RS. Situações interpessoais difíceis: relações entre habilidades sociais e coping na adaptação acadêmica. *Psicol Ciên Prof* 39:1-13, 2019.