

Comparación de las percepciones del cáncer entre pacientes oncológicos y personal de salud

Comparison of Social Representations about Cancer between Cancer Patients and Health Professional

Lucía Del Carmen González Alcocer
Universidad Mondragón México

Mariana Alejandra Sierra Murguía
Cáncer Center Tec100 México

(Rec: octubre de 2019- Accept: junio de 2020)

Resumen

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. Las percepciones sobre esta enfermedad impactan en la calidad de vida de los pacientes y del personal de salud.

El objetivo de esta investigación fue conocer la percepción del cáncer en pacientes oncológicos y profesionales de la salud y compararlas entre sí. La investigación se realizó en un centro oncológico del estado de Querétaro, México, y se trató de un estudio cualitativo, en el que se utilizó la técnica "listados libres" de la antropología cognitiva. Constó de 10 pacientes con cáncer y 10 profesionales de la salud. El instrumento utilizado fue el de "listados libres". El análisis realizado fue perceptual cualitativo categorizando las palabras mencionadas en "listados libres" y un análisis de contenido temático. Se analizaron frecuencias y porcentajes de categorías y posteriormente se compararon entre personal y pacientes.

En los resultados, se identificaron categorías de emociones displacenteras, afrontamiento, tratamientos y oportunidad en ambos grupos. Las diferencias identificadas fueron que los profesionales incluían emociones displacenteras en ellos mismos, elementos de relación médico paciente y aspectos administrativos-económicos. Se concluye que existen similitudes entre profesionales de salud y pacientes en la percepción del cáncer, sin embargo, hay diferencias que deben ser tomadas en cuenta, como que el personal de salud también presenta malestar emocional.

Palabras claves: Cáncer, psico-oncología, percepción, experiencia del cáncer, médico-paciente

Abstract

In Mexico and the world, cancer is one of the leading causes of death. Associations with this disease can have an impact on the quality of life of patients and health professionals practising oncology. As a result, it was considered relevant to study the social representations (SR) of cancer and to make a comparison between oncology patients and health professionals.

Methods: The study was conducted in an oncology centre in the state of Querétaro, Mexico, and the sample consisted of 10 patients and 10 health professionals. Using qualitative perceptual analysis, it categorised the words mentioned in "free listings" and thematic analysis. Results: Categories of unpleasant emotions, coping, treatment and opportunity were identified in both groups. There were differences between SRs of cancer patients and health professionals; professionals included displeasing emotions in themselves (in addition to patients), elements of the doctor-patient relationship and administrative-economic aspects.

Conclusions: There are some similarities between health professionals and cancer patients in terms of cancer perception; however, there are differences that should be considered. One of them is that health staff also present emotional discomfort (even if they are not the ones who have the disease), patients did not present the category "death". In contrast, health staff did, this as well as the administrative-economic category. These findings allow us to explore the perceptions of staff and patients to determine future lines of research.

Keywords: Cancer, psycho-oncology, social representations, perception, experience

Introducción

El cáncer, según la OMS, se refiere a “un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo y que se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso al que se le denomina metástasis” (OMS, 2018, p.1).

Aproximadamente una sexta parte de las defunciones mundiales son causadas por esta enfermedad. Acorde a la Organización Mundial de la Salud (2018), durante el 2015, 8.8 millones de personas murieron por esta causa, y cerca del 70% de las mismas fueron en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2018).

En México, según los datos recaudados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre el lapso del 2011 y 2016, dos de cada 100,000 habitantes de 0 a 17 años fallecieron anualmente debido a tumores en órganos hematopoyéticos (leucemia, linfomas, mielomas). 3 de cada 10 muertes por cáncer en la población de 30 a 59 años, son consecuencia del cáncer en órganos digestivos. Respecto al cáncer de mama, en 2016 se observan 16 defunciones por cada 100,000 mujeres de 20 años y más (INEGI, 2018).

Dentro de los factores de riesgo relacionados con el cáncer, existen algunos que son modificables, como el índice de masa corporal (IMC) elevado, el sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco, ingesta reducida de frutas y verduras. A nivel mundial, estos factores son relacionados a un tercio de las muertes por cáncer y específicamente el tabaquismo es causante de 22% de las muertes por esta causa (OMS, 2018).

Además de los factores de riesgo conductuales, que son modificables, existen otras conductas de salud que se buscan promover, como la realización de estudios para detección oportuna y la adherencia terapéutica, que pueden relacionarse con un mejor pronóstico a la enfermedad. La detección oportuna del cáncer se ha asociado a diferentes variables, tales como, sociodemográficas (edad, género, lugar de residencia), cognitivas (cultura, conocimiento, creencias) y a factores relacionados al sistema de salud (Salas & Peiró, 2013).

Desde la perspectiva de las creencias, los pensamientos y las percepciones que se encuentran en el área de salud existen modelos que describen las conductas o respuestas encontradas con mayor frecuencia en pacientes con alguna enfermedad física. *El modelo de creencias de salud (MCS)* es uno de los más utilizados en promoción de la salud ya que establece un conjunto de conductas o respuestas individuales de los pacientes a su enfermedad con un enfoque cognitivo perceptivo. Este modelo basado en las teorías conductuales y del aprendizaje, se enfoca en los procesos cognitivos que conllevan a una valoración individual de una expectativa de una situación específica. En pacientes oncológicos y en los médicos tratantes, la intención de evitar la enfermedad y promover calidad de vida en los pacientes sería la variable de valoración, y la expectativa sería la creencia de que una conducta promoverá la mejoría del proceso de la enfermedad. El MCS se basa en tres áreas: 1) la percepción de que un evento es importante y validarlo como “suficientemente grave” para considerarlo, 2) la percepción de que el individuo es vulnerable ante la situa-

ción y 3) la percepción de que las conductas o acciones que realice el paciente serán beneficiosas para el proceso de la enfermedad. La aceptación de estas tres esferas del modelo de creencias, determina que es la percepción individual la que establecerá el comportamiento del paciente (Juárez, Téllez & García, 2019).

En cuanto a estudios sobre la percepción del cáncer, la Sociedad Española de Oncología Médica hizo una investigación sobre esto, concluyendo que el cáncer es la enfermedad más temida por la población española (SEOM, 2007). En efecto, y haciendo una comparación entre distintas enfermedades (Parkinson, Cáncer, Alzheimer, Enfermedad coronaria, Sida y otros), el 79% de los encuestados señaló al cáncer, y el 64% lo temía más que a ninguna otra enfermedad (SEOM, 2007). Acorde a los resultados de este estudio, el 36% de los participantes relacionan el cáncer con la muerte, el 27%, percibe el cáncer como incurable y 1 de cada 4 relacionan el cáncer con dolor. No se han descrito resultados similares en población mexicana.

Otro estudio de creencias sobre el cáncer, fue realizado por el Cancer Research Center, Seattle, siendo titulado como: “*The ‘cause’ of my cancer, beliefs about cause among breast cancer patients and survivors who do and do not seek IO (Integrative Oncology) care*” (La “causa” de mi cáncer, las creencias sobre la causa entre los pacientes con cáncer de mama y sobrevivientes que buscan y no buscan atención de IO). En esta investigación participaron 552 sobrevivientes de cáncer de mama, de las cuales, 245 mujeres habían buscado tratamiento integral para su enfermedad y 307 no lo habían hecho. El 31% de las mujeres que participaron, relacionaron la causa de su cáncer con genética y antecedentes familiares, mientras que el 31% lo relacionó con el estrés y el afrontamiento. Por otro lado, 27% del grupo lo relacionó con las toxinas y productos químicos y el 17%, con factores de riesgo epidemiológicos y estilo de vida (Robyn & Hutchinson, 2015). Las pacientes que obtuvieron un tratamiento oncológico integral, relacionaron la causa de su cáncer con estrés y afrontamiento. Los autores concluyeron que las creencias sobre las causas del cáncer van cambiando con el tiempo, lo cual es muy importante, ya que de esto depende el tratamiento que los pacientes deciden tomar, incluyendo la quimioterapia, los tratamientos alternativos y el tratamiento integral oncológico (Robyn, & Hutchinson, 2015).

Dentro del marco que sustenta la importancia de las creencias en el cáncer, se encuentra la teoría de la *apreciación cognitiva*, que dicta que, al enfrentarse a una situación estresante (como puede ser el diagnóstico oncológico), existen dos tipos de apreciación: primaria y secundaria. En la primaria, la persona evalúa un evento como indiferente, benigno o estresante; mientras que, en la secundaria, la persona evalúa los recursos frente al estresor (Lazarus y Folkman, 1984). Estos procesos se asocian con la respuesta que puede presentar una persona ante una noticia como puede ser un diagnóstico de cáncer, que se ha asociado a respuestas emocionales como miedo, ansiedad, enojo o negación (Samson & Siam, 2008). Estas respuestas pueden presentarse en un individuo que ve la noticia como una pérdida o amenaza y normalmente, el paciente va poniendo en marcha la apreciación secundaria, en donde busca identificar y generar conductas más adaptativas que le ayudarán a sobrellevar la enfermedad y tratamiento.

El diagnóstico oncológico se ha descrito como una experiencia de vida estresante y potencialmente traumática, debido a las demandas que impone (físicas, psicológicas, sociales y financieras), las que requieren ajustes y adaptación por parte del paciente (Mahendran, Lim, Chua, Lim & Kua, 2017).

Una de las variables descritas como en el desarrollo de preocupaciones patológicas sobre el cáncer son los factores cognitivos, que incluyen cogniciones (pensamientos), afecto y conducta, y que acorde al modelo cognitivo conductual, interactúan (Liu, Peh, Simard, Griva & Mahendran, 2018). En estudios previos, se ha encontrado que los pensamientos, específicamente las preocupaciones catastróficas, se asocian a mayores niveles de miedo a la recurrencia del cáncer (Butow, S. Kelly, B. Thewes, G. Hruby, L. Sharpe & J. Beith, 2015) y que la percepción cognitiva de amenaza en pacientes oncológicos ha sido descrita como uno de los mayores predictores de distrés (malestar emocional) y de disminución en la calidad de vida (Gillanders, D., Sinclair, A., MacLean, M. y Jardine, K, 2015). De igual manera, la evaluación subjetiva de una situación potencialmente estresante puede influir también hacia la búsqueda de sentido y, por ende, al crecimiento post traumático (Kamijo, N. & Yukawa, S., 2014).

Debido a la influencia que tiene la percepción y las creencias en el comportamiento de las personas, y al rol que juegan en la adaptación al cáncer y en la respuesta emocional al mismo, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la percepción del cáncer en pacientes oncológicos, así como en profesionales de la salud, para posteriormente compararlos. Conocer estas creencias y percepciones puede ayudar a diseñar estrategias encaminadas a su modificación, para facilitar la adaptación y mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Método

Es un estudio con metodología cualitativa. Se utilizó la técnica de "listados libres" de la antropología cognitiva (Bernard, 2011), que se basa en pedir a los participantes una lista de palabras asociadas a un tema en particular, en este caso, a la palabra "cáncer", y a explicar por qué se ha elegido cada palabra. Posteriormente, se hizo un análisis de frecuencias de palabras, con análisis de contenido y categorización de las respuestas.

Procedimiento

Se invitó a los participantes a contestar las listas, recalando la participación voluntaria y la confidencialidad en sus respuestas. Se aplicaron las listas a pacientes mientras estaban en la sala de espera y al personal de salud se les entregó en sus áreas de trabajo. Este formato contiene la palabra *cáncer* y el participante debe proporcionar 5 palabras que relacione con la misma y explicar por qué incorpora cada palabra.

Luego de ello se capturaron los datos, y se hizo un análisis de contenido temático y una categorización de las palabras identificadas. Finalmente, se hizo un análisis de frecuencias y porcentajes de las categorías para describir en cada grupo y comparar las frecuencias entre sí.

Participantes

El estudio se realizó en un centro oncológico privado de la ciudad de Querétaro, México. Los criterios para la participación de los pacientes fueron: que aceptaran participar en el

estudio y que tuvieran un diagnóstico oncológico. En el caso del personal, se seleccionó a quienes en su trabajo tuviesen atención directa a pacientes con cáncer (enfermeras, médicos, nutricionista, fisioterapeuta, etc.).

El muestreo se hizo por conveniencia, y se incluyeron diez pacientes oncológicos en tratamiento dentro del centro y diez profesionales de la salud que laboren en la institución.

Los participantes fueron 15 mujeres y 5 hombres (20 personas en total), sus edades fluctuaron entre los 17 y 63 años, con un promedio de edad de 42,3 en las mujeres y 34,7 en los hombres.

El grupo de pacientes se conformó por 10 pacientes en tratamiento, 7 de ellos, mujeres. Los diagnósticos oncológicos fueron cáncer de mama (4), cáncer ginecológico (2), meduloblastoma (Sistema Nervioso Central) (1), próstata (2) y testículo (1). En cuanto a escolaridad, 4 de ellos contaban con licenciatura completada, 2 preparatoria, 2 posgrado, 2 estudios básicos.

El grupo de profesionales de salud se conformó por 10 trabajadores, de los cuales 7 fueron mujeres. En cuanto a escolaridad, 4 contaban con licenciatura, 3 con posgrado, y 3 con carrera técnica. Se incluyeron 5 médicos (oncólogos, médico general, médico en herbolaria), 2 enfermeras, 1 fisioterapeuta, 1 nutriólogo y 1 recepcionista.

Instrumentos

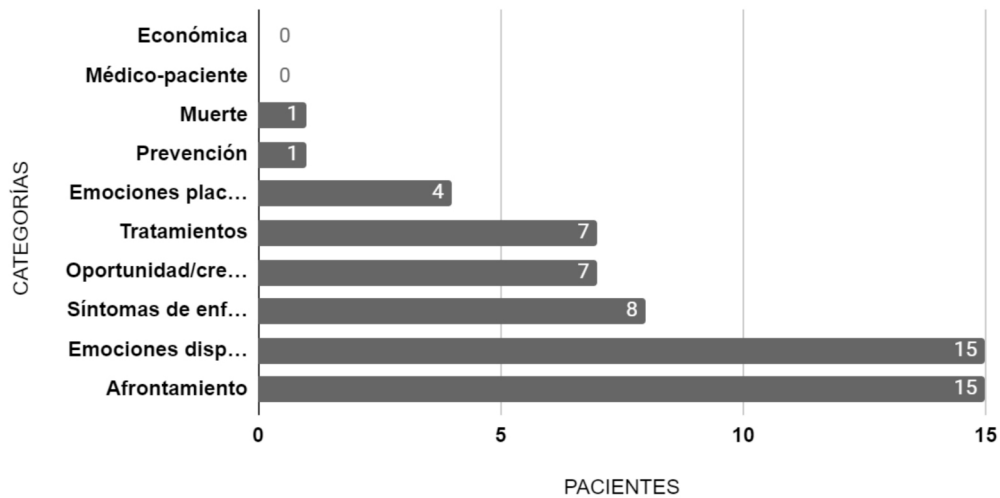
Formato para listado libre, diseñado para el presente estudio. En este formato se le pidió al participante que identificara cinco palabras que pudiese asociar con la palabra "cáncer", y para cada palabra incluida, se le pidió poner una breve explicación sobre su elección.

Análisis de datos

Se realizó un *análisis procesual cualitativo*, consistente en una categorización de las palabras identificadas en los listados libres y un análisis de contenido temático. Las categorías fueron formadas a partir del contenido identificado (*Bottom-Up*). La categorización fue realizada entre dos psicólogos con experiencia clínica en pacientes con cáncer. Ésta se realizó de manera independiente y posteriormente, se reunieron para identificar las categorías identificadas. Al haber discrepancias, se discutían para determinar a qué categoría podría pertenecer (tomando la explicación dada por el participante sobre por qué eligió esa palabra como criterio). Más tarde, se hizo un análisis de frecuencias y porcentajes de las categorías.

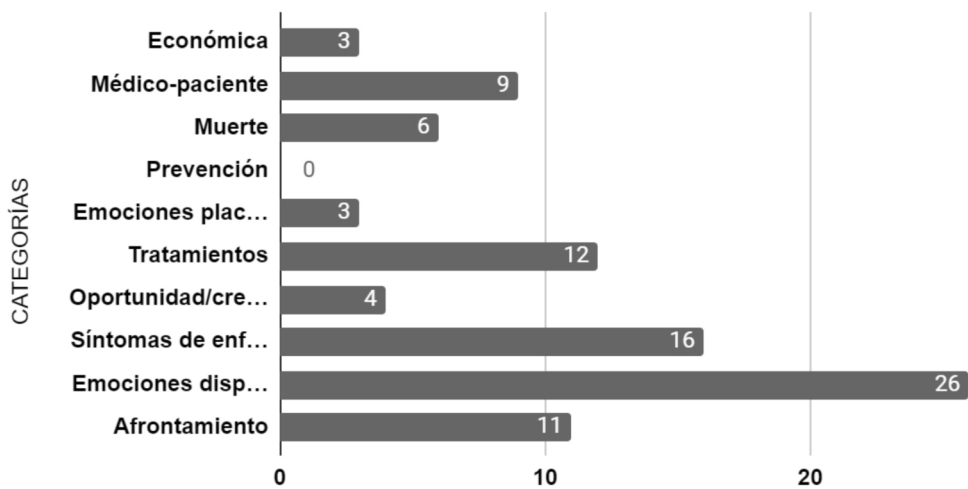
Resultados

Las categorías temáticas de análisis encontradas para la percepción del cáncer se analizaron por grupos de participantes: uno de pacientes (figura 1) y uno de personal de salud (figura 2).



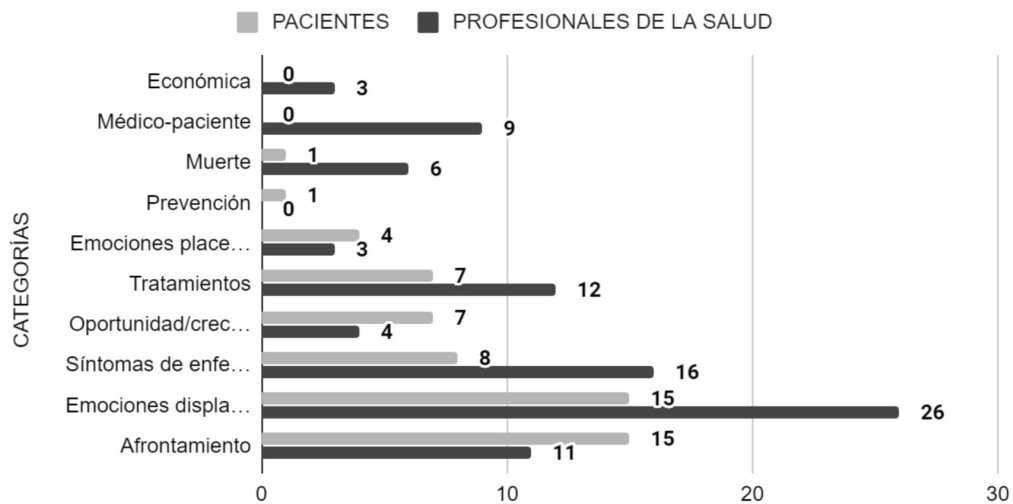
Nota: El gráfico representa las categorías encontradas en los pacientes oncológicos.

Figura 1. Frecuencia de las categorías en pacientes oncológicos



Nota: El gráfico representa las categorías encontradas en los profesionales de la salud.

Figura 2. Frecuencia de las categorías en profesionales de la salud



Nota: Diferencias en la percepción del cáncer entre los dos grupos.

Figura 3. Comparación de las frecuencias de categorías entre pacientes y profesionales de la salud

Se hizo el análisis de frecuencias y porcentajes para hacer una comparación entre grupos, mostrando diferencias en la percepción del cáncer que se reflejan en la figura 3.

En cuanto al análisis en el grupo de pacientes, se encontraron las siguientes categorías:

a) *Afrontamiento*: esta categoría apareció únicamente en los pacientes oncológicos. Refiere a palabras como lucha, guerrero, fuerza, fortaleza, retos, resistencia, apoyo social (familia y redes de apoyo), aprecio y esperanza. Ejemplo: *"porque es una carrera de resistencia y lucha por salir adelante en todos los aspectos"*.

b) *Emociones displacenteras*: esta categoría incluyó todas las emociones displacenteras que surgen a partir de un diagnóstico de cáncer. Los pacientes incluyeron emociones como: angustia, incertidumbre, sufrimiento, dificultad, sorpresa (considerando que en este caso la noticia es mala, la sorpresa se manifiesta como una emoción displacentera). Ejemplos: *"es una enfermedad que causa dolor y no sé si puedo superarlo"*; *"sentimiento normal ante una enfermedad"*.

c) *Síntomas de la enfermedad y de los tratamientos*: se identificó la palabra enfermedad con mucha prevalencia, así como mareo, dolor, malestar, caída de pelo y hospitalización. Ejemplos: *"es una enfermedad muy pesada"*; *"después de una quimioterapia uno se siente muy cansado y quiere estar acostado"*.

d) *Oportunidad / Crecimiento*: en esta categoría se incluyó a todas aquellas palabras que indican crecimiento y nuevas posibilidades a partir del diagnóstico. Se encuentra con mayor prevalencia en pacientes oncológicos con palabras como oportunidad, conocimiento, crecimiento, valorar, entendimiento, equilibrio y transformación. Por ejemplo: *"un diagnóstico como este, causa que aprecies más la vida y las cosas cotidianas"*; *"obliga a superar situaciones y circunstancias que tienen que ser modificadas"*; *"abres puertas que nunca abriste en tu vida, te conoces interiormente te escuchas en silencio, aprendes más quién eres y qué es lo que tienes"*.

e) *Tratamientos*: hace alusión a tratamientos oncológicos, como quimioterapia, radioterapia. La palabra quimioterapia se identificó como una de las palabras con mayor prevalencia tanto en pacientes como en profesionales de la salud, así como radioterapia y cirugía en segundo y tercer lugar respectivamente. Ejemplo: *"son los tratamientos que se llevan"*.

f) *Emociones placenteras*: aquí se incluyeron todas aquellas emociones placenteras que surgieron a partir de un diagnóstico de cáncer desde la percepción del paciente. Algunas de las mencionadas con mayor prevalencia fueron: amor, aprecio y empatía, por ejemplo: *"es pasar ese obstáculo y levantarse y seguir adelante, también superar miedos o demonios internos"*.

En cuanto al grupo del personal de salud, se establecieron las siguientes categorías:

a) *Emociones displacenteras*: aquí se incluyeron emociones displacenteras relacionadas al cáncer. A diferencia de los pacientes, el personal de salud habla de éstas en sí mismos y en el paciente: sufrimiento, dolor, depresión, angustia, temor. Ejemplos: *"me causa miedo, a pesar de no ser sinónimo de muerte es en lo primero que pensaría"*; *"durante el transcurso de la patología hay presencia tanto de dolor nociceptivo, neuropático y psicogénico"*; *"en familiares y pacientes, prefieren mentir y mentirse"*; *"tengo 2 hijos y solo de imaginar una situación con este diagnóstico me causa pavor"*; *"porque enseguida se asocia de forma personal"*.

b) *Síntomas de la enfermedad y de los tratamientos*: esta categoría está conformada por palabras relacionadas a síntomas tanto de la enfermedad como tratamientos.

c) *Tratamientos*: la palabra quimioterapia se identificó como una de las palabras con mayor prevalencia tanto en pacientes como en profesionales de la salud, así como radioterapia en segundo lugar, y luego cirugía. Ejemplos: *"el efecto más visible de la quimioterapia es este (alopecia)"*; *"imposibilidad funcional en actividades diarias"*; *"el cáncer es una enfermedad como tal, que puede afectar cualquier zona del cuerpo"*.

d) *Afrontamiento*: se refiere a esfuerzos o conductas que hacen las personas para enfrentar la enfermedad. Se incluyeron palabras como lucha, apoyo, familia, como en los siguientes casos: *"el paciente debe de estar en continua lucha, el ánimo del paciente es un factor importante en el apego al tratamiento"*; *"siempre apoyar al px, así confía más el px en tí y valorar el apoyo de la familia"*.

e) *Médico-Paciente*: se incluyen aspectos relacionados a la relación médico paciente, desde la comunicación, empatía y elementos de la relación. En esta categoría se incluyeron palabras como: amor, empatía, apoyo, decisiones. Ejemplos: *"solo así puedes ayudarlos"*; *"siempre apoyar al px, así confía más el px en tí y valorar el apoyo de la familia"*; *"si realmente no comprendes la forma en que viven durante su tratamiento es difícil que crean en tí"*.

f) *Muerte*: esta categoría tuvo mayor prevalencia en personal de la salud; no se presentó en el grupo de pacientes. Se incluyeron los que pusieron la palabra muerte, como en los casos a continuación: *"muchas personas mueren"*; *"en su mayoría recaen los pacientes"*; *"es una enfermedad que puede ser mortal"*.

g) *Oportunidad / Crecimiento*: se refirieron las palabras que referían cambios u oportunidades de crecimiento tales como: crecimiento, transformación, oportunidad, cambios. Ejemplos: *"en general he notado que pacientes con cáncer y sus familias crecen mucho independientemente del resultado"*.

clínico”, “es una oportunidad para hacer conciencia de tus recursos internos y externos. Dejar a un lado lo superficial”, “en varias ocasiones quien lo padece realiza trabajo interior, logran priorizar el presente y lo que tienen y ven la forma de trabajar sus áreas de oportunidad”.

h) *Emociones placenteras*: se incluyeron emociones placenteras ya sea para pacientes, familias o incluso para el mismo personal. Un ejemplo de las palabras que formaron esta categoría fue esperanza: *“porque a pesar de lo complicado que se escucha creo que siempre debe existir la esperanza de mejorar, de luz”, “relaciono la palabra “cáncer” con mi profesión, buscando ayudar a los pacientes aunque sea un poco a mitigar su molestia”, “se observan muchas muestras de cariño y apoyo hacia la persona que lo padece”.*

i) *Económico/administrativo*: esta categoría fue mencionada únicamente por el personal de la salud e incluye palabras como presupuesto, seguros y economía, a saber: *“quienes no cuentan con seguro de gastos médicos, la cobertura del tratamiento de la enfermedad dependerá de sus propios recursos”, “Ausencia de seguro de gastos médicos. Costo de tratamiento, cirugía, hospitalización, transporte.”*

Discusión

El presente estudio buscó describir las percepciones de los pacientes y del personal de salud, sobre la palabra *cáncer*, para posteriormente compararlas.

Se identificó que los pacientes pensaban en cómo afrontar el cáncer y en las emociones displacenteras que se relacionaban al mismo, así como también, hicieron alusión a síntomas de la enfermedad y tratamientos. De igual manera, percibían el cáncer como una oportunidad de crecimiento.

El personal de salud, por su parte, se enfocó más en emociones displacenteras para el paciente, pero también incluyendo las que ellos presentaban como tratantes. Hubo un enfoque mayor en síntomas, tratamientos y afrontamiento. En este grupo, se formó una categoría nueva que incluía la relación médico paciente, ya que el personal hablaba de la relación, empatía y comunicación que se tenía con los pacientes.

Al comparar las percepciones, se identificó que existen algunas similitudes, como que *emociones displacenteras* es de las primeras categorías en ambos grupos (pacientes y personal de salud); sin embargo, el personal de salud también refirió emociones displacenteras para ellos como tratantes y al comunicar las malas noticias, cosa que los pacientes no describen.

Considerando que existen categorías que se presentaron únicamente en la percepción de uno de los grupos de personas, como las categorías *economía, relación médico-paciente y muerte* en el caso de los profesionales de la salud, concluimos que la percepción se vive de manera distinta. Estos resultados podrían ser reflejo de que la importancia de esta relación para el personal de la salud no está siendo percibida por los pacientes, por lo que sería necesario buscar alternativas para que ellos consideren al médico como parte de la red de apoyo o afrontamiento de la enfermedad.

Dentro de la categoría *emociones displacenteras*, dos personas del área de salud expresaron el miedo o temor que sienten hacia padecer cáncer o a que algún ser querido la padezca, esto puede ser explicado por la empatía en la relación médico-paciente, elemento básico en el tratamiento oncológico. Sin embargo, este estrés por empatía ha sido descrito como un factor de riesgo para el síndrome de burnout en el personal de salud. Este síndrome es multifactorial y se caracteriza por agotamiento físico y emocional, despersonalización, desapego y disminución de la satisfacción personal por el trabajo (Paiva, Parreira y Sakamoto, 2018).

En efecto, en el personal de salud que trabaja con pacientes oncológicos, existe mayor prevalencia de este síndrome debido a la frustración que puede generar tratar con una enfermedad incurable, que se asocia a altos niveles de malestar emocional (Paiva et al., 2018). Esto también se vio reflejado en la percepción que tuvo el grupo de personal de salud sobre el cáncer, donde los participantes mencionaron más las emociones, menos la oportunidad de crecimiento y también mencionaron otros estresores como los económico-administrativos.

El estudio sociológico sobre la percepción del cáncer en población española que publica SEOM (2007), indica que existe una fuerte relación cáncer-muerte, que la enfermedad se percibe como incurable y que produce dolor. En la misma línea estaría la prevalencia de las palabras *oncólogo* y *quimioterapia*. No obstante, estos resultados contrastan con los obtenidos en la presente investigación realizada en población mexicana, en donde esta relación cáncer-muerte no era prevalente en el grupo de pacientes, aunque sí mayormente en el personal de salud.

El crecimiento postraumático es el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). La categoría de *oportunidad/crecimiento* refiere a este tipo de cambios positivos los cuales fueron encontrados en un alto porcentaje de los pacientes oncológicos entrevistados, y en el personal de la salud, con palabras como *lucha, guerreros*, dificultad. Estos datos nos sugieren que, aunque el cáncer de primera instancia, se relaciona con emociones displacenteras, el crecimiento positivo y las nuevas posibilidades son oportunidades para el paciente, su familia y el personal de salud. Es un área que la psicooncología puede promover, generando herramientas a los pacientes para encontrar un crecimiento a partir de un diagnóstico como el cáncer y así promover una mejor calidad de vida.

El presente estudio fue descriptivo y cualitativo, por lo que la muestra no es significativa. Pese a ello, puede servir como un primer acercamiento para determinar otras pautas de investigación, por ejemplo, evaluar el crecimiento post trauma en estos pacientes, el malestar emocional en personal de salud que trabaja con pacientes oncológicos y las necesidades de información. Esto es sugerido para futuros estudios.

Dentro de las limitaciones, la selección de la muestra se hizo por conveniencia, pudiendo establecer sesgos.

Respecto de las fortalezas del estudio, cabe señalar que se consideró el punto de vista de pacientes oncológicos con respecto a su propia enfermedad, así como de los profesionales de la salud que día a día están en contacto con esta enferme-

dad. Además de la oportunidad al área de Psicooncología y Calidad de Vida para implementar programas de intervención en psicoeducación tanto a pacientes como a población en general sobre los mitos y las realidades del cáncer.

Se concluye con el presente estudio, que la percepción de pacientes oncológicos y profesionales de la salud hacia el cáncer es diferente. Se necesita comprender lo que los pacientes viven al tener un diagnóstico como este, así como atención a las emociones displacenteras o factores psicológicos que influyen en la vida del personal de la salud que se dedica al área de oncología y eventualmente empeoran su calidad de vida.

Referencias

- Bernard, H. (2006). *Research Methods in Anthropology*. Oxford: Altamira Press.
- Butow, S. Kelly, B. Thewes, G. Hruby, L. Sharpe, J. Beith (2015). Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence, *Psycho-Oncology*; 24: 416–423, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3659>.
- Calhoun, L. & Tedeschi, R. (1999). *Facilitating Post-traumatic Growth: A Clinician's Guide*.
- Gillanders, D., Sinclair, A., MacLean, M. y Jardine, K. (2015). Las cogniciones de la enfermedad, la fusión cognitiva, la evitación y la autocompasión como predictores de angustia y calidad de vida en una muestra heterogénea de adultos, después del cáncer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía(INEGI). (2018, 2 febrero). Recuperado 16 noviembre, 2018, de 2019 http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
- Juárez-García, D., Téllez, A., & García-Cadena, C. (2019). Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. *Acta de investigación psicológica*; 9(1), 7-14.
- Kamijo, N. & Yukawa, S. (2014). Meaning making and rumination: the roles of threat evaluation and personality. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 113, 118-123.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Liu, J., Peh, C., Simard, S., Griva, K. & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*; 111, 120-126.
- Mahendran, H.A. Lim, J. Chua, S.E. Lim, E.H. Kua (2017). Psychosocial concerns of cancer patients in Singapore, *Asia Pac. J. Clin. Oncol.*; 13(2), 96–103, <http://dx.doi.org/10.1111/ajco.12344>.
- OMS (2018). Cáncer. septiembre 2018, de Organización Mundial de la Salud. Sitio web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Paiva, C., Parreira B. & Sakamoto, B. (2018). Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors. *BMC Cancer*; 18, 1044.
- Robyn, M., Hutchinson, F. (2015). *The 'cause' of my cancer, beliefs about cause among breast cancer patients and survivors who do and do not seek IO care. Psycho-Oncology*,

Samson, A. y Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling*, 70, 426–429.

Salas, D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 15(2), 66-75.

SEOM(2007). *Estudio Sociológico sobre la Percepción del Cáncer en España*. noviembre 2018, de SEOM Sitio web: https://svadcf.es/documentos/noticias/general/pdf/seom_dossier_cancer.pdf