

Universidad de Costa Rica

Trabajo Comunal Universitario

Hacia la atención integral de la personas con cáncer y sus familias

Nombre del proyecto:

“Mente y cuerpo en armonía”

Unidad Académica:

Tecnologías en Salud

Coordinadora del Proyecto:

Msc. Mayra Rodríguez

Ubicación del proyecto:

Unidad de Cuidados Paliativos

Desamparados, Alajuela

Responsables:

Marta Alfaro Rojas	A20157	Estudiante de Terapia Física
Angie Aguilar Jiménez	973819	Estudiante de Psicología
Elena Rodríguez Morúa	802720	Estudiante de Comunicación

2005

I. Parte: Proyecto planteado para la realización del TCU

A. Problema del cáncer

Los pacientes con cáncer en fase terminal generan gran demanda existencial que aumenta a medida que se acerca el final de la enfermedad. Los efectos físicos de la enfermedad y el tratamiento suelen ser bastante duros, y el impacto emocional y psicológico de tener cáncer puede ser igualmente desafiante.

Son escasos los lugares de atención a los que se puede recurrir en la búsqueda de comprensión y apoyo frente al dolor que produce la pérdida de un ser querido. Los grupos de ayuda mutua son los sitios a los que se acude con mayor frecuencia en esas dolorosas circunstancias.

El cáncer es un padecimiento terminal, la muerte está implicada inevitablemente y la muerte en si misma no es un tema de fácil manejo para la mayoría de las personas. El apoyo psicológico es crucial en este sentido y muchas veces pierde importancia frente a la urgencia del tratamiento médico.

Las dudas de cómo manejar la noticia del diagnóstico de la enfermedad así como el avance hacia etapas más delicadas son tareas sumamente difíciles que tanto paciente como familia no están listos para asumir. La psicología debe hacerse presente en este campo y dar apoyo logístico y de acompañamiento desde el inicio hasta el final de la enfermedad.

Debería incluirse el apoyo psicológico en el tratamiento del cáncer, es decir reconocer las necesidades de la persona que padece la enfermedad más allá del ámbito médico. El problema desde la psicología es mas bien un problema de ausencia de la misma en el proceso del tratamiento de la enfermedad. Podría decirse también que la psicología debería de educar a las personas en una visión menos fatídica y negativa de la muerte para entenderla más bien como un proceso natural e inevitable.

Si la psicología incursionara de una manera más activa en el asunto del acompañamiento terapéutico y familiar, además de una educación para el duelo; todas las partes involucradas podrían dar un mejor apoyo y los pacientes se beneficiarían mas de una acción conjunta y flexible del cuerpo médico y psicológico. El diálogo entre los profesionales es indispensable para que el abordaje sea mas rico en perspectivas y propuestas que realmente estén al servicio del paciente.

La persona con cáncer tiene, en la mayoría de los casos, algún familiar o amigo que se encarga de cuidarle y ofrecerle las mejores condiciones, con el fin de que pueda vivir con dignidad y privacidad la etapa final de su enfermedad. El paciente y su cuidador deben estar informados a lo largo del tratamiento oncológico y de rehabilitación, los procedimientos requeridos para recuperar o mantener su funcionalidad.

Este proyecto de Trabajo Comunal Universitario plantea aportes basados en la atención integral de las personas con cáncer y sus familias. El objetivo consiste en llevar a todos los centros de atención, la información necesaria para mejorar las condiciones de atención que se brindan a las personas con cáncer.

La información que se ofrezca en los centros de cuidados paliativos puede permitir planificar con realismo todos los cuidados, en función de los recursos materiales como la cama, el colchón, los medicamentos, la higiene, así como los recursos humanos, disponibilidad del cuidador, personas que acompañen, apoyo familiar, entre otros.

El mejoramiento de la calidad de vida se logra mediante la educación. Por ello es importante la inclusión de un programa, dentro de los servicios que ofrece la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela, donde se informe aspectos que acontecen la enfermedad y que sea accesible a toda la población.

El conocimiento, que se hace llegar mediante talleres, permite que los cuidadores brinden una ayuda más efectiva y dirigida a su ser querido. Estos espacios que se generan en las reuniones o grupos de ayuda mutua permiten, por la intervención de un profesional, la evacuación de todas las dudas que se han presentado en el proceso de enfermedad.

B. Soluciones e intervenciones previstas

El presente proyecto está conformado por profesionales de distintas áreas de atención. Esto ha permitido ofrecer una atención integral a la persona con cáncer y su familia. A continuación se expondrá la intervención que cada estudiante realizará según su ámbito laboral.

El objetivo principal de la terapia física, es preservar y restablecer la autonomía del enfermo de cáncer. Los servicios de rehabilitación ayudan a las personas a recuperarse de los cambios físicos causados por la enfermedad o por el tratamiento aplicado.

El paciente que ha estado inmóvil durante un tiempo, tras haber sido intervenido quirúrgicamente, al igual que el que ha recibido quimioterapia o radioterapia, puede sufrir del síndrome de inmovilización. La fisioterapia ayuda a recuperar la función muscular que se ha perdido a causa de esta inmovilidad y prevenir o aliviar síntomas molestos que surgen a lo largo de las diferentes etapas por las que pasa el enfermo.

Es de suma importancia conocer los comportamientos fisiológicos, que explican las diferentes reacciones que desarrolla el cuerpo ante alguna sustancia extraña o bien, ante sus propios componentes, con el fin de identificar los factores causales y poder dar un tratamiento más puntualizado.

Ahora bien, el padecimiento de una enfermedad terminal requiere necesariamente el acompañamiento psicoterapéutico. Los pacientes, la familia y los cuidadores necesitan contar con los recursos emocionales que les permitan afrontar de la mejor manera posible procesos tales como el duelo, la muerte, la modificación del proyecto de vida y todas las modificaciones que conlleva el diagnóstico, tratamiento y proceso en sí de la enfermedad cancerígena. Además del recurso médico, el paciente con cáncer de mama necesita recursos psicológicos como parte de un tratamiento integral.

Las charlas formativas para cuidadores y pacientes son un excelente recurso para establecer relación con la comunidad local y nacional, con la ayuda de los medios de comunicación colectiva, mediante brochures y la propiciación de espacios donde se expongan los temas más generales a tratar en el proyecto de “Atención integral a personas con cáncer y sus familiares”.

C. Objetivos del proyecto y actividades previstas:

Objetivos generales:

1. Desarrollar una serie de charlas formativas dirigidas a personas con cáncer de mama y cuidadores, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.
2. Ofrecer información útil para la autogestión de la persona con cáncer de mama y cuidadores, tanto desde la perspectiva psicológica como de la terapia física.

Objetivos Específicos:

1. Coordinar con la Unidad de Cuidados Paliativos para la organización y convocatoria de las personas con cáncer de mama y cuidadores.
2. Planear actividades participativas y educativas enfocadas a dar a conocer aportes que desde la terapia física y la psicología pueden beneficiar a personas con cáncer de mama y cuidadores.
3. Recopilar comentarios, dudas e inquietudes de las personas con cáncer de mama y cuidadores, para evacuarlas a lo largo del proceso.
4. Sugerir la importancia del trabajo a nivel personal que cada persona con cáncer de mama y cuidadores puede llevar a cabo para mejorar su calidad de vida.
5. Proveer material actualizado o cualquier otra información que sea de interés.
6. Documentar los contenidos de cada charla mediante la redacción de síntesis que permitirán la publicación de materiales impresos.
7. Coordinar con los medios de información la divulgación de las actividades entre la comunidad local y nacional.

Actividades previstas por el grupo

Sesión	Fecha	Temas	Objetivos	Actividad	Duración	Materiales	Responsable	
1	19-Jul	1- Cáncer generalidades: qué es? Cómo se desarrolla? Cuáles son las causas y los síntomas? Metástasis.	Transmitir los conocimientos básicos sobre el cáncer, sus tipos, consecuencias y la metástasis.	Charla ilustrativa	25 min.	Carteles Plasticina	Marta Alfaro	
		Receso				10 min.		
		2- La terapia física en las enfermedades terminales.	Mostrar las aplicaciones de la terapia física en las enfermedades terminales.	Charla ilustrativa	25 min.		Marta Alfaro	
2	03-Ago	1-Autogestión y manejo del estrés.	La importancia de la autogestión para mejorar la calidad de vida.	Técnicas de relajación. Autonomía.	35 min	Fotocopias de material en técnicas de relajación.	Angie Aguilar	
		Receso				5 min		
		2- Comunicación asertiva	Reconocer los elementos de la comunicación asertiva y su importancia en las relaciones interpersonales.	Rol playing.	35 min.		Angie Aguilar	
3	19-Ago	1- Derechos del paciente con cáncer.	Informar acerca del recurso legal disponible en cuanto a derechos y deberes de las personas que sufren enfermedad cancerígena.	Charla participativa.	15 min.	Fotocopias del material en deberes y derechos.	Angie Aguilar	
		2- Recurso médico aliado positivo.	Ejemplificar a través de casos hipotéticos, la utilización del recurso médico como un aliado positivo en la atención integral de los pacientes con cáncer.	Resolución de casos.	20 min.	Fotocopias de los casos para el trabajo en parejas o grupos.		
		Receso				5 min.		

	3- Posturas corporales.	Revelar las posturas corporales que se deben mantener durante las actividades de la vida diaria	Demostración práctica	10 min.	Carteles	Marta Alfaro	
	4- Movilización del paciente encamado.	Mostrar la manera correcta de movilizar al paciente encamado.	Demostración práctica	20 min.	Camilla o escritorio		
4	09-Sep	1- Cáncer de mama. 2- Rehabilitación de la extirpación de ganglios o mastectomía	Charla teórico-práctica.	20 min.	Carteles. Retrovisor	Marta Alfaro	
		Receso		10 min.			
		3- Pérdida del seno.	Discutir el proceso psicológico de la pérdida de una parte del cuerpo.	Charla participativa.	30 min.		Angie Aguilar
5	23-Sep	1- Autonomía del paciente.	Devolver al paciente la potestad de tomar decisiones en las áreas donde puede y debe ejercer la autonomía como requisito para una mejor calidad de vida.	Actividad de la silueta. Discusión.	30 min	Pliegos de papel, marcadores, masking tape.	Angie Aguilar
		Receso			5 min.		
		2- Efectos de la utilización del calor y el frío . 3- Prevención y cuidados de las úlceras de decúbito.	Mostrar los efectos que se generan tras la utilización del calor o el frío en nuestro cuerpo Distinguir los aspectos que hay que tener en cuenta para la prevención y cuidado de las úlceras de decúbito en las personas encamadas	Exposición teórica con experimento. Charla teórico-práctica	10 min. 20 min	Experimento: arroz en un vaso de gerber. Carteles	Marta Alfaro
6	07-Oct	1- Inquietudes psicológicas y terapéuticas.	Aclarar las dudas que se presentan entre los asistentes con respecto a los temas tratados u otros aspectos.	Buzón preguntón	40 min.	Buzón (caja forrada y con ranura) papeles y lapiceros.	Marta Alfaro Angie Aguilar Elena
		Actividad de Cierre (25 de noviembre)	Finalizar con el grupo de actividades que se realizaron con la UCPA	Bingo o rifas entre los asistentes	40 min.	Premios, cartones, granos de maíz	Rodríguez

El proyecto planteado en la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela se ejecutará de manera intradisciplinaria. Los profesionales encargados de la actividad buscaremos sintetizar aportes desde ambas ramas de la salud de las personas, que contribuyan a la atención integral de las personas con cáncer de mama y cuidadores.

Mediante charlas informativas y participativas se ofrecerá información acerca de temas que desde la perspectiva de la psicología y la terapia física pueden beneficiar a las personas que participan en ellas. En estas charlas se brindará teoría acerca de los temas expuestos pero también se pondrán en práctica actividades como dramatizaciones, juegos, experimentos y otros dinamismos, con la finalidad desarrollar de un modo más participativo la sesión.

Como estrategias de invitación a la población beneficiaria, realizaremos llamadas telefónicas a los hogares de todas personas con cáncer, que asisten a la Unidad. Además crearemos volantes con los temas a desarrollar en las diferentes charlas, que se repartirán en los consultorios médicos de la institución y en la recepción, para que puedan ser adquiridos por toda la población.

D. Marco teórico

1. El aporte fisioterapéutico

Terapia Física en las enfermedades terminales

La fisioterapia es una profesión cuyo objetivo principal es preservar la autonomía y aliviar el dolor de la persona con cáncer. El fisioterapeuta conoce las diferentes etapas por las que ha pasado el enfermo y por ello actuará de la mejor manera, teniendo en cuenta el momento en el que se encuentra cada persona.

La terapia física puede participar en la rehabilitación del paciente con cáncer en :

- Prevención del síndrome de encamamiento o desacondicionamiento
- Movilizaciones activas o pasivas
- Ejercicios isométricos e isotónicos que mantienen la función muscular
- Actividades de la vida diaria
- Prevención y eliminación de edemas mediante vendaje, ejercicios, posturas, masajes
- Drenaje linfático para linfedema
- Cuidado y prevención de úlceras
- Corrección de anomalías posturales, posturas corporales correctas
- Neuropatías
- Conservación de arcos de movilidad y evitar retracción de partes blandas

Problemas generales en la rehabilitación oncológica

Después que se diagnostica la enfermedad, la persona decide si inicia o no, un tratamiento para combatir la enfermedad. Cual sea la decisión elegida, se genera en el cuerpo una serie de efectos secundarios a raíz de la invasión de células cancerosas. En el proceso de la enfermedad, constantemente escuchamos términos médicos que no sabemos que significan pero que traen consecuencias al cuerpo. A continuación vamos a definir tres eventos que pueden ocurrir en algunos casos.

- **Metástasis:** Todo nuestro cuerpo, los órganos y los tejidos están irrigados por sangre, gracias a las arterias y venas que la transportan. Los vasos sanguíneos de todo el cuerpo se unen y forman la circulación sanguínea.

Cuando por ejemplo existe cáncer en el hígado, las células cancerosas que están presentes se reproducen y empieza a crecer la masa. Si alguna de estas partículas malignas entra a la circulación sanguínea, se desplazará por todo el cuerpo hasta instalarse en un órgano o tejido y ahí se desarrolla generando el cáncer.

Por tanto la metástasis se define como “la expansión de células cancerosas desde su origen a otros lugares secundarios, por medio de la circulación sanguínea (sangre) o linfática (linfa), o por invasión a tejidos que se encuentran cerca”.

Los sitios más frecuentes de metástasis en el cuerpo son: huesos, ganglios, pulmones, hígado, cerebro.

- **Linfedema:** En ocasiones observamos que las personas se empiezan a hinchar; esto puede tener su causa en lo siguiente: existe un sistema igual a la circulación sanguínea, que es la circulación linfática y es la encargada de drenar o limpiar las sustancias que andan en nuestro cuerpo. Los vasos linfáticos recogen sustancias y las llevan a los ganglios, que son unas bolsitas que deshacen estos químicos. Cuando se extirpan (se extraen) los ganglios, no hay una zona que recolecte esos desechos y se empiezan a acumular en nuestro, sin encontrar una manera de eliminarlos. Esto es lo que conocemos como linfedema y se puede definir en “una inflamación de la vías linfáticas, que son las encargadas de drenar el líquido que se encuentra en los tejidos al resto del cuerpo”.

- **Síndrome de desacondicionamiento:** Afecta a todos los sistemas del cuerpo y se presenta cuando existe inmovilidad prolongada. El reposo en cama por más de una semana o la inmovilización de una extremidad por tiempo prolongado produce las siguientes complicaciones:

- Atrofia muscular: pérdida de fuerza muscular por falta de uso de los miembros
- Distrofia cutánea: úlceras en la piel porque los tejidos no reciben oxígeno al estar presionados
- Neuropatías periféricas: adormecimiento y dolor en el cuerpo porque se presionan los nervios

- Alteraciones cardiovasculares: taquicardia (Aumento de la frecuencia cardíaca), edema de piernas (hinchazón), problemas de circulación (la sangre se estanca al no haber movimiento en el cuerpo).
- Alteraciones pulmonares: acumulación de secreciones.
- Deprivación sensorial y afectiva: depresión, disminuye tolerancia.

Efectos secundarios del tratamiento del cáncer

Durante muchos años se han empleado tres modalidades básicas de tratamiento del cáncer, ya fuera de forma aislada o en combinación: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Este tratamiento convencional tiene muchos efectos secundarios, debido a que su finalidad es la de eliminar o destruir determinados tejidos. En cualquier situación se sacrifican también tejidos sanos. Los medicamentos utilizados en la quimioterapia son destructivos (citotóxicos) y sus efectos no sólo se ejercen sobre células cancerosas sino sobre cualquier tipo de célula en división.

Efectos secundarios del tratamiento del cáncer		
Radioterapia	Quimioterapia	Cirugía
Immunosupresión: Infección, cansancio	Efectos Gastrointestinales: Anorexia, Nauseas, Vómitos, Diarrea	Pérdida de la función
Quemaduras	Úlceras	Infección
Fibrosis	Hemorragias	Aumento del dolor
Diarrea	Anemia	Deformidad
Edema (inflamación)	Neuropatías	
Pérdida de pelo	Pérdida de pelo	
Cicatrización más lenta	Esterilización	

Elaboración propia con fuente de, Goodman, 2002

Posturas corporales correctas

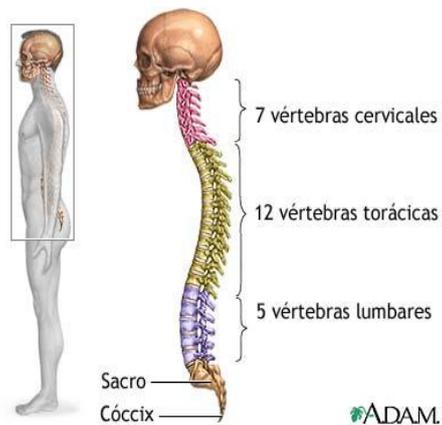
Existen numerosos factores que van influyendo sobre nuestro cuerpo a lo largo de los años, haciendo que los problemas de espalda aparezcan más frecuentemente: Los factores genéticos, la obesidad, la osteoporosis, las malas posturas, la artrosis, el mal uso de la espalda, la edad, la falta de ejercicio y el estrés.

Es habitual que quienes están mucho tiempo en una misma posición, padezcan molestias en la zona del cuello, los hombros y la parte baja de la espalda.

Para evitar que esto ocurra, el remedio más eficaz es adoptar una postura ideal, cambiar nuestro hábitos en pro de nuestra salud y sobre todo prevenir.

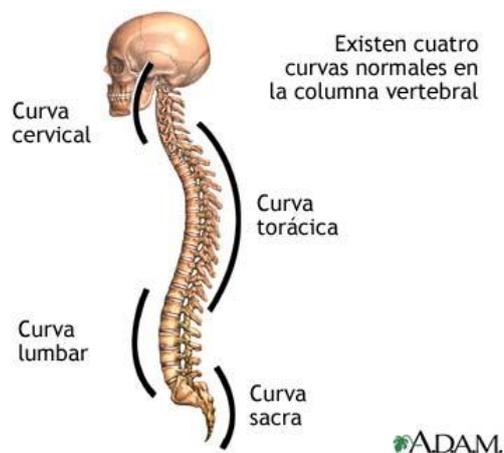
Conformación de la columna

La columna está constituida por vértebras, de la siguiente manera:



La columna vertebral presenta 4 curvas normales en su longitud:

El aumento o disminución de alguna de estas curvaturas produce problemas en la espalda



Problemas por posturas incorrectas

La causa más común de los problemas de espalda son producto de las malas posturas. Las actividades sedentarias de nuestra vida cotidiana y la falta de ejercicio físico nos llevan gradualmente a adoptar una postura incorrecta, que puede volverse crónica. Esto puede generar músculos débiles, dolores por compresión de los nervios, falta de fuerza para realizar actividades, disminución de la sensación en algunas partes del cuerpo. Dentro de las consecuencias de las malas posturas tenemos la escoliosis, la cifosis y la hiperlordosis.

- **Cifosis:** es el aumento de la curva torácica, también conocida como “joroba” y es muy común en las personas adultas mayores.



- **Hiperlordosis:** El aumento de la curva lumbar se denomina hiperlordosis, conocida como “rabo de pato” y está muy presente en personas con obesidad o embarazadas.
- **Escoliosis:** es una desviación lateral de la columna, producida por la utilización constante de posturas incorrectas para alzar y cargar pesos.

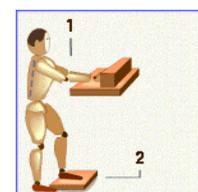


Posturas Correctas

Poseer buenos hábitos posturales nos permite prevenir una gran cantidad de problemas, una de las formas más efectivas de combatir los problemas de espalda es a través de la educación. Un buen estado nuestra columna se consigue con el ejercicio periódico y la utilización de las posturas corporales correctas. A continuación se describen algunas de las posturas que debemos adoptar en las actividades de la vida diaria:

Al permanecer de pie

- Cabeza erguida y pies separados.
- Hombros relajados, estómago hacia adentro, glúteos apretados.
- En períodos de más de 15 min.: descansar un pie en un banco.



Para sentarnos

- Usar del reposabrazos.
- Sentarse en el borde de la silla con ayuda de los brazos y empujarse hacia atrás.



Al permanecer sentados

- Espalda apoyada en el respaldo
- Rodillas deben formar un ángulo de 90° (escuadra)
- Apoyar los pies en el suelo. Si no alcanza, utilizar un reposapiés.



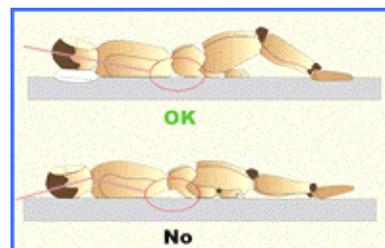
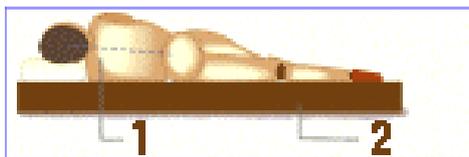
Al levantar cargas

- Acerque los pies a la carga y manténgalos separados.
- Al agacharse, doble las rodillas sin inclinar el tronco
- Agarre el objeto con toda la superficie de las manos
- Levante la carga utilizando los músculos de las piernas



Para dormir

- La mejor correcta es dormir de lado, con las rodillas dobladas, una almohada entre las piernas y una pequeña en el cuello
- Cuando duerme boca arriba, coloque una almohada bajo sus rodillas y una pequeña en parte inferior de espalda, así como en el cuello (la nuca).
- Boca abajo es contraindicado dormir, pero en caso de que lo realice, tome en cuenta que debe colocar únicamente una almohada sobre las caderas, no en la cabeza.



Movilizaciones pasivas del paciente encamado

Las movilizaciones pasivas comprenden el conjunto de técnicas que se aplican sobre la estructura afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la zona que hay que tratar. El paciente no interviene en lo absoluto, no presenta ni ayuda ni resistencia en la realización de los ejercicios, aunque debe estar consiente del movimiento que se le realiza.

Los objetivos de las movilizaciones pasivas son:

- Prevenir la aparición de deformidades y evitar rigidez y anquilosis

- Mejorar la nutrición muscular y favorecer la circulación sanguínea
- Prevenir adherencias y contracturas, manteniendo la elasticidad de los planos tisulares
- Prevenir la aparición de úlceras, mediante la oxigenación de todas las partes del cuerpo
- Despertar reflejos propioceptivos y la conciencia del movimiento

Con esta técnica se ponen en movimiento los músculos y las articulaciones del paciente. Para producir la movilización actúa exclusivamente una fuerza exterior del paciente. Puede ser *pasiva asistida*, donde el asistente realiza todo el trabajo, la *autopasiva*, cuando el paciente coopera en la realización del movimiento, o la *pasiva instrumental*, cuando es realizada por instrumentos.

La movilización pasiva instrumental que utilizemos en cada caso estará en función de la finalidad que pretendamos. Ésta dependerá de si actuamos sobre una articulación que esté libre y en la que no existe déficit muscular o si lo hacemos sobre una articulación limitada en su amplitud de movimientos.

Para la aplicación de movilizaciones pasivas, se deben seguir dos normas básicas:

- Se partirá de la posición de reposo sujetando con una mano el segmento proximal de la articulación y con la otra el segmento distal.
- Se realizarán, en un principio, movimientos regulares simples, a un ritmo relativamente lento, para seguir posteriormente con movimientos complejos mixtos, respetando siempre los planos de movimiento y las amplitudes.

Cáncer de mama

El cáncer de mama comienza en el seno y se extiende hacia los ganglios linfáticos que se encuentran debajo del brazo, en la axila. Cuando se detecta la presencia de un tumor canceroso en el seno, que aún no se ha expandido más allá de los ganglios de la axila a otras partes del cuerpo, generalmente se extirpa mediante una intervención quirúrgica.

La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la selección de tratamiento dependerán de la etapa en la que se encuentra el cáncer (si sólo se encuentra en el seno o si se ha diseminado a otros lugares del cuerpo), el tipo de cáncer del seno, ciertas características de las células cancerosas y si el cáncer se encuentra en ambos senos. La edad, peso, estado

menopáusico (si tiene o no aún período menstrual) y salud en general de la paciente también pueden afectar el pronóstico y la selección de tratamiento.

Tratamiento del cáncer del seno

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer del seno. Se emplean cuatro tipos de tratamiento:

- Cirugía (la extracción del cáncer en una operación)
- Radioterapia (el uso de dosis elevadas de rayos X para eliminar las células cancerosas)
- Quimioterapia (el uso de fármacos para eliminar las células cancerosas)
- Terapia hormonal (el uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las hormonas, o la extirpación de órganos que producen hormonas, como los ovarios).

La mayoría de los pacientes con cáncer del seno se someten a una cirugía con el fin de extraer el cáncer del seno. Generalmente, también se extraen algunos ganglios linfáticos axilares, los cuales se analizan bajo el microscopio con el fin de detectar la presencia de células cancerosas.

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) administrados a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radioterapia interna).

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. La quimioterapia puede tomarse en forma oral, o administrarse insertando una aguja en una vena o músculo. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del área del seno.

Tipos de cirugía

- La mastectomía parcial o segmentada consiste en la extracción del cáncer y parte del tejido de alrededor del tumor y el recubrimiento de los músculos del tórax debajo del tumor. Generalmente se extraen algunos ganglios linfáticos axilares. En la mayoría de los casos, este procedimiento es seguido por radioterapia.

- La mastectomía total o simple consiste en la extracción de todo el seno. Algunas veces también se extraen ganglios linfáticos axilares.
- La mastectomía radical modificada consiste en la extracción del seno, varios de los ganglios linfáticos axilares, el recubrimiento de los músculos del tórax, y algunas veces, parte de los músculos de la pared torácica. Ésta es la operación más común para el cáncer del seno.
- La mastectomía radical (también llamada mastectomía radical de Halsted) consiste en la extracción del seno, los músculos del tórax y todos los ganglios linfáticos axilares. Ésta fue la operación que más se usó durante varios años, pero en la actualidad sólo se emplea cuando el tumor se ha diseminado a los músculos del tórax.

Rehabilitación y ejercicios físicos

El objetivo de la rehabilitación, es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, aducción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemitorax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco, y que es debido a las desinserciones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas. La rehabilitación se iniciará a las 24-48 horas de la intervención.

Los ejercicios a realizar son:

1- Ejercicios activos libres:

- Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.
- Abducción muy suave del hombro.
- Rotaciones interna y externa en aducción del hombro.
- Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90°, se iniciarán las rotaciones en abducción sin forzar.

2-Ejercicios isométricos:

- ejecutar contracciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

3-Ejercicios combinados:

- Llevarse la mano a la nuca.
- Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria: lo que equivale a abrocharse el delantal, el sujetador, o el collar.
- Poner los brazos en cruz.
- Brazos en cruz y a la nuca
- Brazos en cruz y abrazo.
- Contar baldosas en la pared, de frente y de perfil, que equivale a: limpiar cristales, arreglar armario o estantería, colocar cortinas, limpiar lámparas.
- Ejercicios con poleas: colocando una cuerda en la barra de la ducha, por ejemplo, y subir y bajar con ambos brazos; equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.
- Ponerse de cara a la pared con los brazos elevados, doblar y estirar los codos; equivale a : coger pelota de goma, tirarle y cogerla, a jugar a los bolos.

Cuidados y recomendaciones generales

- Evitar compresión en mangas y puños.
- No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras, relojes, etc.
- No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar, FP 15 o superior.
- Evitar en el brazo afecto inyecciones, vacunas y tomas de TA.
- Prevenir el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
- Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
- Aplicar crema de manos para evitar la piel seca.
- Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
- Evitar quemaduras (plancha, cigarrillos, cocina) en el brazo afecto, y en caso de que éstas se produzcan: aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
- Ante cualquier herida en el brazo afecto, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
- Ducharse manteniendo el chorro del agua alejado de la incisión y secarlo bien, para evitar maceraciones.

- Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.
- Para la tranquilidad de la mujer, se le explicará que el proceso de cicatrizaón durará más o menos 30 días y que posiblemente quedará una cicatriz más ancha

Efectos de la utilización del calor y el frío en nuestro cuerpo

Efectos terapéuticos del calor

Cuando se aplica calor, el cuerpo humano pone en marcha una serie de respuestas fisiológicas encaminadas a mantener su constancia térmica. Es necesario conocer algunas del as principales respuestas fisiológicas que se producen frente a una elevación del a temperatura, ya que son las responsables de los efectos terapéuticos que se aceptan para las aplicaciones de calor ene l campo del a medicina física:

1. Aumento de la extensibilidad del tejido conectivo
2. Disminución del a rigidez articular:
3. Efecto analgésico:
4. efecto antiespasmódico

Efectos vasculares

La aplicación local de calor produce vasodilatación por medio de un mecanismo independiente de estímulos nerviosos. El calor puede producir una moderada respuesta inflamatoria, al liberarse mediadores del tipo histamina que actúan sobre los vasos de resistencia produciendo inflamación.

El aumento del flujo sanguíneo (hiperemia) será la expresión final del efecto vasomotor producido por las aplicaciones termoterápicas. Por tanto, se mejora la nutrición y oxigenación celular, se produce una restauración tisular y se genera una acción analgésica y antiespasmódica.

Efectos Neuromusculares

Los estímulos calientes aplicados externamente, actúan aumentando el tono muscular y sensibilidad nerviosa, favorecen la relajación muscular y son sedantes. La acción

antiespasmódica se explica por la acción del calor sobre los circuitos medulares que regulan el tono muscular.

En cuadros tensionales, la aparición del dolor se relaciona con la existencia de cierto grado de isquemia, por lo que la hiperemia producida por el estímulo térmico contribuye a la disminución.

Efectos terapéuticos del frío

El frío, en la terapéutica médica, tiene como objetivo la reducción de la temperatura del organismo, ya que esta reducción lleva consigo un aserie de efectos fisiológicos beneficiosos y de gran interés en las diversas patologías.

Dentro de sus efectos se encuentran los analgésicos, produciendo una reducción de la excitabilidad de las terminaciones nerviosas libres, aumentando el umbral del dolor y reduciendo el espasmo muscular. Las fibras nerviosas cesan su conducción a temperaturas cercanas a los 4° C.

Toda la oxigenación del cuerpo aumenta con las terapias frías y se estimula el intercambio: los residuos del cuerpo que nos intoxican pueden ser eliminados. La exposición al frío provoca una descarga de adrenalina que modifica el metabolismo energético y altera la distribución del flujo sanguíneo. Como consecuencia se produce una vasoconstrucción cutánea.

Además, las aplicaciones con agentes fríos, reducen la espasticidad porque aumentan el umbral de los husos musculares y provocan impulsos que bloquean la fuente de impulsos dolorosos del músculo.

En general, los principales efectos de la utilización del frío son:

- Disminución de la temperatura y metabolismo tisular,
- Disminución del flujo sanguíneo,
- Disminución de la inflamación y el edema,
- Analgesia y relajación muscular.

Cuidado y prevención de las úlceras de presión

Definición: cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Las localizaciones más frecuentes son: el sacro, los talones, los codos y las escápulas.

Fisiopatología: Las UP precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a la isquemia local prolongada, en consecuencia se genera una necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos.

Factores causales: presión directa prolongada, fricción, humedad, sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación.

Complicaciones primarias

- Las UP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.
- La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave.
- Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación.

Cuidados Específicos:

- **Piel**
 - Examen diario.
 - Mantenerla limpia y seca: Emplear jabones de bajo potencial irritativo. Lavar con agua tibia, aclarar y secar sin fricción. No usar alcoholes (romero, tanino, colonias...). Son útiles las cremas hidratantes procurando una absorción completa.

- Procurar vestir ropa de tejidos naturales.
- Empleo de apósitos protectores para prevenir las lesiones por fricción (poliuretanos, hidrocoloides).
- **Incontinencia**
 - Tratamiento de la misma.
 - Reeducación de esfínteres.
 - Uso de absorbentes, colectores.
- **Movilización**
 - Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- **Cambios posturales**
 - Encamados: hacer rotación cada 2 horas programada e individualizada.
 - Sedestación: cambios cada hora; si es autónomo enseñar para cambios cada 15 minutos.
 - Mantener alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
 - Evitar contacto directo de prominencias entre sí. Considerar protectores para codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos.
 - Evitar arrastre: reducir fuerzas tangenciales en las movilizaciones.
 - En decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados de inclinación y evitar la inmovilidad directamente sobre trocánteres
 - Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo: 30 grados y durante el mínimo tiempo).



Tratamiento:

- Técnicas de posicionamiento: cambios de posición c/15 min, superficies que faciliten evaporación de humedad, que provoquen escaso calor, que sean de mantenimiento sencillos.
- Prevención de nuevas úlceras: cambios de posición, revisar la piel, la resequeadad o humedad
- Soporte nutricional: que favorece la cicatrización y pueda evitar la aparición de nuevas lesiones
- Soporte emocional: por disminución de capacidad funcional del individuo

Cuidados de la úlcera

- Desbridamiento: eliminar áreas de escaras secas, adheridas, para mejorar circulación y funcionamiento de la piel
- Limpieza: se usa suero salino fisiológico. No emplear antisépticos locales (clorhexidina, agua oxigenada) pues son citotóxicos para los nuevos tejidos
- Apósitos: deben mantener el fondo de la úlcera húmedo y la piel circundante seca, eliminación y control de exudados, que absorban el dolor

2. La visión y el aporte psicológico:

La enfermedad será siempre un temor en el ser humano. El temor al declive del bienestar en general; sin embargo si hablamos de Cáncer: la palabra sola evoca miedo, peligro, dolor, muerte.

Estamos hablando de una enfermedad terminal, inevitablemente estamos hablando de muerte inevitablemente. La muerte es uno de los temas más temidos por la humanidad, alrededor del planeta mueren cientos y miles de personas cada día y sin embargo seguimos sin poder entenderla, realmente comprenderla y aceptarla.

Al trabajar de cerca con estas personas uno debe preguntarse: Cómo enfrenta un paciente y sus allegados estos temores? Quién les ayuda a descubrir la mejor forma de enfrentarlos? Necesitan lo mismo todos (as) los pacientes y sus familiares? Qué marca la diferencia, qué hacer con esas diferencias?

La enfermedad del cáncer desgraciadamente se ha convertido en un asunto de experiencia general de las familias, de los países, del mundo. Esto ha permitido un gran avance en el área médica ya que con la constante investigación se han logrado progresos médicos y tecnológicos importantes que transformaron al cáncer de un monstruo despiadado a un fenómeno complejo que hoy día se puede tratar a tiempo y sobre el cual se tiene algún grado de control.

Ese grado de control, de prevención y de paliación que se ha logrado, resulta del trabajo mano a mano de grupos interdisciplinarios que investigan, tratan, analizan y sistematizan todos los aspectos de la enfermedad cancerígena y sobre todo como aquejan al paciente.

El papel de todos los profesionales que tratan el cáncer es precisamente ese: estar al servicio del paciente, brindarle alivio y apoyo a través de su conocimiento pero también a través de su compromiso como persona. El cáncer ataca y nos sentimos impotentes ante ello, talvez no podemos cambiar totalmente el curso del destino por efectos de la enfermedad pero SI podemos cambiar la calidad de vida que tenemos y que ofrecemos a las personas que nos rodean.

Las actitudes individuales y colectivas definen la diferencia entre calidad de vida o la espera de la muerte, entre luchar o doblegarse. La muerte es un proceso natural de todo organismo vivo pero le tememos como la peor desgracia.

Volviendo al punto de relación entre “temor y cáncer” es importante destacar que este temor no es exclusivo de la persona que padece de la enfermedad, ni de sus familiares, está presente en todos nosotros que igualmente tememos su aparición y todo lo que conllevan, en especial: la muerte.

Desde el área de la ciencia social y específicamente desde la psicología; este temor debe ser contenido, comprendido, liberado. Las personas que sufren de cáncer temen por sus vidas, sus familiares también y al saberse el diagnóstico es común que afloren aun mas esos miedos y muchas otras emociones que debemos de saber manejar.

El grupo de trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de Alajuela significó un reto en el área del manejo del temor a la muerte y la comunicación entre paciente, familiares, cuidadores y grupo médico.

Para lograr abarcar la generalidad y complejidad de las necesidades de este grupo escogí un diseño teórico de relativa simpleza que me permitiera abordar esos temas en el marco de un par de conceptos teóricos básicos de la psicología: **La comunicación asertiva y La teoría del duelo.**

La **comunicación asertiva** más que un concepto definitivo de la psicología es una herramienta de trabajo que no es exclusiva del área clínica sino que funciona en general en la relación entre las personas. La comunicación asertiva busca lograr que la comunicación no sea mas un proceso mecánico y monótono sino un proceso de armonía y comprensión entre las personas.

Hay muchísimas formas de comunicación además de la comunicación oral , así como la escrita, corporal, etc. En este caso nos concentraremos en la oral para efectos prácticos. La comunicación oral supone 3 elementos básicos: Emisor – Mensaje – Receptor. La comunicación asertiva flexibiliza este esquema con el propósito de lograr una interacción exitosa entre las personas a través del lenguaje oral y que además promueva la armonía en las relaciones sociales.

Estos son algunos supuestos básicos para la comunicación asertiva que comprenden las siguientes áreas:

- a. **Claridad del mensaje:** Debe lograrse plantear el mensaje de la manera mas clara posible, debe definirse la idea y expresarla de una manera concisa. Evitar los mensajes y palabras confusas o adversas.

- b. **Comprensión del mensaje:** Consiste en asegurarse que lo que se está tratando de comunicar es lo mismo que se está comprendiendo. Es decir, un proceso de verificación de la información donde ambos; receptor y emisor están manejando un mismo contenido.
- c. **Flexibilidad de roles emisor y receptor:** Para que el mensaje que el emisor tiene llegue exitosamente al receptor, este último debe escuchar atentamente y sin interrumpir al emisor. De igual manera cuando el receptor desee tomar el rol de emisor y hacer saber su respuesta, debe esperar a que la otra persona (emisor) finalice su participación. En pocas palabras: no debe interrumpirse a la persona con la que estamos comunicándonos hasta que guarde silencio y sea nuestro turno de hablar. Evitar la conversación simultánea ya que esta enmaraña y desarticula el propósito de la conversación que se convierte más bien en un soliloquio.

El primer punto con respecto a la **claridad del mensaje** no debe entenderse de una manera rígida ya que en muchos casos es difícil lograr la claridad del mensaje no por limitaciones de lenguaje sino por sentimientos, opiniones y procesos mentales y emocionales que intervienen. Es importante sin embargo, e al menos la intención sea claramente expresada.

Por ejemplo:

Emisor: -Tengo hambre, cuál es el horario de esta cafetería?

(asegurándonos de la claridad e intención del mensaje) se replantea:

Emisor: -Es decir, quiero comer algo. Me acompañarías a la cafetería?

Con respecto al segundo punto de **comprensión del mensaje**; es vital que tanto claridad como intención sean entendidas igualmente por el emisor y el receptor.

Por ejemplo:

Emisor: -Tengo hambre, cuál es el horario de esta cafetería?

(asegurándonos de la claridad e intención del mensaje) El emisor se replantea:

Emisor: -Es decir, quiero comer algo. Me acompañarías a la cafetería?

(asegurándonos de la intención y comprensión idéntica del mensaje) El receptor pregunta:

Receptor: -Quieres saber el horario de la cafetería o quieres ir a la cafetería porque quieres comer algo?

Emisor: -Quiero ir a la cafetería a comer algo, me acompañarías?

Receptor: -Claro vamos, te acompaño.

Y finalmente, la **flexibilidad de roles** consiste en esa participación conjunta mas NO simultánea que permite emitir y recibir el mensaje de la misma manera.

Aunque parezca un esquema simple y básico en la mayoría de las conversaciones no se sigue y en su lugar se interrumpe y se asume la intención de los comentarios lo que termina confundiendo y malogrando el objetivo de la conversación. En el caso de las relaciones entre personas y en específico entre los pacientes con cáncer y sus allegados, muchas veces es muy difícil comunicarse porque se teme herir susceptibilidades, confundir o molestar a la persona.

El paciente no sabe talvez como expresar claramente lo que no desea y lo que necesita o preferiría. Los familiares no saben como preguntar si necesita algo más porque temen hacerle sentir mal sobre su estado físico por la enfermedad y el paciente no sabe como decir lo que prefiere porque a veces no lo sabe a ciencia cierta, cambia de opinión o no comprende lo que esta experimentando por lo tanto se siente a la merced de su enfermedad y no en control de si mismo (a).

Algo tan simple como el asunto de la alimentación se convierte en una tragedia entre si el paciente desea comer o tomarse el tratamiento o no, entre si respetar esa decisión o forzarle “por su propio bien”, incluso el comunicarle el diagnóstico y avance de la enfermedad al paciente o no se vuelve una encrucijada entre los familiares. Temas tan difíciles como respetar la autonomía de un paciente en etapa terminal o comunicarle su propio diagnóstico y avance de la enfermedad así como su propia muerte; son posibles de manejar y comprender en el marco de una comunicación honesta, asertiva y respetuosa.

Esta fue la manera en que los conceptos de comunicación asertiva fueron puestos al servicio del grupo de personas que participo en los talleres del TCU en la UCP de Alajuela.

Por otro lado retomemos la muerte y el temor ya que fueron temas tratados en los talleres a través de las preguntas y experiencias que las (os) participantes compartían.

La **Teoría del Duelo de Kübler-Ross** habla de un proceso básico de la aceptación de la muerte, muerte como la pérdida del ser querido es decir se pierde alguien con quien se tiene un vínculo afectivo y de pertenencia (familia, amigos, pareja, etc) y toda pérdida implica un vacío en el mundo interior.

Ese vacío debe ser resuelto y aceptado, existen diferentes fases para esa aceptación final. Kübler-Ross habla de:

Etapa 1: Negación y asilamiento

Hay varias reacciones en este sentido: actuar como si nada hubiera sucedido, evitar hablar del tema (muerte-enfermedad), bromear acerca del tema como si no tuviera importancia. No permitir ningún acercamiento personal que relacione el tema de la muerte o la enfermedad de manera alguna, evitar personas, lugares, situaciones, compromisos. Todas estas conductas son mecanismos de protección y amortiguamiento del golpe por la pérdida y la muerte.

Etapa 2: Ira

Repudiar el tema y todo lo que se relaciona a este. Enojarse con la persona que muere o padece de la enfermedad. Enojarse consigo mismo (el paciente en si). Enojarse con la vida, el mundo y Dios. Enojarse con el grupo médico y los cuidadores. Sumirse en si mismo (a) o relacionarse de manera hiriente y agresiva con los demás y consigo mismo. Culpabilizar a los demás o así mismo aunque sea irracional culpar a alguien.

Etapa 3: Pacto o Negociación:

Se pretende establecer una manera de posponer lo inevitable de los hechos, tomarse el tiempo necesario para paulatinamente aceptar la realidad. Poco a poco se va incorporando ese evento a la vida real y se busca la recuperación.

Etapa 4: Depresión

Sobreviene como una respuesta normal y natural a la no negación de la realidad, es enfrentar el dolor mismo y la pérdida. Hay depresión reactiva (forma de desahogo pero no aun de manera constructiva) y depresión preparatoria (resuelve, desahogo que deja espacio para reconstruirse y reconstruir el vínculo perdido).

Etapa 5: Aceptación

Es entender la realidad de las cosas sin enojo ni depresión, no necesariamente sin tristeza que es una reacción normal posterior a la pérdida y en vías a la recuperación. La aceptación NO es lo mismo que felicidad, pero si equivale a un avance hacia una vida más positiva, de mejor calidad.

Básicamente estos mismos contenidos fueron transmitidos a los participantes de manera mas coloquial y práctica. Cada temor y pregunta difícil se comprendía antes de responderla, cada reacción de conectaba con el laberinto de emociones que atraviesa constantemente el paciente mismo así como sus allegados y cuidadores. No se dieron respuestas estándar sino que se presentaba una explicación aclaradora que vislumbraba la respuesta por si sola en cada caso por individual. La participación de personas que ya habían perdido a sus seres queridos fue invaluable ya que le dio una perspectiva mucho más profunda al taller.

Las experiencias de las personas servían de ejemplo para los demás y para nosotras mismas al aprender tanto de ellas de una manera que no se aprende en las aulas ni en los libros que es a través de la experiencia. La muerte nos acompaña por definición desde el momento en que nacemos y cada día nuestro cuerpo físico se deteriora y eso es una realidad. Ahora bien, existe una gran diferencia entre asumirlo como:

- El proceso de nacer a la vida física y a las experiencias que la hacen única para luego regresar a la muerte como el fin de ese cuerpo físico, un fin natural que debe verse como tal. Esta visión favorece una mejor calidad de vida y un camino menos doloroso y mas provechoso, de mayor crecimiento personal y espiritual.

O asumirlo como:

- El proceso del final de la vida, el ocaso y la tristeza. El vacío infinito que nunca se curará y que permanecerá como una sombra. Esta visión por el contrario favorece la depresión, el estancamiento, el dolor, la ira y el egoísmo. Una huída a la vida misma, un escape a los eventos que forman parte de la experiencia de los seres humanos.

Tratamos de promover la primera visión, la de aceptación y de crecimiento espiritual, la de comprensión verdadera y de actitud positiva que sirva de alimento para nutrir los esfuerzos por lograr una mejor calidad de vida, dure lo que esta dure.

Glosario de términos

Cuidadores: son quienes se encargan del cuidado de las personas que tiene cáncer de algún tipo, pueden ser familiares o amigos cercanos.

Población Beneficiaria: conformada por las personas que reciben beneficio del proyecto en gestión, ya sean pacientes, cuidadores, voluntarios o personal de la institución de cuidados paliativos.

Psicología: “ciencia que estudia la conducta de los seres vivos”. (Océano, 1989)

Terapia Física: “es la ciencia o parte de la medicina, que utiliza agentes y técnicas de naturaleza física para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades”. (Martínez, 1998)

Voluntarios: son las personas que trabajan sin recibir beneficio económico, en la unidad de Cuidados Paliativos, sirviendo a la institución y a las personas que padecen cáncer directamente.

II. Parte: Resultados Obtenidos

En el siguiente cuadro se explicará el desarrollo del trabajo y la respuesta que generó la población invitada y beneficiada.

		No. totales	No. específicos
Población Beneficiaria		29 asistentes (ver anexo # 1)	23 Cuidadores 4 Voluntarios 2 Pacientes
Educación integral de la población de enfermos con cáncer y su familia	Se realizaron 6 talleres en la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela y 1 actividad de cierre	1 taller de generalidades cáncer 1 taller manejo de estrés 2 talleres de Escuela de espalda y movilizaciones 1 taller de comunicación 1 taller de inquietudes	6 talleres previstos 6 talleres logrados. La población que se invitó era de 100 personas pero por razones desconocidas o poco afirmadas, sólo asistieron 29 a las charlas.
Divulgativos	materiales impresos	4 materiales impresos producidos por el área de terapia física 1 volante de invitación a los talleres 1 invitación para actividad de cierre 1 material impreso realizado por el área de comunicación 1 panfleto con información sobre fechas y charlas 1 brochure de psicología	2 brochures del área de terapia física 1 brochure sobre sobre la gestión y desarrollo del TCU 1 brochure de psicología 2 boletines informativos sobre rehabilitación 1 volante de comunicación de talleres 1 volante de invitación a charla de cierre 1 panfleto informativo
Acción comunitaria en grupos más complejos de la comunidad		Ninguna actividad cultural en grupo de la comunidad	Se realizó una actividad cultural de cierre del TCU dedicada a la población que asistió a una o más charlas.
			Se elaboró una presentación en Power Point con locución integrada para las “Jornadas de educación como estrategia de atención integral a la población de personas con cáncer y sus familias”.

A. Análisis de resultados

Este proyecto se llevó a cabo del 18 de julio al 7 de octubre del presente año. Se realizaba una charla cada quince días, aproximadamente, desde su primera ejecución. Como se mostró anteriormente, se desarrollaron seis talleres enfocados a distintos temas que se relacionan con la enfermedad del cáncer, vistos desde una perspectiva integral de atención al paciente.

La población a la que dirigió el proyecto estaba conformada, en un inicio, por los cuidadores de los pacientes y las personas con cáncer de mama, por el fácil acceso que éstos tienen a la Unidad y porque, por su estado de salud, pueden estar mayor tiempo recibiendo conocimiento en el lugar elegido. Adicionalmente, tuvimos la presencia de voluntarios de la institución.

Por recomendación de la psicóloga de la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela, Diana Rodríguez, la primera invitación emitida a la población, fue mediante llamadas telefónicas, realizadas dos días antes de la actividad, según la indicación. Se realizaron a las casas de todos los pacientes con cáncer que estaban inscritos en la Unidad, con el fin de invitar a los cuidadores de ellos. La respuesta no fue la esperada, pues muy poca gente asistía a las charlas en comparación a las llamadas efectuadas. Por ello, hubo que cambiar de la metodología de invitación y se empezaron a emitir volantes en los consultorios clínicos de la Unidad, que contenían los temas a desarrollar en las diferentes talleres y las fechas, dirigidos a los pacientes y los cuidadores. (ver anexo # 2)

La poca de asistencia la vemos ligada a la falta de promoción de las charlas; no acerca de la existencia de ellas, sino sobre la importancia de las mismas. Es muy difícil motivar a las personas a que asistan a talleres si no saben que se desarrollará en ellos. Esto es considerado pues muchos de los asistentes nos referían que no iban a llegar porque pensaban que se trataban de temas que ellos ya conocían, o que no les ayudaban en su proceso.

Dentro del proyecto, hubo una replanteación de objetivos , debido a dos necesidades primordiales del TCU. La primera, realizar un inventario de temas preparados con este mismo fin, y la etapa en que se encuentra en lo referente a diseño gráfico, para evitar la duplicidad de contenidos, de forma que se pueda iniciar una serie de publicaciones en coordinación con la Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. La segunda fue elaborar un brochure sobre la gestión y desarrollo del TCU “Hacia la Atención Integral de las Personas con Cáncer y sus Familias” que sirva como material inductivo e informativo.

Además, se elaboró una presentación en Power Point con locución integrada para las “Jornadas de educación como estrategia de atención integral a la población de personas con cáncer y sus familias”. La misma es un documento inédito sobre la gestión y desarrollo de este TCU que también será un recurso inductivo e informativo para la Dirección del Proyecto y para los estudiantes.

Para la actividad de cierre del Trabajo Comunal Universitario, se realizó una actividad cultural, donde se invitó a la población que había sido beneficiada con este proyecto. La actividad consistía en conformar un espacio para despejarse y alejarse por un momento de las condiciones de estrés, a las que constantemente están sometidos los participantes de este doloroso proceso. El programa estaba planteado de manera que debían dejar sus preocupaciones de lado, para poder participar y divertirse (ver anexo # 3). Se realizaron bingos, se llevaron a estudiantes de la Universidad de Costa Rica, quienes entretuvieron a los asistentes con canciones acompañadas de instrumentos como la guitarra y la flauta. Para finalizar se les entregó un pequeño refrigerio y se compartieron momentos vividos durante el desarrollo del proyecto.

B. Cambios cualitativos previstos y observados en el proceso para el desarrollo del TCU en la institución

A través del trabajo en comunicación asertiva se logró abrir un espacio de comunicación que sirvió de ejemplo de cómo sobrellevar un diálogo constructivo y eso reemplazó las dudas y los temores por palabras que podían ser comunicadas a los demás en el grupo y en otros escenarios de la vida de las personas. Las experiencias que los demás compartían en las sesiones motivaron a otras personas a que participaran en el proceso de una manera más abierta y eso resultó en un espacio de experiencia colectiva muy enriquecedora para todos.

El que el grupo reconociera los recursos propios con los que contaban también ayudó a que se desarrollará una seguridad grupal y de las personas al darse cuenta que hacían cosas muy valiosas sin darse cuenta tal vez y que además se podía aprender de los demás al compartir las experiencias.

Los demás aspectos emocionales se aclaraban y se resolvían a manera de Rol Playing en las conversaciones grupales con ejemplos de mi parte de cómo resolver una situación igual o similar a la planteada por alguna compañera (o) del grupo. A través de la ejemplificación de las dudas de los participantes, los demás aprendían a instrumentarse para

situaciones venideras que siempre se pueden manejar a través de la comunicación asertiva aunque el tema sea doloroso, confuso y sobre todo no comprendido.

C. Limitaciones

De las actividades planteadas al inicio del proyecto, el 100% se pudieron llevar a cabo debido a la correcta planificación y sucesión del cuerpo de las charlas, sin embargo, la asistencia no fue la esperada.

Con respecto al material de trabajo, se nos ofrecía muy poco instrumental para las sesiones; no se contaba con retroproyector, video beam o camillas portátiles, lo que nos reducía a trabajar con carteles y papel construcción para la exposición del tema. Únicamente teníamos acceso, según se nos informó, al uso del miniauditorio, que contaba con 40 sillas, una mesa y dos pizarras.

Por indicación, como anteriormente se mencionó, de la encargada en la institución del TCU, se empezó invitando por medio de llamadas telefónicas que, según refería ella, daban mejor resultado que la publicidad mediante carteles y volantes. Debido a que las población invitada no respondía, se tuvo que cambiar la metodología y se empezaron a emitir volantes que contenían los temas de las charlas a seguir. Aún se continuaban haciendo llamadas telefónicas a las casas de todos los inscritos en la Unidad.

Este cambio de metodología, se realizó hasta después de la segunda charla, lo que no permitió, un correcto tiempo de distribución para las invitaciones escritas. Lo que tampoco aportó mucho a la asistencia de los talleres. En última instancia nos permitieron invitar a las personas que asistían a unas terapias de duelo que se realizaban en la institución. Esta fue la forma en que conseguimos mayor asistencia, aunque ya era un poco tarde pues nos encontrábamos en la penúltima charla.

Por lo descrito anteriormente, consideramos que la mayor limitante es la falta de comunicación entre el personal de la institución y los estudiantes que realizamos el TCU en la Unidad, pues no se observa mucha colaboración para llevar a cabo la invitación de la población, que se busca que sea beneficiada.

D. Actividades realizadas por el grupo

Sesión	Actividades	Objetivos	Beneficiarios
1	1-Cáncer generalidades: qué es? Cómo se desarrolla? Cuáles son las causas y los síntomas? Metástasis 2-La terapia física en las enfermedades terminales.	1-Transmitir los conocimientos básicos sobre el cáncer, sus tipos, consecuencias y la metástasis. 2-Mostrar las aplicaciones de la terapia física en las enfermedades terminales	7 cuidadores 1 paciente
2	1-Autogestión y manejo del estrés. 2- Comunicación asertiva	1-La importancia de la autogestión para mejorar la calidad de vida. 2-Reconocer los elementos de la comunicación asertiva y su importancia en las relaciones interpersonales.	3 cuidadores
3	1-Recurso médico aliado positivo. 2-Posturas corporales. 3-Movilización del paciente encamado	1-Ejemplificar a través de casos hipotéticos, la utilización del recurso médico como un aliado positivo en la atención integral de los pacientes con cáncer. 2-Revelar las posturas corporales que se deben mantener durante las actividades de la vida diaria 3-Mostrar la manera correcta de movilizar al paciente encamado.	9 cuidadores 2 voluntarios
4	1-Cáncer de mama. 2-Rehabilitación de la extirpación de ganglios o mastectomía	1-Proveer información acerca del cáncer de mama, la mastectomía y su rehabilitación.	3 voluntarios
5	1-Autonomía del paciente. 2-Efectos de la utilización del calor y el frío 3- Prevención y cuidados de las úlceras de decúbito.	1-Devolver al paciente la potestad de tomar decisiones en las áreas donde puede y debe ejercer la autonomía como requisito para una mejor calidad de vida 2-Mostrar los efectos que se generan tras la utilización del calor o el frío en nuestro cuerpo 3-Distinguir los aspectos que hay que tener en cuenta para la prevención y cuidado de las úlceras de decúbito en las personas encamadas	21 cuidadores 3 voluntarios
6	Inquietudes psicológicas y terapéuticas.	Aclarar las dudas que se presentan entre los asistentes con respecto a los temas tratados u otros aspectos.	2 cuidadores

E. Material didáctico elaborado por el grupo

Se elaboraron y entregaron dos brochures, uno contenía información de las posturas corporales correctas y el otro, sobre el cuidado y la prevención de las úlceras de presión. Se entregaron además, dos boletines, uno acerca de los efectos del tratamiento que se aplica a las personas con cáncer y otro sobre los ejercicios para la rehabilitación del cáncer de mama. (ver anexo # 4 y # 5)

Para la invitación de la población, se realizaron volantes que contenían los temas que se iban a desarrollar junto con las fechas de las diferentes sesiones organizadas. (ver anexo #5).

III. Conclusiones

Mediante la actitud que percibimos en el transcurso de las charlas, pudimos observar que los cuidadores, ocupan información para poder enfocar su ayuda de una manera más efectiva, pues tienen la voluntad pero les falta el conocimiento ante diferentes aspectos que abarca esta enfermedad.

Algo que se observó y que cabe concluir, es que la población no responde una invitación de un día para otro, como se nos había informado en los inicios de nuestro proyecto. Las personas ocupan mucha más motivación para que participen en los diferentes actividades, por tanto se les debe informar sobre la gran importancia que tienen los talleres que se realizan enfocados en la enfermedad del cáncer.

También pudimos captar que los voluntarios que asistieron, tienen mucho contacto con las personas con cáncer y no tienen gran conocimiento sobre la enfermedad con la que trabajan. Por eso se hace necesario que se les insista persistentemente, en la importancia de su asistencia en los talleres que se ofrecen en las instituciones de cuidados paliativos.

El personal de la Unidad necesita más integración en los proyectos que se allí realizan, pues su falta de interés desmotiva a los estudiantes, que gustosamente vamos a compartir los conocimientos que durante tanto tiempo hemos adquirido y que sabemos que son de carácter valioso, sobre todo en estas poblaciones.

IV. Recomendaciones

El funcionamiento de la UCP es formidable ya que ofrece a las personas un servicio integral que incluye al factor médico, psicológico, de terapia física, económico, logístico y de trabajo social también. Existen siempre más cosas que se pueden hacer y sobre todo creo que el darse a conocer de una forma mas extensiva a la comunidad serviría de mucho ya que a lo mejor no todos los habitantes de la provincia de Alajuela están al tanto de este magnífico servicio.

Particularmente me parece que la UCP podría beneficiarse aun más del trabajo de los TCUs si no existiesen trabas burocráticas y celos profesionales que desmotiven a los estudiantes que tiene la intención de cooperar y nos encontramos con actitudes intransigentes que entorpecen nuestro trabajo.

Podría definirse de manera mas clara las necesidad específicas antes de que los grupos de TCU comiencen a trabajar dando un tipo de indicción a lo que se ha hecho en la UCP de manera que no se repitan temáticas o se ofrezcan manera innovadoras de abordaje.

Debería destinarse un espacio físico adecuado para el trabajo de los estudiantes con el ánimo de no interrumpir o bloquear otras actividades. También sería bueno informar de manera mas extensiva a las personas que usan el servicio de la UCP de los talleres o actividades ofrecidas por el TCU, ya sea en comunicados individuales o en algún boletín o sistema informativo d que llegue de manera efectiva a quines mas lo necesitan, además de planear actividades de esparcimiento con los pacientes.

Capacitar en comunicación asertiva y relaciones humanas a las personas que lidian con los pacientes con el fin de evitar malos entendidos y malos ratos a ambas partes respectivamente ya que conocimiento no es equivalente a empatía, tan necesaria en este caso y con esta población.

Finalmente sería bueno también que existiera la posibilidad de fijar proyectos (además de Trabajos Comunales Universitarios) en donde puedan incorporarse estudiantes que estén dispuestos a comprometerse y trabajar mano a mano de manera voluntaria con la Unidad de Cuidados Paliativos, de manera que se aproveche el entusiasmo y formación de los estudiantes de la Universidad de Costa Rica.

Creemos que debe haber más participación del personal de la Unidad, que trabajen en expandir la importancia de los talleres en su vida diaria, para llevar efectivamente el proceso de la enfermedad.

Por último, nos parece que la intervención de más estudiantes del área de ciencias de la comunicación y artes dramáticas sería muy asertivo para trabajar actividades culturales y la expansión de la comunicación y conocimiento de la institución.

V. Referencias bibliográficas

□ Libros

Goodman, C. C. Patología médica para fisioterapeutas. Tercera edición, McGRAW-HILL. España, 2002.

Martínez Murillo, M. Manual de Medicina Física. Editorial Harcourt. Madrid, España. 1998

Océano. Océano Uno: Diccionario enciclopédico ilustrado. Editorial Océano. Barcelona, España. 1994

□ Internet

Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, CancerNet. El cáncer de mama y su rehabilitación.

<http://cancernet.nci.nih.gov>

Fecha de acceso: 14/ago/05

Norman S. Kato, MD, Surgeon with the Cardiac Care Medical Group, Encino, CA. Rehabilitación en Cáncer. 2004

www.medlineplus.com

Fecha de acceso: 15/jun/05

Vivó Gisbert y otros. Cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión. Unidad del Dolor. Hospital General Universitario de Valencia. 2002

www.medlineplus.com

Fecha de acceso: 31/ago/05