

# Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba.

Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud.  
Experiencias Cubanas

## **Grupo Editorial Científico del Programa Integral para Control del Cáncer.**

*MsC. Dra. Teresa de la C. Romero Pérez*

Profesora Titular y Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de II Grado en Epidemiología, Máster en Educación Médica Superior, Jefa de la Sección Independiente para Control del Cáncer, Responsable de la coordinación del Programa Integral para Control del Cáncer.

*MsC. Dra. Gisela Abreu Ruiz*

Profesora Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Aspirante a investigador. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Atención Primaria de Salud. Coordinadora del Grupo Programa de la Sección Independiente para Control del Cáncer

*Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández*

Profesor Auxiliar la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana,. Investigador Agregado del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Coordinador Grupo Ciencia Innovación y Desarrollo de la Sección Independiente para Control del Cáncer

*MsC. Dra. Walkiria Bermejo Bencomo*

Profesora Auxiliar adjunta a la Escuela Nacional de Salud Pública. Investigador Agregado del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Coordinadora Grupo Observatorio de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

### **Autores:**

*Dra. Teresa Romero Pérez. Jefa Sección Independiente para Control del Cáncer*

*Dra. Gisela Abreu Ruiz. Coordinadora Grupo Programa. Sección Independiente para Control del Cáncer*

*Dra. Cristina Luna Morales. Directora Nacional de Atención Médica*

*Dra. Doris Sierra Pérez. Jefa Departamento de Atención Primaria de Salud*

*Dr. Luis Gandul Salabarría. Funcionario Departamento de Atención Primaria de Salud*

*Dra. Rossana Planas Labrada. Área de Asistencia Médica y Social*

## ***Autores por capítulos***

### **Capítulo 1**

#### ***MsC. Dra. Gisela Abreu Ruiz***

Profesora Instructor de la Facultad Manuel Fajardo. Aspirante a investigador. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Atención Primaria de Salud. Coordinadora del Grupo Programa de la Sección Independiente para Control del Cáncer

#### ***MsC. Dra. Teresa de la C. Romero Pérez***

Profesora Titular y Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de II Grado en Epidemiología, Máster en Educación Médica Superior, Jefa de la Sección Independiente para Control del Cáncer, Responsable de la coordinación del Programa Integral para Control del Cáncer.

#### ***Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández***

Profesor Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Investigador Agregado. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Coordinador Grupo Ciencia Innovación y Desarrollo de la Sección Independiente para Control del Cáncer

#### ***MsC. Dra. Walkiria Bermejo Bencomo***

Profesora Auxiliar adjunta a la Escuela Nacional de Salud Pública. Investigador Agregado. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Coordinadora Grupo Observatorio de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

### **Capítulo 2**

#### ***MsC. Teresa Romero Pérez***

Profesora Titular y Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de II Grado en Epidemiología, Máster en Educación Médica Superior, Jefa de la Sección Independiente para Control del Cáncer, Responsable de la coordinación del Programa Integral para Control del Cáncer.

#### ***DrC. Jorge A. Grau Abalo***

Profesor e Investigador Titular del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Especialista en Psicología de la Salud, Dr. en Ciencias Psicológicas, Jefe del Grupo Nacional de Psicología, Coordinador del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

*DrC. Margarita Chacón Roger*

Profesora e Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Máster en Psicología de la Salud, Vice coordinadora del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

*MsC. Ivette Barbat Soler*

Profesora Asistente e Investigador Agregado, Especialista en Medicina General Integral y Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia, Máster en Salud Pública.

*MsC. Olga Infante Pedreira*

Profesora Auxiliar, Especialista en Psicología de la Salud, Jefa del Departamento de Psicología, Policlínico Docente "Plaza de la Revolución"

*Dr. Ricardo Grau Abalo*

Profesor Titular de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Dr. en Ciencias Físico-Matemáticas

*Dr. Juan Lence Anta*

Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Especialista en Bioestadísticas, Máster en Salud Pública

### **Capítulo 3**

*DrC. Jorge A. Grau Abalo*

Profesor e Investigador Titular del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Especialista en Psicología de la Salud, Dr. en Ciencias Psicológicas, Jefe del Grupo Nacional de Psicología, Coordinador del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

*MsC. Teresa Romero Pérez*

Profesora Titular y Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Especialista de II Grado en Epidemiología, Máster en Educación Médica Superior, Jefa de la Sección Independiente para Control del Cáncer, Responsable de la coordinación del Programa Integral para Control del Cáncer.

*DrC. Margarita Chacón Roger*

Profesora e Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Máster en Psicología de la Salud, Vice coordinadora del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Sección Independiente para Control del Cáncer.

*Dra. María Cristina Reyes Méndez*

Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Investigador Agregado, Especialista de II Grado en Oncología, Máster en Didáctica para profesionales de la salud de la Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, miembro del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Sección Independiente para Control del Cáncer y Presidenta de la Cátedra de Cuidados Paliativos de la Facultad de Ciencias Médicas “10 de octubre.

*Dr. Nérido González Fernández*

Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Especialista de II Grado en Oncología, vicedirector docente del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

## Contenido

<b>Introducción.</b>	7
<b>Capítulo 1.</b> La APS en el control del cáncer: papel del policlínico.	11
<b>Capítulo 2.</b> Experiencias cubanas en el desarrollo de conductas protectoras con metodologías por etapas para el control del cáncer.	24
<b>Capítulo 3.</b> Cuidados paliativos domiciliarios en el control del cáncer en Cuba: experiencias y proyecciones.	51

## INTRODUCCIÓN

*El cáncer constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2005 murieron por neoplasias malignas cerca de 7,6 millones de personas, y se prevé que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden las acciones de control de la enfermedad.*

*De los diez millones de nuevos casos que se presentan anualmente, 4,7 pertenecen a países desarrollados, y a pesar de que con frecuencia se ha considerado que la enfermedad es un problema del primer mundo, en realidad más de la mitad de todos los tumores malignos son reportados en países en vías de desarrollo, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento son limitados.*

*Diferentes instituciones científicas validan, cuatro razones principales para explicar el aumento de la mortalidad por cáncer. Una de ellas, es la disminución de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados, y el hecho de que cada vez más personas llegan a la vejez, etapa en la cual son mayores las probabilidades de que se presente el cáncer.*

*El mayor consumo de tabaco en los últimos decenios, los cambios en el régimen alimentario, la reducción de la actividad física y el aumento de la obesidad, inciden en el desencadenamiento de diversas formas de tumoraciones malignas.*

*Un elemento importante ligado al aumento de casos nuevos es la alta prevalencia de factores de riesgo, dentro de los que se destacan: consumo de tabaco, exposición a carcinogénicos, conducta sexual inadecuada, obesidad, dieta inapropiada, reducción de la actividad física y factores demográficos como el envejecimiento poblacional. Los resultados de la aplicación de encuestas nacionales muestran que la prevalencia de tabaquismo en la población adulta es de un 32%, la ingestión de bebidas alcohólicas 57,9% y el sedentarismo 38%.*

*El consumo per cápita constituye un indicador muy importante para evaluar el impacto de las acciones de prevención y control del tabaquismo, porque posibilita el seguimiento anual y la mediatez. La serie cronológica del consumo de cigarrillos y tabacos en Cuba, ha permitido realizar un cuidadoso análisis de la tendencia, la relación con el precio, las formas de comercialización y la disponibilidad del producto, teniendo en cuenta las irregularidades en la oferta, así como otros aspectos de orden económico y social.*

La demanda del cigarrillo en Cuba, como a nivel internacional es inelástica, por lo que para reducir el consumo se requieren aumentos del precio superiores al 10%.

El envejecimiento de la población será, sin lugar a dudas, el futuro escenario predominante, de ahí que las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer, incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad, e incrementarán los índices de invalidez y discapacidad.

En Cuba, los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad desde el año 1958, según datos del Anuario Estadístico. Se diagnostican más de 33 000 casos nuevos cada año. Al cierre del 2009 murieron 21 316 personas, lo que representó 17,9 años de vida potencialmente perdidos, siendo la primera causa de muerte en ocho provincias del país: La Habana, Villa Clara, Sancti Spíritus, Cienfuegos, Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba, Guantánamo, y el municipio especial Isla de la Juventud. La incidencia aumenta aceleradamente después de los 65 años, lo que convierte a la prevención y cura del cáncer en reserva de eficacia a nivel social para alcanzar y mantener la Esperanza de Vida de 80 años.

En nuestros días uno de cuatro fallecidos muere por cáncer, y en el grupo de 45 a 64 años, uno de cada tres fallecidos. Los hombres tienen mayor riesgo de morir que las mujeres, con una razón de tasa por sexo M/F de 1.3.

Según las proyecciones de la salud pública cubana para el 2015, el propósito es reducir la tasa de mortalidad por cáncer en un 15%.

Tabla No. 1

<b>Línea de Base</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>
115.3	7%	15%
115.3	107.2	98.0

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Para lograr esta reducción, sería necesario lograr incidir con las acciones de mayor impacto, o al menos con aquellas posibles en dependencia de los recursos disponibles, en las principales localizaciones de cáncer. En un ejercicio realizado en el 2007 se sugirió:

Cáncer de pulmón: Reducir del 32% al 19% la prevalencia de fumadores (evitaría 1 401 muertes). **MEDIDA DE MAYOR IMPACTO.**

*Cáncer de mama: Diagnóstico temprano, más del 50% en etapas tempranas y tratamiento eficaz (evitaría 605 muertes).*

*Cáncer de próstata: Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz (evitaría 1180 muertes).*

*Cáncer de cuello de útero: Diagnóstico temprano (disminuir etapas avanzadas un 30%) y tratamiento eficaz (evitaría 50 muertes).*

*Cáncer de colon: Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz (evitaría 405 muertes).*

Según este pronóstico, el total de muertes evitadas para el 2015 sería de 3 mil 641.

Si se cumplieran estas predicciones, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer al cierre del 2009, debía ser alrededor de 109.04 por 100 000 habitantes, sin embargo, su comportamiento fue de 118.9 por 100 000 habitantes; lo que evidencia que no fue posible alcanzar el indicador esperado para este año (107.2) y por consiguiente, no se cumplirá el propósito de reducir la mortalidad por cáncer en un 15% (98.0 por 100 000 habitantes), para el año 2015.

El incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, entre otros determinantes, ha provocado que su control constituya un nuevo reto para la salud pública cubana. Se han identificado un conjunto de prioridades que a juicio de expertos pueden favorecer el control del cáncer en el presente año. De ellas, se ha obtenido la guía de obligatorio cumplimiento para las diferentes áreas e instituciones, de manera que la formulación de sus objetivos operacionales y las actividades/indicadores de trabajo le den salida.

Dichas prioridades son:

1. *Actividades de promoción y educación para la salud, con amplia participación comunitaria e intersectorial.*
2. *Estabilidad en el funcionamiento de los servicios con regionalización de aquellos que no se puedan tener o mantener en las instituciones, prestándole mayor atención al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.*
3. *Formación y reorientación de los recursos humanos según especialidades y necesidades del sistema.*
4. *Desarrollar investigaciones que permitan preservar la salud y el bienestar de la población cubana en función de la excelencia de los servicios, y la introducción y generalización de los nuevos conocimientos de la ciencia y la innovación tecnológica.*

5. *Utilización eficiente de los recursos financieros y materiales haciendo cumplir los reglamentos, manuales de procedimiento, protocolos de tratamiento, etc.*
6. *Garantizar como parte del proceso de fortalecimiento de la institucionalización del país, las funciones necesarias de cada estructura de dirección, así como continuar perfeccionando la base reglamentaria ya establecida.*

*En consecuencia, dicho accionar se ha dedicado a propiciar su cumplimiento, e inducir, desde la gestión del conocimiento, que los directivos fomenten la auto preparación y la auto responsabilidad, socialicen el conocimiento acerca de las nuevas formas de organización que se han establecido para el control del cáncer, asuman una visión integral y sistémica, dispongan de toda la documentación necesaria que sirva de consulta obligada para el trabajo diario, y mantengan un control sistemático y una exigencia permanente en el cumplimiento de las regulaciones establecidas para el control de los tumores malignos.*

## **Capítulo 1: La APS en el control del cáncer: papel del policlínico.**

Autores: Dra. Gisela Abreu Ruiz, Dra. Teresa Romero Pérez, Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández, Dra. Walkiria Bermejo Bencomo

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y se considera en los momentos actuales la “epidemia silenciosa del siglo XXI”. El número de fallecidos por esta causa supera el conjunto de muertes por SIDA, malaria y tuberculosis, cobrando más de siete millones de vidas cada año y afectando a más de 20 millones de personas <sup>1</sup>.

En Cuba, aún con los logros que exhibe la salud pública, el cáncer continúa ocupando la segunda causa de muerte de forma ininterrumpida desde el año 1958. En la actualidad, lejos de lograr una tendencia decreciente, la curva muestra una tendencia al ascenso, amenazando con desplazar las enfermedades cardiovasculares para pasar, en un periodo de tiempo breve, a ser la primera causa de muerte.

El panorama cubano, es semejante al que sufre el mundo, siendo el cáncer un problema que afecta a todos los países, independientemente de la raza, cultura, nivel de desarrollo económico y sistema político-social existente.

Prestigiosas autoridades sanitarias a nivel mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el 40% del cáncer puede ser prevenible si se produce un cambio en los estilos de vida (incorporación de una dieta saludable, régimen de actividad física adecuado, abandono del consumo de tabaco y alcohol, práctica de sexo protegido, entre otros), donde un 30% sería curable si se diagnostica tempranamente y se trata con la tecnología disponible hoy día, y otro 30% al menos, podría tener una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida con el tratamiento adecuado eficazmente implementado. <sup>2</sup>

Todo este esfuerzo depende en gran medida de la capacidad de la población para elegir estilos de vida saludables, estar alertas para identificar los signos de alarma del cáncer, y solicitar ayuda médica especializada de manera oportuna.

La OMS recomienda cuatro componentes de control de cáncer para reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>3</sup>, que son los siguientes:

1. **Prevención:** Incluye acciones integradas a la prevención de otras enfermedades crónicas y problemas relacionados, lo cual ofrece un mayor potencial de salud pública y un método más eficaz a largo plazo para controlar el cáncer.
2. **Detección temprana:** Detecta o diagnostica la enfermedad en una fase temprana, cuando existe un alto potencial de curación (ej. cáncer de cuello o de mama). Existen intervenciones que permiten la detección temprana y el tratamiento eficaz de aproximadamente un tercio de los casos, por lo que se proponen dos estrategias:
  - diagnóstico temprano, que generalmente implica que el paciente sea consciente de los primeros signos y síntomas, lo que lo llevará a solicitar atención médica para la confirmación diagnóstica y el tratamiento.
  - pesquisaje de individuos asintomáticos y aparentemente sanos para detección de lesiones pre cancerosas o de una fase temprana del cáncer, y para organizar su derivación para diagnóstico y tratamiento.
3. **Tratamiento:** pretende curar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida restante después de la confirmación de cáncer mediante los procedimientos apropiados disponibles. El tratamiento más eficaz y más efectivo está asociado a los programas de detección

temprana, y sigue los estándares de atención basados en evidencias científicas. Los pacientes se pueden beneficiar de una curación o de una vida más larga en casos de cánceres, que aunque diseminados, tienen muy buena respuesta al tratamiento. Este componente aborda también la rehabilitación dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes con limitaciones a consecuencia de la enfermedad.

4. **Cuidados paliativos:** satisfacen las necesidades de todos los pacientes que requieren alivio de los síntomas, así como las necesidades de atención psicosocial y de apoyo a los pacientes y sus familias, en particular cuando los enfermos se encuentran en la fase avanzada de la enfermedad y tienen muy pocas probabilidades de curación, o cuando se enfrentan a la fase terminal.

En Cuba la estrategia para el control del cáncer integra los esfuerzos para la educación y promoción de acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población; la detección y prevención de factores de riesgo a nivel poblacional desde la atención primaria de salud, así como el pesquiasaje activo y sistemático de las principales causas de incidencia/mortalidad por cáncer.

Dicha estrategia contiene además el control de la calidad, el seguimiento e interrelación con los niveles de atención secundario y/o terciario para la confirmación diagnóstica, y el tratamiento oportuno; haciendo uso adecuado de productos biotecnológicos que propicien el control prolongado de la enfermedad, así como la ejecución y conducción de los cuidados continuos que se prestan, desde el momento del diagnóstico hasta la muerte y el duelo. Encierra la atención a los cuidados paliativos y el dolor, como un elementos importante a tener en cuenta, para disminuir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Para ejecutar estas acciones la Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel fundamental como estrategia desde el nivel primario de atención, de ahí la necesidad de mejorar las competencias para el buen desempeño de los profesionales y técnicos de la salud en el policlínico , por una parte, para promover la creación de valor a partir de la optimización de los recursos humanos, el desarrollo de espacios de conocimiento y aprendizaje; y la interrelación con instituciones de otros niveles de organización del sistema nacional de salud, vinculadas con la atención a los pacientes con cáncer, así como los proveedores de los servicios y otros sectores que actúan sobre el mismo problema de salud; y por otra, para lograr que las acciones y conocimientos epidemiológicos, de promoción y educación, clínicos, de formación de recursos humanos, tecnológicos y sociales que se generen, puedan constituir los insumos para la gestión que agregue valor en cada proceso, e incremente el capital estructural de la organización y la efectividad en la toma de decisiones.

En el policlínico, como institución encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de la población, se pueden asumir hoy las más diversas y trascendentales actividades en el campo de la atención sanitaria, la formación de recursos humanos, y la investigación, gracias al arsenal terapéutico, tecnológico y de recursos humanos con que cuenta.<sup>4</sup>

Unido a esto, la preparación que tienen los especialistas de Medicina General Integral (MGI), permite abordar el problema salud- enfermedad desde una perspectiva integral, lo que puede constituir una de las mayores fortalezas del sistema, integrando de manera armónica todas las acciones para la prevención de los factores de riesgo: (tabaquismo, alcoholismo, relaciones sexuales desprotegidas, sedentarismo, dieta inadecuada, exposición a radiaciones solares, estrés, entre otras) y al mismo tiempo la satisfacción de las necesidades de los pacientes oncológicos y de sus familiares.

En la actualidad, mejorar la calidad de los procesos para el control del cáncer constituye un desafío en el nivel primario de atención, debido al número considerable de nuevos casos que se diagnostica, y el tiempo que estos permanecen en la comunidad para continuar su evolución. El desarrollo de un conjunto de acciones encaminadas a garantizar con calidad, el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, es de gran utilidad para favorecer de manera importante la reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer, y el incremento en la esperanza de vida de la población cubana.

Estas acciones interrelacionadas entre sí, orientadas a lograr el control de la enfermedad, con el valor añadido aportado por la institución y sus factores humanos en cada etapa, se le denomina procesos, los cuales son considerados como el conjunto de actividades que se realizan de forma secuencial para conseguir el resultado esperado, a partir de determinadas entradas. Estos pueden clasificarse en:

- *Estratégicos*: realizados por el equipo de dirección, muy relacionados con la misión / visión, proporcionan directrices a los demás procesos. Son los que se refieren a leyes, estándares, normativas, guías y en general a todos aquellos elementos que constituyen marco de acción, y permitan mantener la institución en correspondencia con su escenario de actuación.
- *Clave o fundamentales*: desarrollados por los equipos básicos de salud, tienen impacto en el paciente, creando valor para éste. Constituyen las actividades esenciales del servicio, es decir, su razón de ser. Son de suma importancia y de su adecuado cumplimiento depende en parte el éxito en el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, el seguimiento y la rehabilitación del paciente. Entre ellos se destacan la dispensarización de la población, a partir de la cual se puede evaluar e intervenir de forma planificada y programada la atención, la regionalización de los servicios para garantizar la atención

oportuna de los pacientes en instituciones que dispongan de los recursos necesarios para ello, la remisión de los casos sospechosos a las consultas de referencia, según los protocolos definidos para los tipos de cáncer priorizados, entre otros.

- *De apoyo*: que le dan soporte a los procesos anteriores. Normalmente están dentro de una función y sus clientes son internos. Son desarrollados por el personal del resto de los servicios vinculados al control de la enfermedad<sup>5</sup>, entre los que se encuentra el servicio de medios diagnósticos, rehabilitación integral, asistencia social, estadística, además de la intersectorialidad y el apoyo comunitario.

La gestión por procesos expresa la interdisciplinaridad, interinstitucionalidad, integralidad e integración necesarios para la atención al problema cáncer en este nivel de atención, siempre y cuando su gestión sea adecuada y esté en equilibrio dentro de la organización en el contexto actual. Corresponde a los directivos de las instituciones realizar la planificación de las acciones, la gestión estratégica, y los controles adecuados, vigilando los resultados de cada uno de los procesos que se llevan a cabo, y la intervención en los mismos siempre que sea necesario.

A nivel del policlínico existen espacios (Anexo 1), que permiten generar conocimientos basados en la interacción entre los diferentes actores involucrados en la atención al cáncer como un nuevo desafío epidemiológico, de cuyo aprovechamiento óptimo depende en gran medida el éxito en la ejecución con calidad de los procesos para el control de la enfermedad<sup>6</sup>. Estos espacios son:

#### Primer espacio

Se genera a través de la consulta médica y la dispensarización realizada por el equipo básico de salud a nivel del consultorio médico de familia.

Este constituye un primer espacio de generación de conocimientos a partir de la interrelación con el individuo, la familia, los factores de la comunidad y otros sectores, lo cual permite identificar los principales problemas existentes en esas tres dimensiones (individuo, familia, comunidad).

#### Segundo espacio

El conocimiento explícito generado y la transferencia del mismo se expresan en la hoja cargo, la interconsulta con otros profesionales del Grupo Básico de Trabajo, y el sistema de referencia hospitalaria (remisión de caso), ante las personas con sospecha de cáncer.

Los resultados constituyen elementos importantes para la toma de decisiones. Se produce un intercambio sostenido que genera un valor agregado y alerta a los profesionales del sistema a dar respuesta al problema.

#### Tercer Espacio

Constituido por el sistema de contratransferencia al área de salud, (hoja de egreso hospitalario y resumen de historia clínica) el cual permite mejorar el control y el seguimiento de los enfermos por parte de los equipos básicos de salud.

#### Cuarto Espacio

Está dado por la relación que se establece entre los diferentes sectores de la comunidad, para resolver de manera integral los problemas de los pacientes aquejados de cáncer.

#### Quinto Espacio

Se configura en el Análisis de la Situación de Salud, donde se estudia, de conjunto con la comunidad, los principales problemas relativos al control del cáncer y sus posibles soluciones.

### Sexto Espacio

Se estructura a partir del resultado de las investigaciones realizadas en respuesta a los problemas de salud del territorio, los cuales sirven de base para la toma de decisiones.

### Séptimo Espacio

Es un espacio de complejidad superior, donde se analiza el proceso de gestión y se toman y consensan las decisiones, optimizando el recurso tiempo.

### Octavo Espacio

El que se genera cuando se produce la visita interna o externa: (visitas técnicas, controles internos, asesorías y acompañamiento).

### Noveno Espacio

El que se concibe para la formación del capital humano en la sede universitaria a nivel de policlínico (SU), que tributa en sus tres procesos básicos: asistencia, docencia e investigación para el control del cáncer a ese nivel, al que se le agrega la función de gestionar el conocimiento.

En correspondencia, desde febrero del 2006 y en respuesta al incremento de la mortalidad por cáncer y su repercusión en la esperanza de vida de la población cubana, se introdujeron nuevas formas organizativas que han sido coordinadas desde el área del Vice ministerio de Asistencia Médica y Social, cuyo objetivo fundamental ha sido consolidar el papel del policlínico como institución clave del sistema, para lograr el cambio del paradigma de atención al paciente con cáncer en Cuba, que es convertirlo en un enfermo crónico de larga supervivencia y con mejor calidad de vida.<sup>7</sup>

Como parte de las acciones tomadas para enfrentar estos cambios, se estableció en el SNS una forma organizativa para institucionalizar el programa desde el policlínico hasta el tercer nivel de atención, que establece un médico coordinador (a tiempo compartido) del Programa Integral para el Control del Cáncer en todos los policlínicos del país. Éste coordinador tiene la tarea de integrar y sistematizar todas las acciones del programa, y conformar junto con otros especialistas de los servicios de la institución: (grupo básico de trabajo, servicio clínico quirúrgico, servicio materno Infantil, servicio de rehabilitación integral, servicio de medios diagnósticos, servicio de asistencia social, servicio de registros médicos y estadísticas de salud, entre otros), el Grupo Funcional de Cáncer (GFC).<sup>8</sup>

Esta forma de organización marca un hito en el sistema de salud cubano, ya que crea las bases para el desarrollo de capacidades que permitan la sostenibilidad del programa, la certificación de instituciones, la acreditación de personas y la institucionalización de la gestión para la mejora, desde la prevención hasta la atención a los pacientes con tumores malignos. Esto le confiere al policlínico un rol principal dentro de la red de instituciones involucradas en el control del cáncer.

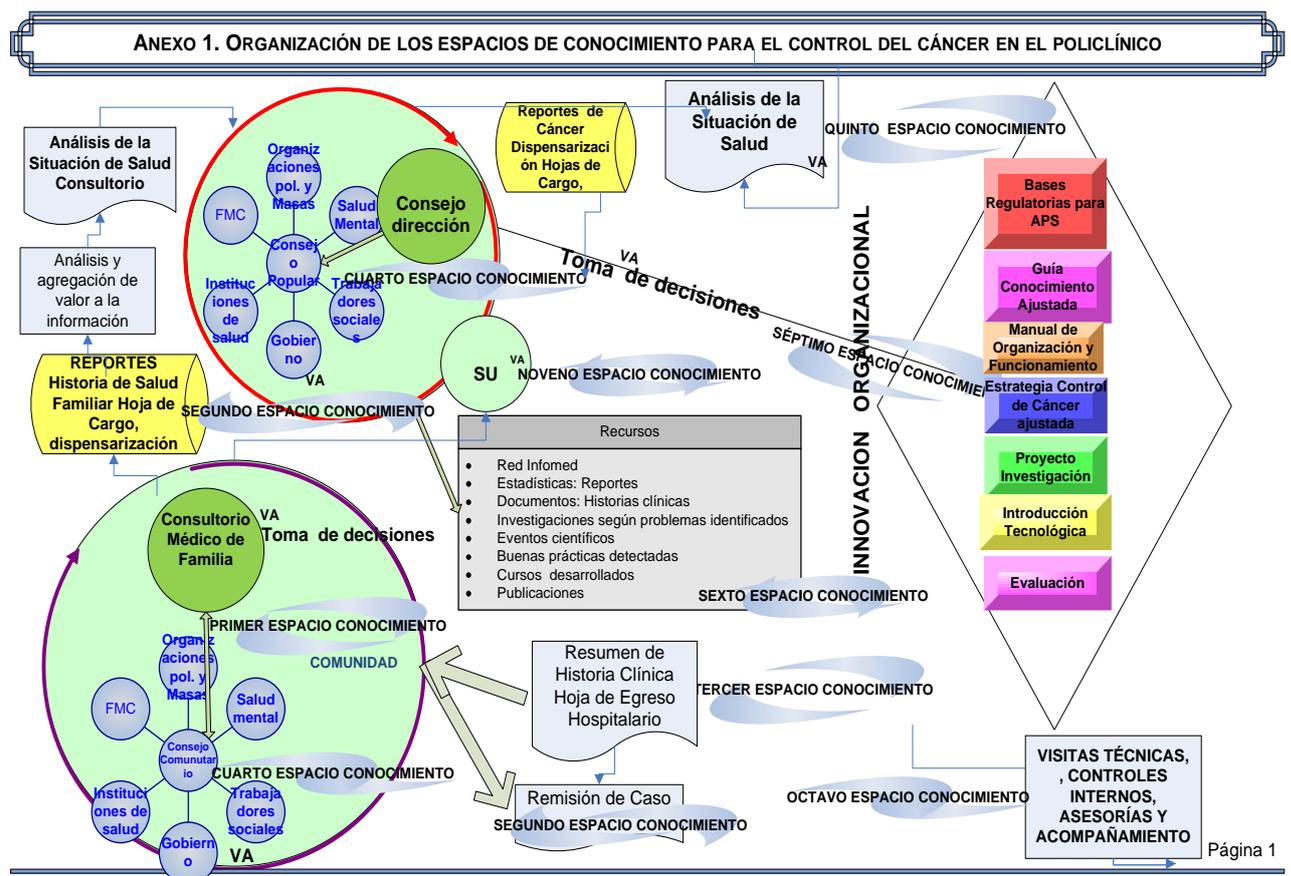
A continuación se recomiendan algunos indicadores básicos de gestión, que pueden ser de utilidad para evaluar a nivel de policlínico y municipio, las acciones dirigidas a la mejora continua en el control de la enfermedad:

<b>No</b>	<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia de evaluación</b>	<b>Estándar</b>	<b>Evaluación</b>
1	% de coordinadores del PICC seleccionados	Permanente	100% de coordinadores (1 por policlínico)	Cumplido/Incumplido
2	% de coordinadores del PICC capacitados con el Diplomado Básico de Control de Cáncer	Permanente	Incremento progresivo hasta completar 100% de capacitación en un año.	Cumplido/Incumplido
3	% de Grupos Funcionales de Cáncer (GFC) funcionando	Permanente	100% de grupos funcionando (1 por policlínico)	Cumplido/Incumplido
4	% de integrantes de los GFC capacitados	Permanente	100% de integrantes capacitados	Cumplido/Incumplido
5	% de reuniones de GBT donde se analiza el comportamiento del cáncer y sus principales acciones	Mensual	100% de reuniones de GBT	Cumplido/Incumplido
6	% de consejos de dirección donde se analiza el comportamiento del cáncer y sus principales acciones	Trimestral	1 trimestral	Cumplido/Incumplido
7	Necesidades de aprendizaje desarrollo identificadas en temas relacionados con el control del cáncer	Anual	Según cronograma anual	Cumplido/Incumplido
8	% de miembros de los GBT y técnicos capacitados acorde a las necesidades identificadas	Semestral	90% de personal capacitado	Cumplido/Incumplido
9	Incluido el tema cáncer a la línea de investigación del policlínico de acuerdo a la problemática existente, con salida a través de tesis, maestrías, trabajos científicos, etc.	Anual	Registrado en las prioridades de investigación y % de investigaciones en el tema	Cumplido/Incumplido
10	Analizado el tema cáncer en reuniones con los sectores de la comunidad (Consejo Popular)	Semestral	Según cronograma	Cumplido/Incumplido

11	Utilizada la Red Observatorio de Cáncer ( <a href="mailto:ucancer@infomed.sld.cu">ucancer@infomed.sld.cu</a> o teléfono 836-74-26 al 28), para intercambio de información sobre control de cáncer	Permanente	-	Cumplido/Incumplido
12	% de necesidades de niños con cáncer canalizadas a través del servicio de asistencia social	Mensual	100% de las necesidades	Cumplido/Incumplido
13	% de casos con sospecha de cáncer en los que se cumplen los protocolos de actuación establecidos (prioridades: mama, cérvix, colon, próstata, bucal, oncopediatria, pulmón)	Mensual	100% de los casos	Cumplido/Incumplido
14	Regionalizada la atención de los casos sospechosos de cáncer hacia las instituciones hospitalarias de referencia para diagnóstico y tratamiento oncoespecífico	Permanente	Trimestral	Cumplido/Incumplido
15	% de policlínicos con integración establecida con los departamentos de anatomía patológica de los hospitales de referencia para procesamiento de muestras	Permanente	100% de los policlínicos que realizan intervenciones quirúrgicas y/o endoscopia	Cumplido/Incumplido
16	% de visitas de control realizadas a los CMF, para chequear cumplimiento de las acciones de control de cáncer	Mensual	100% de los CMF en un año	Cumplido/Incumplido
17	% de procedimientos establecidos para la cirugía oncológica en la APS cumplidos (válido para los policlínicos que realizan intervenciones quirúrgicas)	Mensual	100% de los procedimientos	Cumplido/Incumplido
18	% de procedimientos del registro de cáncer establecidos para la APS cumplidos (válido para los policlínicos que realizan intervenciones quirúrgicas)	Mensual	100% de los procedimientos	Cumplido/Incumplido
19	% de quejas relacionadas con el tema cáncer resueltas	Mensual	>95%	Aceptable/No aceptable

En gran medida, los resultados en el control del cáncer son el reflejo del esfuerzo educativo para la promoción de salud y prevención de riesgos, así como de la disponibilidad de recursos materiales para el tamizaje en población de mayor riesgo y su contribución al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, (que incluye la rehabilitación integral y los cuidados al final de la vida).

El control del cáncer es posible sólo si se concibe al individuo de forma integral y se consolidan los esfuerzos de la comunidad, la familia y el equipo de salud, para involucrar de forma armónica a todas las áreas e instituciones del sistema nacional de salud y otros sectores de la sociedad.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS:

1. - *Cancer Control Knowledge in to Action. WHO guide for Efective Programmes. Planning.* Ginebra: OMS; 2006.
- 2.- *Programas Nacionales de Control de cáncer: políticas y pautas para la gestión.* Washington, DC: OPS; 2004.
- 3.- *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces;* 2010.
- 4.- *Resolución Ministerial No 135. Reglamento General de Policlínico. Salud Pública, (junio 17, 2008).*
- 5.- *Orientación sobre el concepto y uso del "Enfoque basado en procesos" para los sistemas de gestión. Documento: ISO/TC 2/N 544R2; diciembre 2003.*
- 6.- *UNCC- GECYT. Aplicación de la gestión del conocimiento en la organización de la Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Acta del Proyecto GESCONCA I. Ciudad de la Habana; 2008.*
- 7.- *Romero T. Changing the paradigm of cancer control in Cuba. MEDICC Review. Summer 2009; 11(3): 5-7.*
- 8.- *MINSAP. Manual para la Organización y Funcionamiento del Policlínico; 2009. (En prensa).*

## **Capítulo 2. Experiencias cubanas en el desarrollo de conductas protectoras con metodologías por etapas para el control del cáncer**

*Autores: Dra. Teresa Romero Pérez, Dr. Jorge A. Grau Abalo, DrC. Margarita Chacón Roger, MsC. Ivette Barbat Soler, Dra. Olga Infante Pedreira, Dr. Ricardo Grau Abalo, Dr. Juan Lence Anta.*

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer es la segunda causa de defunción en la mayor parte de los países desarrollados, y más de la mitad de los casos se ubican en la población de países en vías de desarrollo. El análisis de sus tendencias actuales muestra que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años<sup>1</sup>. La política recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para acometer la lucha contra esta enfermedad, ha sido la de establecer Programas Nacionales para su Control<sup>2,3</sup>. Entre las medidas preventivas la OMS recomienda educar a la población sobre los riesgos de cáncer, y promover modificaciones en los estilos de vida que lo propician<sup>4</sup>.

La historia de las acciones de control del cáncer en Cuba, hoy integradas en el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC)<sup>5</sup>, data de hace muchos años y agrupa actividades de prevención (acciones antitabaco, dieta, sol, riesgos laborales, alcohol, infecciones como hepatitis B y papiloma virus humano), actividades de diagnóstico precoz (cáncer cérvico uterino, de mama y bucal fundamentalmente), de tratamiento (protocolos de oncopediatria, programas terapéuticos y de atención al dolor y cuidados paliativos) y rehabilitación, además de actividades de investigación y docencia<sup>5</sup>. A pesar de todos los esfuerzos que se han venido desarrollando, aún no se ha logrado el impacto deseado en la reducción de su incidencia y mortalidad. Se ha hecho evidente la necesidad de reforzar acciones hacia nuevos horizontes educativos con un enfoque psicosocial<sup>6</sup>. Estos cambios deben dar solución a las necesidades de formación y adiestramiento de los agentes de salud, quienes requerirán entrenamiento en el empleo de técnicas sencillas, eficaces y de amplia aplicación para movilizar a la comunidad<sup>7,8</sup>, haciéndose indispensable que ellos

conozcan no sólo QUÉ tiene que ser modificado, sino CÓMO propiciar la transformación.

Toda estrategia educativa en cáncer debe centrarse en desarrollar conductas preventivas y promotoras. Se entiende por conductas preventivas el conjunto de acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de enfermedades o de sus secuelas. Conductas promotoras son aquellos comportamientos cuyo objeto es el incremento del nivel de bienestar y la autorrealización; en la práctica ambos tipos de conducta van estrechamente asociadas<sup>9,10,11</sup>.

La Educación para la Salud, para ser efectiva, no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud, y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida<sup>12,13</sup>. Es necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones<sup>12,14</sup>. Por eso se insiste en que hay que buscar nuevas y más efectivas formas de transmitir mensajes de salud que desarrollen motivaciones y actitudes de auto cuidado, y que se concreten en conductas protectoras efectivas<sup>15,12,16,17</sup>.

Tal propósito no podría lograrse sin el autocontrol o la autorregulación del comportamiento, definido como "el manejo que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas o internas, así como de las consecuencias asociadas a una determinada conducta, que determinan su motivación hacia dicha conducta y la probabilidad de que realice su ejecución"<sup>12,15</sup>. Se entiende por circunstancias externas la disponibilidad de medios para realizar la conducta (tiempo, espacio, recursos), las condiciones favorables del medio ambiente físico y social, la programación de reforzamientos medio-ambientales favorables al incremento o disminución de la conducta (elogios, premios, críticas). En las condiciones internas se incluyen la motivación "intrínseca" (no generada directamente por otros), los conocimientos, las convicciones, las creencias de autoeficacia y las emociones asociadas a la conducta<sup>9,16,18,19</sup>. De esta forma, si el individuo puede regular la influencia de las circunstancias externas y de las condiciones internas que llevan a una determinada conducta perjudicial para la salud, estará efectuando un autocontrol del comportamiento que fomenta la protección y la prevención.

Mahoney y Mahoney<sup>19</sup> han propuesto el método conocido como "SCIENCE", que enfatiza el carácter científico del autocontrol para lograr cambios medidos, progresivos y permanentes. Una adaptación del mismo fue hecha por Flórez, con las

siglas "PRISA-NO", que enfatizan el carácter gradual de esos cambios<sup>20</sup>. Los pasos generales son:

**P** – Planteamiento del problema concreto a resolver y de los propósitos específicos que la persona aspira a lograr como resultado.

**R** – Aspectos del comportamiento sobre los cuales la persona recolecta información, mediante la auto-observación y el uso de registros apropiados, así como el registro de información acerca de las circunstancias externas o internas asociadas al comportamiento.

**I** – Identificación del patrón de comportamiento propio de la persona, entendido como una descripción que ella hace en sus propios términos del estado actual en relación con el comportamiento que va a someter a cambio.

**S** – Lluvia de ideas sobre las soluciones posibles a los problemas identificados en su patrón de comportamiento, soluciones que se centran en la modificación de las circunstancias asociadas al mismo.

**A** – Adopción de una solución que resulte ser la más razonable entre las anteriores, comprometiéndose a hacer y no a ser, fijando límites a la ejecución deseada a partir de la actual, anticipándose como posible por la propia persona (expectativas de autoeficacia), y aproximándose sucesivamente hacia la modificación de las circunstancias más difíciles a partir de las más fáciles.

**N** – Nivelación que la persona efectúa sobre la evolución del comportamiento, con el fin de tener datos objetivos que le indiquen esta evolución y la pertinencia de la solución adoptada, si es posible cuantificando algún parámetro pertinente.

**O** – Órdenes de cambio que la persona efectúa sobre las decisiones de soluciones adoptadas según los resultados aportados por la nivelación, (carácter auto-correctivo del programa de autocontrol, en función de la retroalimentación dada en la ejecución)

*El PRISA-NO* fue aplicado inicialmente al autocontrol de comportamientos alimenticios, de ejercicio físico, de control de emociones y hábitos de tabaquismo o de consumo de alcohol, en una empresa estatal colombiana<sup>21</sup>. Se obtuvieron resultados favorables en muchas conductas protectoras, y se comprobó que los que modificaron establemente sus comportamientos eran los que previamente habían elaborado un compromiso de autocontrol.

En la búsqueda de una mayor efectividad en la educación y la promoción de salud que lleve hacia el autocontrol del comportamiento se han generado varios modelos. Todos ellos hacen énfasis en las variables que determinan la probabilidad de una acción preventiva (**A**), siguiendo la fórmula general:  $A = P + S + E - C$ , donde **P** es la susceptibilidad o probabilidad de sufrir un daño, **S** es la severidad del daño, **E** la

efectividad de la precaución y **C** los costos de la precaución. Los llamados “modelos de creencias de salud”, (desde los clásicos basados en la expectativa de beneficios y la vulnerabilidad percibida, hasta los modelos centrados en la auto eficacia, la teoría de la acción social y las normas subjetivas internas), ponen énfasis en una u otra variable determinante del cambio<sup>14</sup>. Sin embargo, muchas personas se perciben a sí mismas con un bajo peligro de caer en un mal hábito. Si los programas preventivos no incorporan etapas en las que el individuo identifique amplia y objetivamente su propia susceptibilidad, la percepción de severidad del daño no garantiza el paso a etapas de acción. Por otra parte, en su manejo, los costos y beneficios del cambio son realmente multidimensionales. El costo de evitar un factor de riesgo puede ser múltiple, mientras que los beneficios pueden quedarse en el plano de una ganancia “hipotética”<sup>22</sup>.

Ninguno de los modelos tradicionales hace énfasis en la adopción de precauciones o de cambio de conductas como un proceso que transcurre por etapas. *Los MODELOS DE ETAPAS* tratan de explicar cómo se adquiere el comportamiento saludable a través de una serie de fases, cuáles son las barreras a superar para proseguir de una a otra, y qué acciones son necesarias para ello. Además, facilitan la evaluación de la posición de entrada de una persona en relación con un determinado factor de riesgo, orientan hacia la secuenciación de las intervenciones, (preventivas o terapéuticas), y facilitan la conformación de grupos de personas que deben recibir intervenciones similares. Son mucho más eficaces porque conceptualizan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes, e incrementan la probabilidad de llegar a la fase final. Los más conocidos son: el modelo de adopción de precauciones/PAP, de Weinstein y Cols<sup>23,24</sup>, y el modelo transteórico/MTT, elaborado por Prochaska y Di Clemente.<sup>15,25</sup>

El modelo de Weinstein (PAP) establece 7 etapas en el proceso de cambio, a partir de: a) la información que tiene la persona sobre el comportamiento de riesgo/precaución, su implicación y decisión de iniciar y mantener conductas protectoras, y, b) de las barreras que suelen establecerse en ese proceso. Así, en una primera etapa, la persona desconoce sobre el comportamiento de riesgo/precaución y necesita información sobre ella. En una segunda etapa la persona tiene esa información, pero no se ha involucrado en un plan de medidas. En una tercera etapa, la persona se encuentra indecisa antes de empezar a actuar, quiere que se le ayude, pero aún no se ha decidido y, con frecuencia, alude a ideas irracionales como mecanismos para minimizar su propio riesgo (“optimismo no realista” según Weinstein). Algunas personas llegan a una cuarta etapa, decidiendo no actuar. Por alguna razón no desea adoptar la precaución (se levanta una barrera de percepción

selectiva: tienden a fijar solamente lo que apoya su decisión y dejan de lado cualquier información contraria), lo cual requiere de mucha información desconfirmatoria y, si fuese preciso, excluir temporalmente al individuo del proceso de cambio en el marco de un grupo de intervención. En una quinta etapa la persona se decide a actuar, ha tomado la decisión, pero por alguna razón no ha puesto en práctica la conducta protectora, (se requiere un “empujón” para el inicio de la acción). La sexta etapa se refiere al inicio de la acción y la séptima, a su mantenimiento.

El PAP, elaborado originalmente en E.E.U.U. por Weinstein se ha implementado en numerosas investigaciones en Colombia como metodología para la prevención de la violencia intrafamiliar<sup>26</sup>, para la prevención del alto riesgo en el embarazo de adolescentes<sup>27</sup>, para la prevención de la farmacodependencia en niños de edad escolar<sup>28</sup>, y para el cambio de distintos factores de riesgo en la localidad de Chapinero<sup>16</sup>. A partir de los resultados con estas investigaciones, Flórez ha hecho un intento de descubrir los procesos psicológicos subyacentes a la adopción del comportamiento saludable en las etapas del PAP<sup>28</sup>.

El modelo de Prochaska y DiClemente (MTT) se llama “transteórico” porque surge en el análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas en su aplicación a la prevención y a la promoción de salud, y lleva a la conclusión de que el cambio se da a través de una serie de etapas, más o menos fijas, (que corresponden –en lo más general- a las etapas del PAP), por la acción de algunos procesos psicológicos que favorecen el aprendizaje y el tránsito de una etapa a otra. Las etapas propuestas en el MTT son las siguientes: <sup>29,30</sup>

- Pre contemplación: el individuo es inconsciente de que tiene problemas, o no piensa seriamente en el cambio.
- Contemplación: toma conciencia de que hay un problema, admite que algo no funciona bien y se preocupa por entenderlo, por sus causas y su cura.
- Preparación: toma algunas decisiones e inicia ajustes conductuales para prepararse al cambio, con intenciones para un período próximo, y haciendo un balance realista de todos los aspectos asociados a su conducta-problema.
- Acción: modifica su conducta y las condiciones ambientales que la afectan, incrementando su autoestima y auto eficacia. Se da cuando el individuo está motivado, se ha propuesto metas razonables y se encuentra en capacidad de manejar las contingencias situacionales conducentes al cambio.
- Mantenimiento: el individuo trabaja para que permanezcan los logros y ganancias obtenidas durante la acción, y para prevenir la recaída a un nivel anterior de funcionamiento.

- Recaída: hay un impacto psicológico diferente al de la primera etapa. El individuo debe luchar contra la desesperanza, la culpabilidad y la frustración, y verla como “grado”, más que como “todo o nada”.
- Terminación: se dejan de experimentar tentaciones por los factores de riesgo, el individuo no requiere de esfuerzos para evitar recaídas).

Los procesos de cambio propuestos en el MTT son: incremento de la conciencia, auto-reevaluación, reevaluación social, auto liberación, liberación social, contra-condicionamiento, control de estímulos, manejo de contingencias, catarsis y relaciones de ayuda<sup>31</sup>.

Un análisis factorial de estos procesos de cambio, tomados de las diferentes corrientes psicoterapéuticas<sup>32</sup>, permitió clasificarlos en dos grandes tipos: procesos experienciales, (pensamientos y emociones acerca de las consecuencias de no realizar el cambio conductual, entre los que se incluyen el incremento de la conciencia, la auto-reevaluación, la catarsis, la reevaluación medio-ambiental, la liberación social); y procesos conductuales, (representan actividades más orientadas hacia el cambio, las cuales son realizadas a medida que la persona avanza en el proceso de modificación de su conducta, incluyen relaciones de ayuda, control de estímulos, manejo de contingencias, auto liberación y contra-condicionamiento). Los procesos experienciales, (motivacional-vivenciales), se usan más en las etapas iniciales del cambio, mientras que los procesos conductuales se usan más en las etapas ulteriores. Un constructo marcador importante trabajado en el MTT entre otros, es el de balance decisional, considerado como balance de “pros” y “contras” para el cambio de comportamientos de riesgo y la incorporación de conductas preventivas. La asociación entre el balance decisional y las etapas del MTT ha sido demostrada en intervenciones dirigidas a dejar de fumar, dejar de consumir cocaína, controlar el peso, consumir menos grasas, disminuir el comportamiento delincuente en adolescentes, hacer sexo seguro y usar el condón, disminuir la exposición a rayos solares, control del gas radón en residencias, práctica del ejercicio físico, realización de mamografías y prácticas médicas preventivas en fumadores. El “cruce” de los “pros” de realizar conductas preventivas y los “contra” se produce en casi todos estos estudios en la etapa de contemplación, excepto para algunos, que se produce en la fase de preparación (ejercicios físicos) o en la etapa misma de acción (exposición a rayos solares, el consumo de alimentos ricos en grasas y la práctica de mamografías)<sup>33</sup>.

El MTT ha demostrado ser útil en numerosas investigaciones con fumadores<sup>9, 12, 15</sup> con alcohólicos<sup>34</sup> y con otras conductas de riesgo/protección<sup>33</sup>.

En Cuba, se han desarrollado algunas experiencias empleando metodologías por etapas como el MTT y el PAP, que demuestran haber provisto de una herramienta práctica para incorporar a las personas de un grupo, en un proceso gradual de cambios favorables en sus estilos de vida, tendientes a reconocer los factores de riesgo y a adoptar medidas preventivas. Estas metodologías se llevaron a cabo generalmente a través de talleres grupales, diseñados y dirigidos por varios especialistas entrenados, (psicólogos, médicos, pedagogos, enfermeras). Esto ha permitido desarrollar “talleres-tipo”<sup>35</sup> para la implementación de acciones educativas en el control del cáncer, modificando estilos de vida en instituciones comunitarias y en el entorno de la atención primaria de salud. El propósito de este artículo es reportar, de manera generalizadora, algunas de estas experiencias, parcialmente publicadas como reportes de investigación o en informes de trabajo <sup>16,36</sup> .

## *DESARROLLO*

El primer grupo de investigaciones que se reporta tuvo como objetivo evaluar la eficacia de procedimientos educativos no tradicionales, centrados en la elaboración individual de procesos de autorregulación y métodos por etapas, para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer.

Los estudios se realizaron con la modalidad de intervenciones comunitarias, con un diseño de tipo cuasi-experimental, en 12 subgrupos de sujetos supuestamente sanos procedentes de dos centros de trabajo de la Ciudad de la Habana: la Revista “Bohemia” (6 grupos), centro laboral atendido por el Policlínico “Plaza de la Revolución” y la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) (6 grupos), en el período comprendido entre enero del 2000 y noviembre del 2001. Los subgrupos de cada grupo fueron trabajados simultáneamente. Naturalmente, la variable independiente en este estudio fue la intervención educativa en dos modalidades: tradicional (4 subgrupos) y con metodologías por etapas y PRISA-NO (4 subgrupos), constituyendo la variable dependiente los cambios en los estilos de vida y en los comportamientos de los sujetos. Otros 4 subgrupos correspondieron a los sujetos de control.

El número de sujetos en cada subgrupo fue determinado por la posibilidad de trabajo grupal y por las experiencias de investigaciones anteriores. Participaron 186 personas en:

- Dos talleres centrados en el auto cuidado y la responsabilidad con la salud, especialmente con respecto a los auto exámenes para

prevención de cáncer, uno procedente del Policlínico “Plaza de la Revolución” y otro de la ELAM, cada grupo estaba conformado por los subgrupos de trabajo (Grupo A: Control, 15 sujetos en el Policlínico “Plaza” y 10 sujetos en la ELAM; Grupo B: Intervención Tradicional, 15 sujetos en el Policlínico “Plaza” y 15 en la ELAM; Grupo C: Experimental, 15 sujetos en el Policlínico “Plaza” y 23 en la ELAM).

- Un taller centrado en el control del tabaquismo, procedente del Policlínico “Plaza de la Revolución”, conformado por los tres subgrupos de trabajo (Grupo A: Control; Grupo B: Intervención Tradicional; Grupo C: Experimental, cada uno integrado por 15 sujetos).
- Un taller centrado en el control del estrés, procedente de la ELAM; constituido, a su vez, por los 3 subgrupos de trabajo (Grupo A: Control, 10 sujetos; Grupo B: Intervención Tradicional, 15 sujetos; Grupo C: Experimental, 23 sujetos).

La población de estudio para el procesamiento de los movimientos por etapas en algunos subgrupos, (por ejemplo, los del grupo de control del tabaquismo del Policlínico “Plaza”), se vio considerablemente reducida al no asistir 21 casos a la sesión donde se re aplicaba el instrumento que determinaba las etapas del proceso de cambio en que se encontraba el grupo. En consecuencia, la población total se vio afectada por una considerable merma, lo cual es congruente con los reportes acerca de la adherencia de las personas a los programas anti-tabáquicos.

La edad de todos los sujetos en los subgrupos A-B-C, estuvo entre 14-50 años (promedios oscilaban entre 31,5 y 37,2 años). La prevalencia del sexo masculino en todos los subgrupos era cercana al 60 %. La mayoría de los sujetos en todos los subgrupos eran casados o tenían pareja y tenía nivel escolar secundario superior (preuniversitario).

Cada grupo fue sometido a dos evaluaciones en diferentes momentos: una evaluación basal (pre-intervención), y otra final, después de la intervención inicial, que en tiempo coincidía con la terminación de los talleres de los subgrupos experimentales.

Las intervenciones se dirigieron a las tres esferas señaladas, relacionadas con factores de riesgo en cáncer que asumen la forma de hábitos, conductas, creencias, emociones, actitudes y habilidades, incluidas en los 6 tipos de estilos de vida promotores de la salud, propuestos por Walker y Cols.<sup>18,37</sup> :

1. Auto cuidado y responsabilidad con la salud
2. Tabaquismo y su control

3. Control del estrés y esfera personal (propensión dada por cualidades personales, regulación emocional y manejo del estrés, auto actualización personal y autoestima y apoyo social).

El diseño de los talleres en los subgrupos experimentales (Grupo C) estuvo a cargo del equipo de investigación, conformado por epidemiólogos, psicólogos, oncólogos, enfermeras y otros profesionales. Estos talleres (intervención centrada en la autorregulación) fueron planeados siguiendo las pautas generales de las metodologías por etapas, y la elaboración de compromisos controlables con el procedimiento PRISA-NO. Los talleres no constituyeron el método (el método es el de las metodologías por etapas y el PRISA-NO), sino la herramienta o ámbito donde se ejecutaba el conjunto de procedimientos, que permitían implementar el método. En su programación estuvieron incluidos elementos e instrumentos didácticos, dinámicas de grupo y otras técnicas que facilitaron el cumplimiento de las etapas del proceso de cambio y permitieron llevar a cabo el autocontrol a lo largo de los pasos del PRISA-NO. Los compromisos se trabajaron individualmente, sin descuidar el papel del grupo en los talleres, considerando las acciones comunitarias del Sistema Nacional de Salud, en las que se generalizarían posteriormente acciones más globales.

Los contenidos básicos para la intervención en los subgrupos del grupo B (intervención centrada en información con métodos tradicionales), eran ejecutados en forma de “charlas educativas”. Sirvieron como materiales bibliográficos de apoyo los aportados por el Proyecto Latinoamérica contra el Cáncer. Ambos tipos de intervención educativa (experimental y tradicional), fueron desarrollados por el mismo equipo de profesionales.

La intervención experimental, con duración total de 6 hs, se desarrolló en 4 sesiones de 1,5 horas c/u, con frecuencia semanal o quincenal (según la etapa en que se encontraran los grupos). La intervención en cada grupo laboral, así como las evaluaciones (basal y final), se desarrollaban simultáneamente; es decir, la evaluación final en los subgrupos de los grupos A y B se hizo coincidir con las fechas de la evaluación en los subgrupos del grupo C.

El completamiento de los instrumentos se pidió de forma anónima, algunos sujetos utilizaban pseudónimos que permitiesen cotejar los diferentes instrumentos pertenecientes a un mismo individuo, otros emplearon solamente números, algunos llegaron a dar su nombre completo. Se trató, en todos los casos, de garantizar el consentimiento informado de los participantes en la investigación, y la libre determinación de los sujetos para el cambio conductual, condición imprescindible en estas metodologías. Se tuvo especial cuidado en evitar intervenciones “de imposición”

o “reprimendas” en relación a patrones conductuales, o que provocasen fenómenos de “deseabilidad social” al completar los instrumentos o evaluar el cumplimiento de los compromisos contraídos durante el proceso de cambio por etapas.

Los instrumentos de registro y de evaluación de cambios han sido utilizados en muchas de las investigaciones que se han efectuado anteriormente, y son los siguientes:

1. Cuestionario de estilos de vida promotores de salud, de Walker y cols.<sup>18,37</sup>.
2. Cuestionario para medición de riesgo en cáncer y enfermedades crónicas (versión cubana, modificada en 1996 de la propuesta por la Liga contra el cáncer de Guatemala)
3. Inventario de estrés cotidiano (sólo para el grupo de estrés)
4. Instrumentos específicos para evaluar la etapa en que se encontraban los grupos en relación con el auto cuidado, el control del estrés y del tabaquismo.

La versión del Cuestionario de Estilos de Vida promotores de salud, fue la utilizada por Flórez para su aplicación en Colombia<sup>11</sup>, aunque para su calificación primaria en la puntuación global se usaron los 48 reactivos propuestos inicialmente por Walker. Este instrumento intenta medir cambios generales o específicos en los estilos de vida, conceptualizados estos como "patrones multidimensionales de acciones iniciadas por los sujetos por sí mismos, y de percepciones que sirven para mantener o mejorar el nivel de bienestar, auto actualización y plena apariencia del individuo"<sup>21</sup>.

Esta escala emplea un formato de respuestas de 4 puntos para medir la frecuencia de conductas saludables auto reportadas en 6 dominios o aspectos: auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés, y ha sido usada con múltiples propósitos en investigaciones sobre promoción de salud. El desarrollo y evaluación psicométrica de las versiones en lengua inglesa y los registros en estudios con muestras simples, fueron descritos por Walker y cols desde 1987-1988. La traducción y evaluación psicométrica de la versión en español, así como los registros en una muestra hispánica fueron reportadas por Walker y cols en 1990<sup>21</sup>. Los autores recomiendan el uso de medias, más que las sumatorias de las sub escalas por aspectos, toda vez que la cantidad de ítems en cada sub escala es diferente. Los ítems son los siguientes:

- ❖ De este instrumento se utilizaron para el procesamiento, además de la escala global, la sub escala de responsabilidad con la salud (indicador específico de auto cuidado) y las de auto-

actualización, apoyo interpersonal y manejo del estrés (relacionadas con el de estrés).

- ❖ Del cuestionario para medición de riesgo en cáncer y enfermedades crónicas: para el procesamiento se tomaron los aspectos de auto cuidado y responsabilidad con la salud (dimensiones 1, 3 y 10), estrés y su control (dimensiones 7 y 8) y tabaquismo (dimensión 5). Globalmente, para la evaluación de los estilos de vida, las dimensiones 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10.

El Inventario de Estrés Cotidiano es una amplia lista de 42 síntomas de estrés, usado en la investigación solamente en el grupo de estrés, con el objetivo de completar el conocimiento del impacto de las intervenciones en este factor de riesgo, a partir de sus manifestaciones clínicas (fundamentalmente emocionales). En este instrumento los sujetos pueden ofrecer una variedad de respuestas a cada síntoma en cuanto a frecuencia de presentación en 6 rangos, desde “Nunca” hasta “Siempre”. El instrumento original “Checklist Symptom Stress”, ha sido traducido al español en varios países y existen diferentes versiones (México, Colombia, etc.) La versión utilizada ha sido empleada en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de Guadalajara, modificada a su vez de la adaptación realizada del original por Benjamín Domínguez, de la UNAM (México, DF).

En esencia, el objetivo fundamental de los instrumentos 1-3 era recolectar información sobre los principales indicadores de eficacia de las intervenciones. Ellos fueron aplicados en estudios de pilotaje previos en algunas provincias del país, demostrando su pertinencia para el objetivo con el que fueron empleados (no para hacer diagnósticos globales o de tipo clínico).

El diagnóstico de las etapas en que se encontraba el grupo se logró mediante la aplicación individual de sencillos instrumentos elaborados para auto cuidado, estrés y tabaquismo, por el equipo de investigación, siguiendo los pasos del flujograma de etapas, según el PAP y MTT. El cumplimiento de los compromisos contraídos a lo largo del procedimiento PRISA-NO en los subgrupos del grupo C, se ofrecía por los sujetos en la última sesión en forma de porcentajes que indicaban: Total cumplimiento (TC), Cumplimiento Parcial (PC) o No Cumplimiento (NC). El cuestionario para medición de riesgo en cáncer y enfermedades crónicas, completado inicialmente por el propio sujeto antes de asumir los pasos de adopción de precauciones en los talleres, fue también útil para que monitoreara el cumplimiento de sus compromisos.

Los indicadores de la eficacia fueron elaborados por el equipo de investigación. Se usaron dos tipos: globales (cambio general de los estilos de vida) y específicos (en

auto cuidado, estrés y tabaquismo). En correspondencia con los aspectos evaluados en los instrumentos, se dirigieron a comprobar la fórmula general contenida en la hipótesis, o sea, que los resultados en el grupo C son mejores que en el grupo B, y estos son mejores que los resultados de cambios espontáneos en el grupo A (control), que podría sintetizarse de la siguiente manera: **C > B > A**.

El procesamiento de los datos y análisis de los resultados se efectuó a través de un proceso de 6 pasos, siendo el más importante el procesamiento de las diferencias encontradas entre los subgrupos A, B y C con respecto al cambio de etapas de cada grupo (en los momentos de la evaluación basal y final, después de las intervenciones), e incluyó estadígrafos descriptivos y análisis uni y multivariado.

Los resultados del procesamiento en este paso son esenciales para determinar cabalmente la eficacia de las metodologías por etapas/PRISA-NO, ya que el cambio en las etapas del grupo ha sido reportado como el mejor indicador del proceso de adopción de conductas protectoras. Se hizo previamente un análisis descriptivo de los resultados (6.a), luego se presentaron los resultados de los test estadísticos antes de la intervención (6.b), comparándolos con los resultados alcanzados después de la intervención (6.c). Finalmente se hizo un análisis general antes–después (comparación de los cambios) entre los grupos (6.d).

Los resultados del análisis descriptivo (6.a) se muestran en la tabla 1 y en los gráficos 1 y 2. La tabla 1 muestra las etapas en los 3 grupos antes y después de la intervención. En general para todos los grupos, lo más frecuente antes de la intervención era la ausencia de información o encontrarse en las primeras etapas. Después de la intervención se observa una distribución distinta (a los efectos de los gráficos y la tabla, el grupo A equivale al 1, el B es el 2 y el C representa el 3; el “tratamiento” se refiere a la intervención).

El gráfico 1 ilustra la distribución de las etapas antes de la intervención. La distribución de las alturas de las columnas es bastante similar, en todos los grupos hay mayor número de casos en las primeras etapas, a pesar de la diferencia de sujetos en los grupos. Interesa especialmente la distribución descendente de las alturas en cada grupo y esta es similar.

El gráfico 2 muestra la distribución de las etapas por grupos después de la intervención educativa. Aquí comienzan a apreciarse diferencias significativas entre ellos. Véase que en el grupo de control (1), predomina todavía una tendencia a mantenerse en etapas iniciales. El grupo B logra algunos cambios, pero en el grupo C hay una tendencia a encontrarse en las etapas más avanzadas, esto significa que,

predominan los que llegan a comenzar conductas de protección (43.5 % del grupo) e, incluso, a sistematizarlas en franca etapa de mantenimiento (26.1 %).

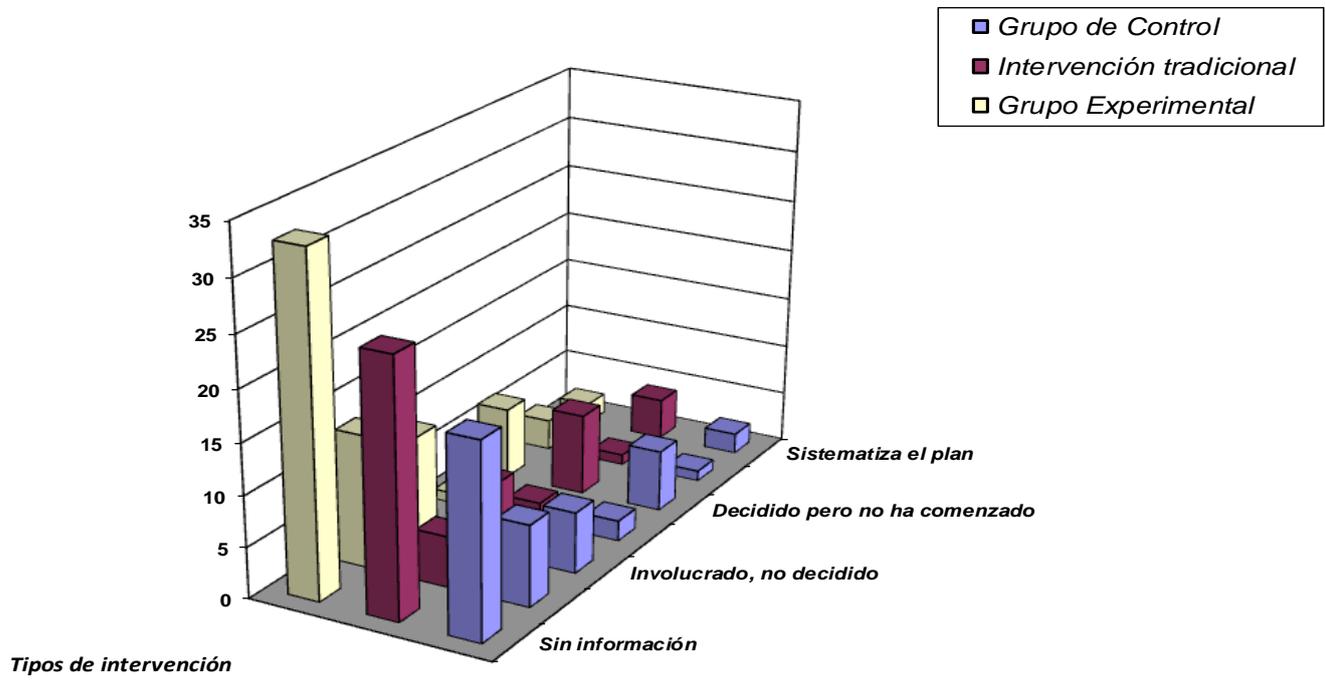
Finalmente, el análisis descriptivo del paso 6.a mostró el valor de la mediana de las etapas por grupos de trabajo. En los tres grupos, antes de la intervención, más del 50% de los sujetos se encontraban en etapas 1 (informados) o 2 (no involucrados). Después de la intervención, la mediana cambia, mientras el control mantiene una situación similar, el de intervención tradicional avanza y se coloca entre las etapas 3 y 4. El grupo experimental tiene la mediana en la etapa 6. Más del 50% comenzó el plan o lo sistematizó.

**Tabla 1. Etapas en los tres grupos antes-después de la intervención**

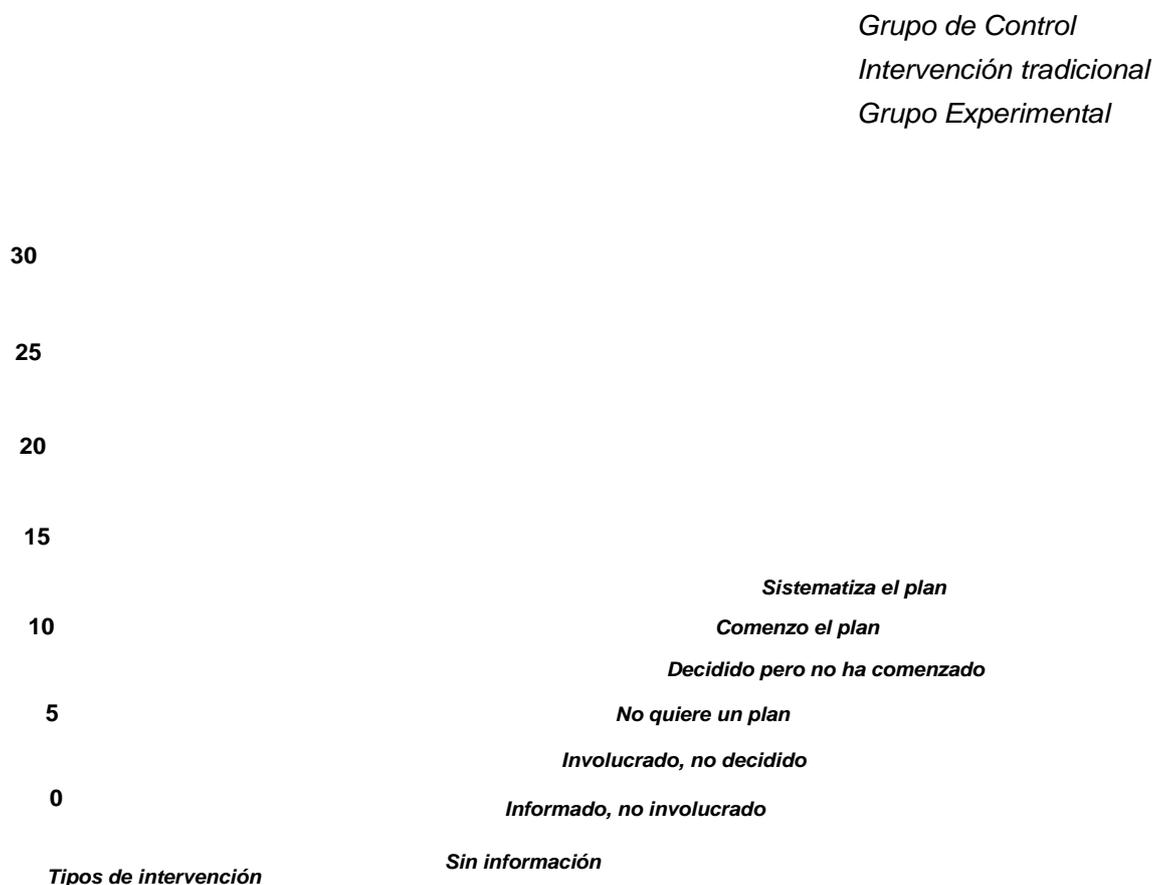
**Casos antes y después del tratamiento**

Tratamiento	Etapa	Casos		% del grupo	
		Casos antes del tratamiento	Casos después del tratamiento	Casos antes del tratamiento	Casos después del tratamiento
1. Grupo de control	Sin información	19	14	43.2%	31.8%
	Informado, no involucrado	8	9	18.2%	20.5%
	Involucrado, no decidido	6	6	13.6%	13.6%
	No quiere un plan	2	4	4.5%	9.1%
	Decidido pero no ha comenzado	6	7	13.6%	15.9%
	Comenzó el plan	1	1	2.3%	2.3%
	Sistematiza el plan	2	3	4.5%	6.8%
	<b>Total</b>		44	44	100.0%
2. Tratamiento tradicional	Sin información	25	14	48.1%	26.9%
	Informado, no involucrado	5	4	9.6%	7.7%
	Involucrado, no decidido	7	8	13.5%	15.4%
	No quiere un plan	2	5	3.8%	9.6%
	Decidido pero no ha comenzado	8	14	15.4%	26.9%
	Comenzó el plan	1	3	1.9%	5.8%
	Sistematiza el plan	4	4	7.7%	7.7%
	<b>Total</b>		52	52	100.0%
3. Grupo experimental	Sin información	33	1	47.8%	1.4%
	Informado, no involucrado	13	10	18.8%	14.5%
	Involucrado, no decidido	10	5	14.5%	7.2%
	No quiere un plan	1	3	1.4%	4.3%
	Decidido pero no ha comenzado	7	2	10.1%	2.9%
	Comenzó el plan	3	30	4.3%	43.5%
	Sistematiza el plan	2	18	2.9%	26.1%
	<b>Total</b>		69	69	100.0%

Gráfico 1. Distribución de los sujetos por etapas y grupos antes de la intervención



**Gráfico 2. Distribución de los sujetos por etapas y grupos después de la intervención**



Los resultados con 3 test de análisis de varianza (paso 6.b.) para hacer las comparaciones antes de la intervención, muestran –como es de esperar para conocer luego los efectos de la intervención- que no hay diferencias entre los grupos. El test de Kruskal-Wallis establece rangos de etapa en los 3 grupos de manera similar, y demuestra que no hay diferencias significativas entre ellos. El test de la mediana compara el número de casos que se encuentran por debajo o por encima de la mediana general entre los grupos. Los tres grupos tuvieron aproximadamente el mismo número de casos en etapas superiores o inferiores a esta mediana (la significación del test resulta también mayor que 0.05).

Finalmente el test de Jonckheere-Terpstra, que tiene en cuenta el orden de intensidad entre los subgrupos, ratificó los resultados anteriores. Todos estos resultados demuestran que no hay diferencias significativas en las etapas en que se

encontraban los individuos antes de comenzar la intervención, y no hay razón alguna para pensar que haya situaciones distintas entre los grupos antes del experimento.

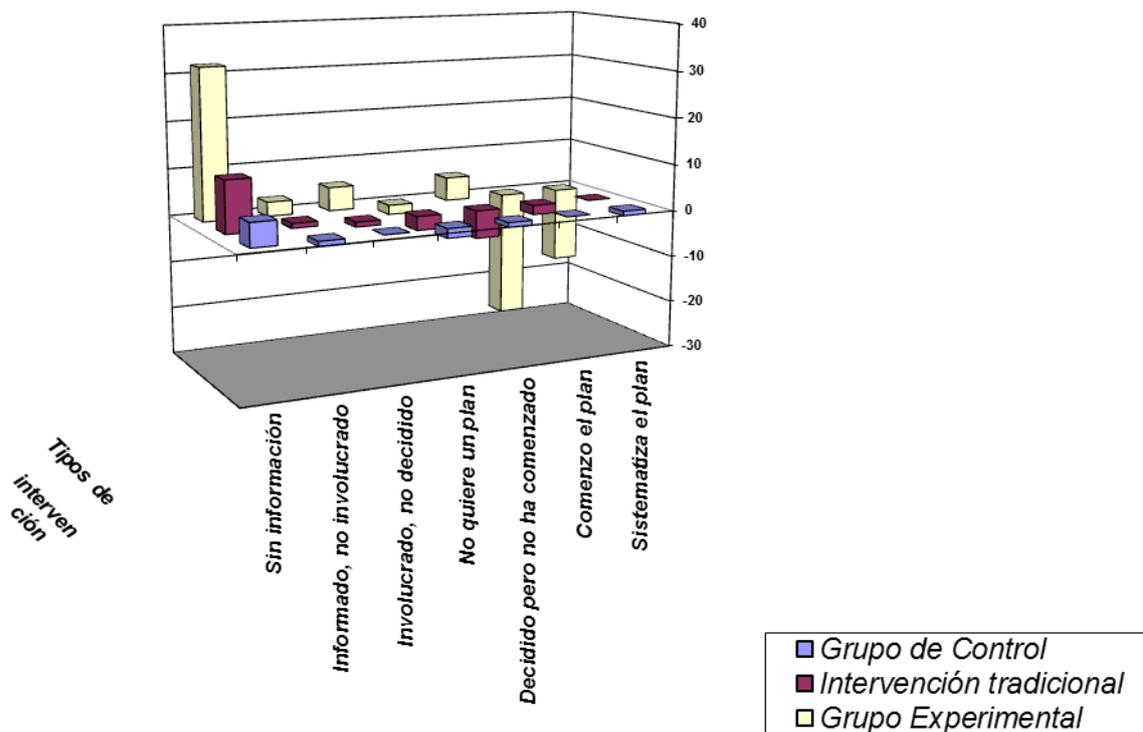
El análisis en el paso 6.c muestra diferencias después de la intervención. El test de Kruskal Wallis comprobó rangos significativamente diferentes por etapa en cada grupo (significación incluso menor que 0.01). La comparación con el test de la mediana también mostró diferencias significativas entre los grupos. Mientras que en el grupo A, la mayoría, (33 de los 44 casos), quedan por debajo de la mediana general (que es la etapa 4), en el grupo de intervención tradicional (B) la posición relativa respecto a la etapa 4 está compartida, lo que es concordante con el análisis descriptivo conducido anteriormente, mientras que en el grupo experimental (C), la gran mayoría supera la etapa 4 (50 de los 69), la significación también es alta (0.000). Finalmente el test de Jonckheere-Terpstra ratificó que las diferencias son notablemente significativas en el cambio de las etapas entre los tres grupos.

Para conocer si había diferencias significativas en la comparación entre pares de grupos se aplicaron los test de Mann-Whitney y de Kolmogorov-Smirnov. Mientras el primero resultaba apenas medianamente significativo (significación 0.075 mayor que 0.05 pero menor que 0.10), el test de Kolmogorov Smirnov no muestra diferencias significativas en las distribuciones entre el grupo de control (A) y el B (intervención tradicional). Sin embargo, la comparación entre el grupo (B) y el grupo (C) arroja diferencias marcadamente significativas por cualquiera de los dos test, lo que prueba que los resultados de la intervención con metodologías por etapas/PRISA-NO son significativamente mejores que la intervención tradicional y esta ofrece mejores resultados que los del grupo control (A), pero en forma menos significativa.

Por último, para la comparación de antes-después en cada grupo (paso 6.d), no resultó necesario hacer un análisis de comparación horizontal sujeto a sujeto, porque de hecho la tendencia general es siempre cambiar hacia etapas superiores. Sólo en casos excepcionales cuando algún sujeto estaba en la etapa 4 se podían producir retrocesos, pero la gran mayoría de los sujetos se estanca o evoluciona positivamente a través de las etapas. No obstante, en el gráfico 3 se expresa la magnitud de los cambios a nivel de casos (sujetos) antes de la intervención vs. casos (sujetos) después de la intervención en cada etapa. En las primeras etapas esta diferencia representa evolución cuando es positiva, porque se reducen los casos en esas etapas. En las etapas finales esta diferencia representa evolución cuando es negativa, porque se incrementan los casos en las etapas superiores. El gráfico evidencia que en el grupo experimental se producen las diferencias positivas más marcadas en las

primeras etapas, y las diferencias negativas también más marcadas en las etapas más avanzadas.

**Gráfico 3. Magnitud de los cambios en los sujetos antes-después de la intervención**



Así, el procesamiento estadístico de los cambios de etapas en los diferentes grupos demostró la superioridad de las metodologías por etapas/PRISA-NO para lograr conductas protectoras y su tendencia a la estabilización, en comparación con la intervención educativa tradicional. En general, ambos grupos: C y B, obtienen mayores cambios en el movimiento por etapas que el control (A). Estos resultados son concordantes con el esquema hipotético de  $C > B > A$ .

Hay que señalar que el procesamiento de los indicadores globales y específicos apuntó algunas diferencias de acuerdo con determinados instrumentos. Así, por ejemplo, el cambio de los estilos de vida con la intervención educativa tradicional en el grupo B (según el instrumento de Walker y el Cuestionario para Riesgo en Cáncer), no siempre resultó superior al cambio espontáneo que se da en algunos subgrupos, o al obtenido por acciones “no controladas” en esta investigación; probablemente debido al efecto de campañas informativas o de programas comunitarios en curso durante la

investigación. En otras palabras, en algunos casos el grupo B igualaba sus resultados, e incluso, obtenía resultados por debajo que los del grupo A (control), aunque siempre los resultados en el grupo C eran mucho mejores, sosteniendo lo planteado por los autores de las metodologías por etapas. En los subgrupos de control del estrés, ambas intervenciones educativas (tradicional y basada en la aplicación de metodologías por etapas/PRISA-NO), reducen la frecuencia de los síntomas, es decir, tienen impacto sobre las manifestaciones clínicas del estrés.

Esta primera serie de trabajos demostró la eficacia de la intervención educativa con metodologías por etapas/PRISA-NO para el cambio de los estilos de vida, y la adopción de conductas protectoras con tendencia a su mantenimiento en relación con el auto cuidado y la responsabilidad con la salud (auto exámenes), el control del estrés y del tabaquismo, comportamientos estos de considerable importancia en el control del cáncer.

Con estas metodologías que facilitan la adopción de precauciones, se lograron mayores cambios en los puntajes globales y específicos de los estilos de vida, de acuerdo a los instrumentos utilizados. La evolución positiva de las etapas a lo largo de este proceso de adopción de precauciones, es significativamente diferente a los cambios que tienen lugar con la intervención tradicional, y a los efectuados espontáneamente en el grupo sin influencia educativa controlada. También se alcanza un cumplimiento aceptable (siempre superior al 30 %) de los compromisos individuales establecidos por los sujetos para el cambio, durante el proceso de intervención.

Considerando los resultados de esta investigación, se recomendó continuar investigando en el futuro con estas metodologías para el cambio de conductas en el control del cáncer, replicando la investigación con grupos más numerosos y con seguimiento a más largo plazo, considerando otros factores de riesgo/protección relacionados con el cáncer y desarrollando procesamientos con muestras numerosas, basados en la evolución sujeto a sujeto, aplicando talleres-tipo<sup>34</sup> e incorporando talleres de refuerzo en los grupos a más largo plazo, para fortalecer la permanencia de los cambios. La generalización de los resultados fundamentales de esta investigación ha comenzado ya, al introducirlos como procedimientos de las acciones educativas en el Programa Integral para el Control de Cáncer en Cuba, en varias provincias del país.

El segundo grupo de investigaciones tuvo como objetivo validar la efectividad de un sistema de acciones basadas en las metodologías por etapas, (adopción de precauciones/PAP) e individualización de compromisos (PRISA-NO) para cambiar conocimientos, actitudes y prácticas de la población femenina en el control del cáncer de mama. A estas metodologías se añadió el entrenamiento en habilidades sociales

(EHS), que ha sido reportado en la literatura como facilitador de cambios en las conductas de personas sanas y enfermas<sup>22, 38</sup>.

Este estudio adoptó la forma de un ensayo de intervención comunitaria en un área de salud de la Ciudad de La Habana entre 2004 y 2005, en el cual participaron 147 mujeres supuestamente sanas entre 30-64 años y con 6to grado mínimo de escolaridad, competentes física y mentalmente, previo consentimiento informado; 65 de estas mujeres formaban el grupo experimental y 82 fueron asignadas al grupo control, cuidando de que no hubiese contaminación en las áreas de salud con las metodologías y procedimientos utilizados.

En el grupo experimental se desarrollaron talleres sobre la base ya descrita del PAP y el PRISA-NO. y enseñándoles a las mujeres el auto-examen de mamas con la técnica de Entrenamiento en Habilidades Sociales, (a partir de instrucciones, con modelado en vivo por una médica del grupo, ensayo conductual de las participantes, evaluación y refuerzo). El grupo control solo recibió una charla educativa tradicional, basada en información.

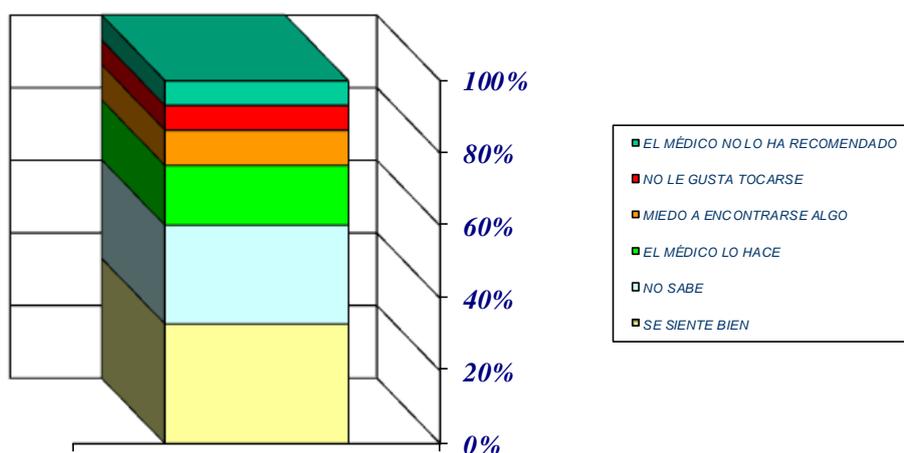
Para la evaluación pre y post en ambos grupos se utilizó un Cuestionario sobre Creencias, Actitudes y Prácticas (CAP), adaptado de investigaciones previamente realizadas en Puerto Rico y La Habana y los modelos para el diagnóstico de la etapa PAP y el cumplimiento de los compromisos individuales contraídos, siguiendo el PRISA-NO.

Los resultados obtenidos fueron producto de un análisis cuanti-cualitativo que incluía un procesamiento porcentual de los datos y el empleo de diferentes estadígrafos.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos:

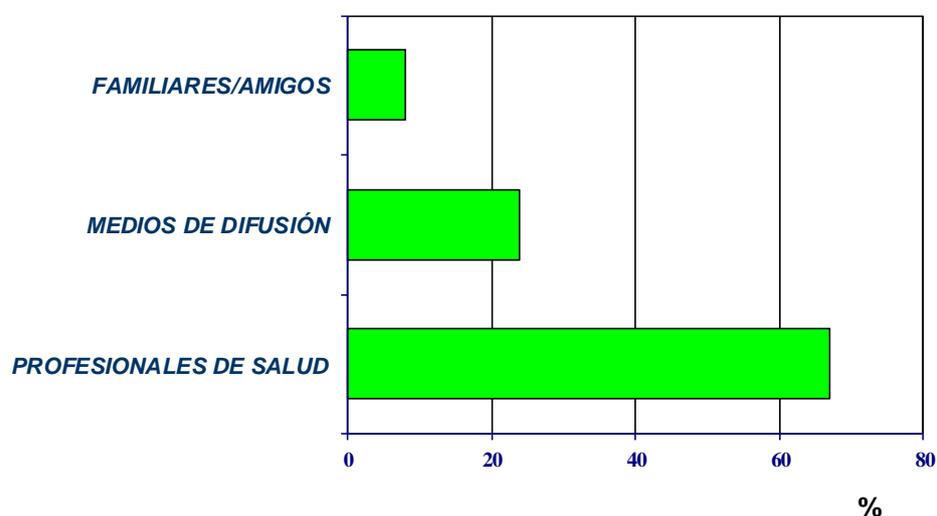
Las principales barreras reportadas en la población para el auto-examen de mamas se ilustran en el gráfico 4. Como puede observarse, las mujeres referían, en su mayoría, no saber hacerse el auto-examen o sentirse bien como causa de la no adherencia a esta práctica.

**Gráfico 4. Barreras sobre el auto examen de las mamas reportadas por las mujeres**



Como se muestra en el gráfico 5, las principales fuentes de información proceden de profesionales de la salud, y en segundo lugar, de los medios masivos de comunicación.

**Gráfico 5. Fuentes de información sobre el auto examen utilizadas por las mujeres**



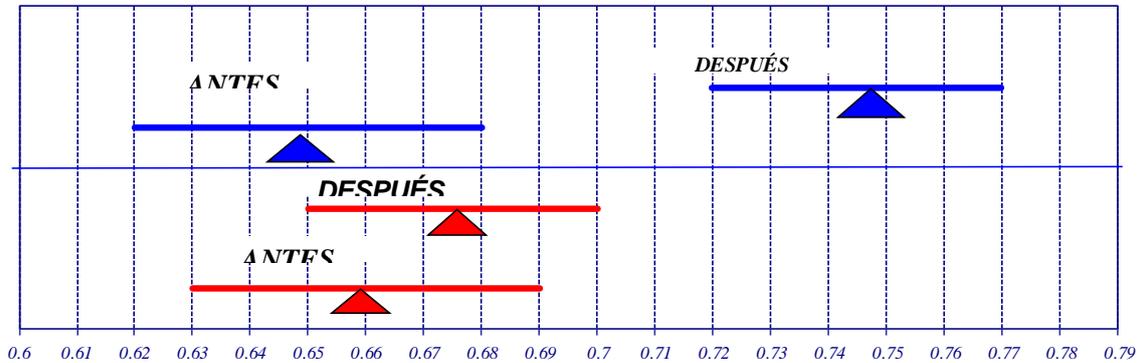
Al investigar las creencias de estas mujeres, se identificaron algunas creencias erróneas sobre el control del cáncer de mama, las principales se exponen en la siguiente tabla:

CREENCIAS	%
Las mujeres que no han tenido relaciones sexuales tienen menos riesgo de desarrollarlo	81%
cáncer de mama siempre da dolor	66%
Las mujeres con senos grandes tienen más riesgo de desarrollarlo	44%
Examinarse las mamas con frecuencia puede causar daño	33%
Las mujeres delgadas tienen más riesgo de padecer cáncer de mama	32%
La mamografía sólo es necesaria cuando la mujer siente molestias en sus mamas	21%

**Tabla 2. Concepciones erróneas sobre el cáncer de mama**

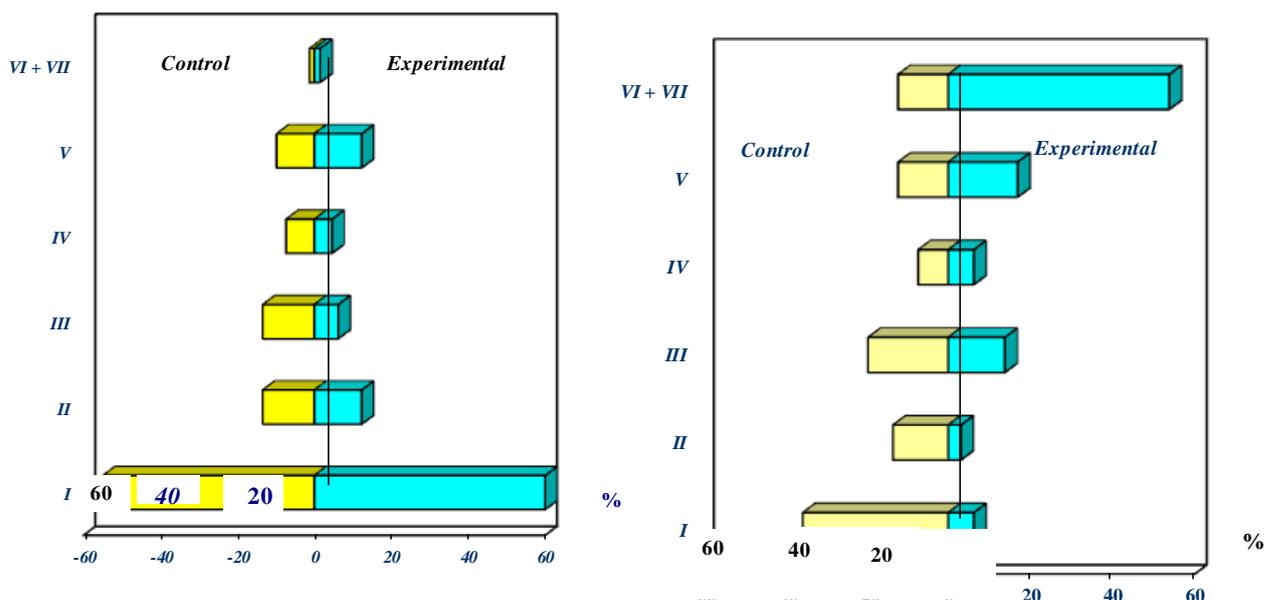
El gráfico 6 muestra los cambios en las creencias de antes a después en ambos grupos, (experimental y control), en base a las medias de las creencias, resaltando el valor de las metodologías por etapas empleadas en la intervención en el grupo experimental.

**Gráfico 6. Cambios en las creencias antes-después en ambos grupos**



Especial análisis se hizo con respecto al movimiento de etapas en el proceso de adopción de precauciones (PAP) en ambos grupos, desde la evaluación basal a la final. La comparación aparece en el gráfico 7, que muestra el desplazamiento hacia etapas más elevadas en el proceso en el grupo experimental después de la intervención, lo que supone no sólo mayor involucramiento en la toma de decisiones para el control del cáncer de mama, sino también la adopción de conductas mantenidas para su control.

**Gráfico 7. Desplazamiento de los sujetos a etapas más elevadas del proceso de adopción de precauciones en ambos grupos**



Los principales indicadores referentes a los métodos que se pretendían fomentar para el control del cáncer de mama en la población: (auto-examen y examen clínico de las mamas), aparecen reflejados en la tabla 3. Puede observarse el rápido cambio con metodologías por etapas, combinadas con entrenamiento en habilidades sociales, apenas al mes de la intervención, que se mantiene al cierre de la investigación. No aparecen diferencias significativas en la realización del examen clínico de las mamas en ambos grupos al cierre de la investigación. La diferencia en etapas en el proceso de adopción de precauciones (PAP) fue significativa en ambos grupos, reduciéndose en la evaluación post a un pequeño porcentaje de mujeres en la etapa I, (se registró un sensible desplazamiento hacia etapas superiores del proceso, indicativas de mayor compromiso motivacional, cognitivo y conductual en el grupo experimental).

**Tabla 3. Cambios logrados con las metodologías por etapas combinadas con entrenamiento en habilidades sociales**

	<i>Control</i>	<i>Experimental</i>	<i>Signif. Est.</i>
<i>AEM al cierre</i>	80,5 %	95,4 %	$P < 0,05$
<i>AEM al mes</i>	36,3 %	76,0 %	$P < 0,05$
<i>Ex. clínico de las mamas</i>	91,5 %	89,2 %	$P > 0,05$
<i>PAP - Etapa I</i>	35,4 %	6,1 %	$P < 0,05$

Como puede inferirse, el empleo de metodologías por etapas para la adopción de precauciones en el control del cáncer de mama fue relevante. A pesar de las limitaciones del ensayo, (insuficiente tamaño de muestra, baja potencia, poco tiempo de seguimiento, alto nivel educacional de los sujetos, sistema complejo de acciones educativas, posible contaminación por aprendizaje en grupo control), se pudo conocer cuáles fueron las principales barreras para el auto-examen de mamas (no saber y sentirse bien). El número de mujeres que realizan el auto-examen y la frecuencia con que lo realizan se modifican significativamente con la intervención.

Además, el cuestionario empleado (CAP) y las etapas del proceso de adopción de precauciones muestran diferencias significativas después de la intervención,

facilitando la adherencia a conductas protectoras de auto-examen en las mujeres sometidas a la intervención. De esta forma se demuestra la eficacia del sistema de acciones educativas para cambiar creencias, actitudes y prácticas en el control del cáncer de mama.

## **CONCLUSIONES**

- Los dos grupos de investigaciones reportadas realizadas durante la década de los años 2000 apuntan a la efectividad y la eficacia de intervenciones educativas que tengan en cuenta metodologías que propicien la autorregulación del comportamiento por etapas y no a partir de la mera información.
- El impacto de estas metodologías en la optimización de la Educación para la Salud, los cambios en estilos de vida y el desarrollo de comportamientos protectores en relación a la prevención del cáncer, puede aumentar a medida que se generalicen los conocimientos y las habilidades para desplegarlas en el trabajo cotidiano que desarrollan nuestros profesionales en la atención primaria de salud.

## **RECOMENDACIONES**

- Desarrollar un sistema de acciones educativas para control del cáncer en la Atención Primaria de Salud, basadas en las metodologías de eficacia demostrada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1.- MINSAP. *Anuario Estadístico de Salud. La Habana, División Nacional de Estadísticas del MINSAP, 2007*
- 2.- MINSAP. *Programa Nacional de Control de Cáncer. La Habana: INOR, Impresiones ligeras, 1996.*
- 3.- OMS. *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión (resumen de orientación). Ginebra: OMS, 2005, 2da. ed.*
- 4.- ALICC. *Seminarios de Formación en Educación para la Salud para profesionales de la Salud (Proyecto "Latinoamérica contra el cáncer"). Madrid: AECC, 1997.*
- 5.- *Programa Integral para el Control del Cáncer. Pautas para la Gestión. ISBN 978-958-212-641-1. Editorial Ciencias Médicas; 2010.*
- 6.- Middleton, J. *Yo (no) quiero tener cáncer. México: Grijalbo, 1996.*
- 7.- Guibert, W., Grau, J., Romero, T. *Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. Rev Med Gen Integral 2000, 16(2):1186-93.*
- 8.- Grau, J., Guibert, W. *Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el Cáncer. La Habana, INOR, impresiones ligeras, 1997.*
- 9.- Dijkstra, A., Bakker, M., De Vries, H. *Subtypes within a sample of precontemplating smokers: a preliminary extension of stages of change. Addictive behaviours 1997, 22(3):327:37.*
- 10.- Friedman, H., DiMatteo, R.D. *Health Psychology. London: Prentice Hall, 1989.*
- 11.- Flórez, L. *Cuestionario de estilos de vida promotores de la salud. Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud 1994; 3(1):16-22.*

- 12.- Prochaska, J., DiClemente, C. Stage and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1993, 51(3):390-5.
- 13.- Álvarez, J. *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial.* México: Trillas, 2002.
- 14.- Flórez, L. El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana* 2000, 18:13-22.
- 15.- Fava, J., Velicer, W., Prochaska, J. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors* 1995, 20(2):189-203.
- 16.- Romero, T., Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C. et al. Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas. *Psicología y Salud* 2003, enero-junio, 13(1), 87- 102.
- 17.- Romero, T. Comunicación social y estrategias de IEC. Su importancia en la prevención del cáncer. Ponencia en la Jornada de Prevención del Cáncer, Liga Contra el Cáncer de Guatemala, Ciudad Guatemala, 1998.
- 18.- Walker, S.N., Scechrist, K.R., Pender, N.J. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987, 36(2), 76-81.
- 19.- Mahoney, M.J., Mahoney, K. Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas. México, DF: Trillas, 1995.
- 20.- Flórez, L. La dimensión psicológica en la promoción de salud: el programa "Escuela Saludable". En: Flórez, L., Botero, M.M., Moreno, B. *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica.* Bogotá: ALAPSA, 2005, 181-192
- 21.- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J., Sechrist, K.R. A spanish language version of the Health- Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research* 1990, 39(5), 268-73.
- 22.- Gil, F., León, J.M., Jarana, L. *Habilidades sociales y salud.* Madrid: Pirámide, 1995.

- 23.- *Weinstein, N.D., Klein, W.M. Unrealist optimism. Present and future. J of Soc and Clin Psychology 1996, 15:1-6.*
- 24.- *Weinstein, N.D., Rothman, A.J., Sutton, S.R. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. Health Psychology 1998, 17(3):290-9.*
- 25.- *Prochaska, J., DiClemente, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. NY: 1982, 19, 276-88.*
- 26.- *Flórez, L., Jiménez, M.C., Morales, M.T. Diseño e implementación de un programa para la prevención del maltrato infantil, dirigido a estudiantes de básica primaria de una concentración rural. Investigación docente no publicada, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá, 1998.*
- 27.- *Moya, M.S., Niebles, G.A. Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. Tesis de Grado Profesional no publicada, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá, 1998.*
- 28.- *Flórez, L. Implementación del Proceso de Adopción de Precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. Acta Colombiana de Psicología 1998, 1:7-20.*
- 29.- *Prochaska, J., Velicer, W. The transtheoretical model of health behavior change. American J of Health Behavior 1997, 12:38-48.*
- 30.- *Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J.. In search of how people change. American Psychologist 1997, 47,1102-14.*
- 31.- *Velicer, W., Hughes, S., Fava, J., Prochaska, J. An empirical tipology of subjects within stage of change. Addictive Behaviors 1995, 20(3):299-320.*
- 32.- *DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velázquez, M., Rossi, J. The process of smoking cessation: an anylisis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. J of Consulting and Clinical Psychology 1991, 59(2):295-304.*

- 33.- Clark, M., Rakowski, W., Ehrich, B., Pearlman, D., Goldstein, M., Dubé, C., Rimer, B., Woolverton, H. *Stages and Adopting Regular Screening Mamography: Do Women Differ in Decisional Balance Within Stages?* *Journal of Health Psychology* 1998, 3(4):491-506.
- 34.- Migneault, V., Pallonen, J., Velicer, W. (1997; cit.: Flórez, 1999). *El MTT: una revisión*. Bogotá, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia (Documento no publicado).
- 35.- Romero, T., J, Grau. , M, Chacón. *Manual de Talleres Tipos para la modificación de Estilos de Vida*. D.R. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario del SUR. Primera edición ISBN 970-27-0455-3. Octubre 2003.
- 36.- Romero, T. *Estrategia de comunicación social para el control del cáncer*. Informe de trabajo, MINSAP-OPS, 2009 (folleto)
- 37.- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., Pender, N.J. *Health-promoting lifestyles of older adults. Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns*. *Advances in Nursing Science* 1988, 11(1), 76-90.
- 38.- Fernández, L., Barbat, I., Grau, J., Romero T., Chacón, M., Llantá, M., Lence, J. *Validación de un sistema de acciones educativas para el control del cáncer de mama*. Informe final de Proyecto. INOR, 2007.
- 39.- Hernández, M.L., Díaz, V., Acosta, F., Rivera, T. *Valoración de conocimientos sobre el auto examen mamario en sectores del plan del médico de familia*. *Rev Cub de Medicina General Integral* 1993; 9 (1): 28 - 35.
- 40.- Robaina, M,, Fernández, L., Lence, J.J. *Conocimientos, creencias y prácticas de detección precoz del cáncer de mama en mujeres de 50 años y más*. Tesis de Especialista de 1er. grado en Bioestadística, ENSAP, Ciudad de la Habana, 1999.

# **CAPÍTULO 3. Cuidados Paliativos domiciliarios en el Control del Cáncer en Cuba: experiencias y proyecciones**

Autores: Dr. Jorge A. Grau Abalo, Dra. Teresa Romero Pérez, Msc. Margarita Chacón Roger, Dra. María Cristina Reyes Méndez, Dr. Nérido González Fernández.

## **INTRODUCCIÓN**

En Cuba, donde el derecho a la salud incluye el cuidado integral desde el nacimiento y hasta la muerte, los cuidados paliativos vienen a llenar el espacio que faltaba en el Programa Integral para el Control de Cáncer, como una necesidad de la Oncología y de la salud pública cubana. Se diagnostican cada año aproximadamente 29,000 casos nuevos de cáncer, de ellos el 46.3 % reside en las provincias occidentales y mueren más de 20,000 pacientes; cada año existen casi 40,000 pacientes con cáncer avanzado (se estima 1 por c/275 habitantes; 36 por c/ 10,000 habitantes). Más del 21% de los casos detectados llegan a morir. La Ciudad de la Habana es la provincia que más contribuye a la mortalidad por cáncer, y todos estos enfermos son tributarios de cuidados paliativos en algún momento del largo proceso de las enfermedades oncológicas<sup>1</sup>.

La organización de cualquier servicio de salud incluye la necesidad de reorientarse al usuario, con modelos organizativos tendientes a incrementar la eficiencia, la calidad de la asistencia y el perfeccionamiento del resto de las actividades que realizan los profesionales de la salud, en cuanto al desarrollo de capacidades, la formación de recursos humanos y la investigación<sup>2</sup>. En el caso específico del cuidado de los enfermos con cáncer en etapas avanzadas, se hace imprescindible reorganizar los servicios de salud a todos los niveles, a fin de que puedan responder con mayor efectividad a la concepción emergente del cáncer como una enfermedad crónica de larga duración.

La atención integral al paciente con cáncer avanzado, involucra aspectos tan polémicos como el control de síntomas, el alivio del sufrimiento, la reflexión ética al final de la vida, los límites en la terapéutica por encarnizamiento, el manejo adecuado del proceso de muerte y de duelo en los familiares, y el trabajo en equipo. Al tiempo que las exigencias sociales van aumentando las expectativas de confortabilidad, de

calidad de la atención y de supervivencia con calidad para dar lugar a una vida y muerte digna<sup>3, 4</sup>.

Los recursos limitados obligan a obtener la mayor calidad y efectividad posibles en estas acciones con costos razonables. De esta manera, la atención integral al paciente con cáncer, necesaria desde el momento mismo del diagnóstico, pero con especial énfasis en las fases avanzadas y terminales, representa un componente esencial y prioritario en el manejo de los pacientes oncológicos en el ámbito comunitario donde residen<sup>5, 6</sup>.

La formación de recursos humanos es considerada como la piedra angular de los Cuidados Paliativos, de ahí que las universidades médicas jueguen un rol incalculable, lo cierto es que la enseñanza de los Cuidados Paliativos supone un cambio en el diseño curricular de las Ciencias Médicas, de la Enfermería y de la Psicología, entre otras disciplinas de la salud. Sin embargo, en la actualidad contenidos relacionados con el manejo adecuado del dolor, el cuidado durante el proceso de muerte y duelo, etc., se encuentran insuficientemente tratados en los planes de estudio de pre y postgrado<sup>7</sup>, a pesar de que, generalmente, el tiempo medio que un especialista en Oncología dedica a paliar los efectos de la enfermedad y sus tratamientos es de aproximadamente el 70 %<sup>6</sup>. En las últimas décadas se ha observado que el cuidado del paciente con cáncer ha sufrido grandes cambios.

La persona con cáncer padece de una enfermedad crónica, generalmente de larga duración, por lo que siempre requiere la atención y cuidados a múltiples síntomas, preocupaciones y molestias físicas y psicosociales. Los enfermos presentan necesidades cada vez más complejas, que exigen ser abordadas de forma integral, poniendo a prueba los recursos y la organización de los servicios de salud existentes en el hospital, y sobre todo en su hogar, donde pasan la mayor parte del tiempo.

Para la Medicina del siglo XXI emergen dos objetivos claramente definidos: curar y alargar la vida con calidad, siempre que sea posible, y también disminuir el sufrimiento y preservar la calidad de vida de las personas<sup>8</sup>. Los tratamientos curativos y paliativos no son excluyentes. La calidad de vida de estos enfermos podría mejorarse notablemente si tuviesen acceso a los cuidados paliativos a lo largo del proceso de su enfermedad, por ello se recomienda un nuevo modelo asistencial y organizativo (Cuidados Continuos), donde la implementación de los cuidados paliativos sean considerados en las políticas de salud como una parte igualmente importante que los tratamientos con enfoques curativos<sup>6,9,10,11</sup>. Recientemente se insiste en el desarrollo de los cuidados paliativos como un derecho humano, como prioridad a todos los niveles, por la eficacia demostrada, por los resultados con respecto a su eficiencia en

el uso adecuado de los recursos sanitarios con una elevada satisfacción de los usuarios y una excelente aceptación social, y por la posibilidad de comparar resultados y consensuar estándares que permitan definir, ordenar, acreditar y evaluar con precisión los resultados logrados en diferentes contextos<sup>12,13</sup>.

El objetivo de este artículo es dar a conocer algunas experiencias alcanzadas en la Atención Primaria de Salud, enfatizando las acumuladas en un municipio demostrativo de la Ciudad de La Habana, así como exponer las proyecciones del desarrollo de los Cuidados Paliativos en el país.

## **DESARROLLO**

La estructura organizativa de los Cuidados Paliativos en Cuba se sustenta en la experimentada red de atención primaria existente, y pretende la prevención y el control del sufrimiento con identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales. Articula las relaciones entre funciones asistenciales del equipo interdisciplinario, el desarrollo de capacidades en los recursos humanos, y la investigación-acción, como formas armónicas de incrementar el impacto de estos cuidados integrales en el país.

### ***Antecedentes en el país de estas acciones en la atención primaria de salud***

Las experiencias de cuidados integrales domiciliarios a enfermos de cáncer avanzado tienen sus antecedentes en el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico, implementado desde 1997 en cuatro provincias del país. Su objetivo general fue definido como: “incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente oncológico que requiere cuidados paliativos y sus familiares, mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud”. Este propósito es concordante con lo expresado en documentos de la OMS al respecto<sup>5</sup>. En esta etapa se impartieron más de 70 cursos donde se capacitaron más de 2,000 profesionales de diferente perfil ocupacional (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos). Se ha reportado un total de 12,500 pacientes, con sus familiares cuidadores primarios, atendidos bajo este enfoque, sin olvidar que puede haber un posible sub registro. El desarrollo de este Programa en estos territorios cambió notoriamente la costumbre de morir en el hospital. Antes del

Programa moría en sus casas el 29 % de los enfermos, con estas acciones domiciliarias moría ya el 66 % en el hogar. Con respecto a otros indicadores de efectividad e impacto de ese Programa cabe señalar un incremento general en el uso de morfina parenteral, sensibilización a directivos y profesionales de la salud, estabilidad en el proceso de capacitación sistemática a profesionales de la salud, considerando actualización informativa y desarrollo de habilidades, especialmente de comunicación y de apoyo, así como un incremento en las actividades investigativas<sup>14</sup>.

### ***Experiencias en un municipio como zona demostrativa para los Cuidados Paliativos en la Ciudad de La Habana***

A partir del 2006 se introdujeron cambios organizativos en el control del cáncer, así como un redimensionamiento del Programa de Control del Cáncer en el marco de la creación de la Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Surgen entonces, nuevas formas organizativas que sustituyen el programa anterior, por un sistema de acciones de Cuidados Continuos insertadas en el naciente Programa Integral para el Control del Cáncer. En este contexto se pone en marcha la implementación de los Cuidados Paliativos en el Municipio Plaza de la Revolución, como una zona demostrativa para la Ciudad de La Habana. Las acciones organizativas siguieron un esquema que articula cuatro modalidades de atención: visita domiciliaria, consulta ambulatoria a nivel de los policlínicos del municipio, creación de un centro de referencia a nivel municipal y el ingreso hospitalario en una Unidad Funcional ubicada en el segundo nivel de atención.

La novedad de esta nueva forma organizativa de Cuidados Paliativos en atención primaria es, precisamente, la creación de un Centro de Referencia a nivel municipal que pretende funcionar como puente que armoniza la interrelación entre las unidades de atención primaria y las unidades hospitalarias y/o equipos de soporte. El equipo de profesionales de esta clínica está compuesto por especialistas en Medicina General Integral, Licenciados en Psicología y Licenciados en Enfermería, bajo la asesoría continua de expertos del Grupo Especial de Trabajo en Cuidados Continuos de la Unidad Nacional de Control de Cáncer y expertos de la Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana a través de la Cátedra de Cuidados Paliativos ubicada en la Facultad "10 de Octubre", que coordina el Diplomado de Cuidados Paliativos en curso y que facilita el cumplimiento de la labor docente de este centro.

La creación de esta modalidad intermedia facilita que los enfermos y sus familiares puedan acceder a una atención más especializada en el área sin tener que

desplazarse hacia los hospitales, lo que pretende disminuir el uso de los servicios de urgencia y de otras especialidades hospitalarias, con la consiguiente disminución de los costos por estadía, al tiempo que permite la disminución de los costos económicos de la familia durante el traslado a los hospitales y mantiene al paciente en su hogar y en su entorno comunitario el mayor tiempo posible. Lo cierto es que para muchos expertos la prestación de Cuidados Paliativos no necesita de sofisticadas tecnologías para el tratamiento y el diagnóstico, las tecnologías usadas para los tratamientos curativos son sustituidas en estos casos fundamentalmente, por el uso de algunos medicamentos (especialmente por vía oral) para el control de síntomas y tecnologías “relacionales” basadas en la comunicación adecuada y el apoyo continuado, para el confort de los pacientes que no recibirán el beneficio de la curación<sup>13,15</sup>.

Los principales resultados obtenidos en la capacitación durante este segundo periodo a partir del 2006, se pueden resumir en más de 800 profesionales capacitados en diferentes tipos de cursos, la mayoría de atención primaria del Municipio “Plaza de la Revolución” y de otros municipios de la provincia Ciudad Habana. Con la publicación de un libro que recoge experiencias cubanas y de otros países existe el potencial bibliográfico para la capacitación posterior de muchos profesionales. Se crearon 3 cátedras en Facultades de Ciencias Médicas, que han iniciado su labor orientada a la sostenibilidad en la formación de recursos humanos para la prestación de cuidados.

La prestación del servicio y la interrelación atención primaria/hospital como un nuevo servicio de salud comenzó en el 2007 con la composición efectiva de equipos interdisciplinarios básicos, integrados por un especialista en Medicina General Integral, (quien funge como jefe del equipo de cuidados paliativos en cada unidad de salud), personal de Enfermería y Psicología, además de trabajadores sociales que trabajan de forma coordinada en las dos modalidades básicas: visita domiciliaria y consulta. En apoyo a este equipo básico un equipo interdisciplinario ampliado se reúne de acuerdo a las necesidades detectadas por el equipo básico, este equipo incorpora a un médico especialista en Oncología, un farmacéutico y otras especialidades, según sea necesario.

Desde junio de 2007 a junio de 2010 se han dispensarizado y atendido a más de 700 pacientes en etapas avanzadas y a sus familiares cuidadores primarios, residentes en el Municipio “Plaza de la Revolución”. La media de las edades, como es de esperar, es de 70 años, ya que este es uno de los municipios con mayor población más envejecida de la Ciudad de la Habana. De ellos el 60 % se encontraban en el momento de la dispensarización en fase terminal. Este número de casos se mantendrá presente de forma variable por la movilidad de los pacientes, unos serán diagnosticados y entrarán

al programa, mientras otros saldrán del programa por fallecimiento o cambio de domicilio. A pesar de que se supone que existe un subregistro en la dispensarización, en esta filosofía de trabajo subyace la necesidad de ir incorporando más enfermos desde el momento en que se hace el diagnóstico de cáncer avanzado, por lo que se irán incorporando en etapas más tempranas, por otro lado, al ser este un nuevo servicio la población irá evaluando los beneficios e irán solicitándolo más tempranamente.

Las localizaciones de cáncer más frecuentes en los pacientes de este Municipio han sido: mama, próstata, pulmón y colon-recto, concordantes con la situación nacional<sup>15</sup>. El 30 % de los pacientes refieren no conocer el diagnóstico con exactitud, ni su situación actual, pero las conductas manifiestas evidencian lo contrario, lo que pudiera estar fortaleciendo el hecho de que estos pacientes pueden estar usando negación adaptativa como mecanismo de ajuste al largo proceso de la enfermedad y a la percepción de cercanía de la muerte o porque tiene lugar la llamada “conspiración del silencio”, frecuente en los países latinos y de habla hispana. Algunos investigadores afirman que frecuentemente el hombre niega la proximidad de la muerte, ya que ésta es rechazada y negada; la muerte se convierte en un acto temido, su representación fortalece su vivencia y lleva a desarrollar mecanismos defensivos de adaptación<sup>12</sup>; la tendencia actual es apostar por la humanización en el proceso de morir, dignificarlo al máximo<sup>16</sup>.

Es interesante que los médicos de familia responsables de los equipos de cuidados paliativos domiciliarios refieren que, en muy pocos casos han necesitado solicitar el ingreso transitorio en la unidad hospitalaria, debido que existen los recursos indispensables para lograr un adecuado control de síntomas a nivel comunitario. La causa más frecuente de interconsulta con otros especialistas del nivel secundario y la solicitud de hospitalización para algunos pacientes han sido fundamentalmente por dolor, debilidad extrema, disnea refractaria, anemia, sangrados y déficit del cuidador primario en el hogar. En general, los síntomas más frecuentemente reportados por los pacientes son la debilidad, la anorexia, el estreñimiento, la ansiedad, la depresión, la disnea, el dolor, las náuseas, el insomnio y la boca seca, siendo los siete últimos en los que se ha podido lograr un mayor control en el hogar. El déficit del cuidador primario y las crisis de claudicación familiar son un hecho frecuente, debido a que este municipio es uno de los más envejecidos de la Ciudad de la Habana, la natalidad ha disminuido y las familias generalmente son nucleares, lo que hace que la rotación de cuidadores a nivel intrafamiliar sea cada vez más difícil.

En los casos en que no se ha logrado un efectivo control de síntomas por los equipos básicos de Cuidados Paliativos a nivel del área de salud, se realiza la interconsulta con especialistas del segundo o tercer nivel, con la finalidad de evaluar la situación del enfermo, de la familia y realizar las adecuaciones en el plan de tratamiento y cuidados. La terapéutica empleada siempre tiene un enfoque mixto, de ahí la importancia de que el equipo de cuidados paliativos a nivel de los policlínicos incorpore el trabajo de un psicólogo, la asesoría de un oncólogo y el apoyo del trabajador social.

Las funciones del médico y enfermera de la familia de acuerdo al modelo que se reporta, trabajando en equipo con psicólogos y otros profesionales, responde fielmente a la necesidad de mantener un monitoreo sistemático de los síntomas. En este sentido, la visita continuada al hogar, con actitudes y procedimientos de escucha empática, de apoyo emocional, de terapia ocupacional y de contacto sistemático con el paciente, contribuyen no sólo a disminuir su sensación de indefensión, sino que disminuyen la percepción del dolor y otros síntomas<sup>11</sup>. Para los enfermos y su familia saber que el médico y la enfermera que les atiende conviven en la misma comunidad, y que estarán disponibles para atenderles en caso de urgencias nocturnas, es otro indicador que aumenta la percepción de control en el paciente y en la familia, disminuyendo la sensación de aislamiento, soledad, incertidumbre, angustia y sufrimiento.

Con el desarrollo de este proyecto muere en el hogar el 80 % de los pacientes atendidos. Con instrumentos especializados se han registrado aceptables indicadores de control de síntomas, preservación o mejoría de varias dimensiones de la calidad de vida del enfermo y del familiar cuidador, y satisfacción de ambos con la atención recibida. En este período se han conducido 12 investigaciones relacionadas con el proyecto y el trabajo en el Municipio, algunas ya terminadas y otras en curso.

La unidad funcional de Cuidados Paliativos ubicada en el Hospital Clínico Quirúrgico "Manuel. Fajardo" ha sido diseñada como un pequeño servicio para internamiento transitorio, posee un pequeño número de camas, que se irán incrementando de acuerdo a las necesidades de dicho centro asistencial y del municipio. Durante el período han recibido atención en esta unidad decenas de pacientes y familiares, con criterios de ingreso dependientes de una pormenorizada evaluación. Los dos principales síntomas que motivaron ingreso y que pudieron ser controlados, han sido dolor y disnea, entre otros. La media de estadía hospitalaria en esta unidad ha oscilado mensualmente, por lo general, entre 7 y 10 días. Aproximadamente el 80 % de los pacientes que han tenido necesidad de ingresar son enfermos oncológicos avanzados.

## ***Proyecciones de los Cuidados Paliativos en Cuba.***

En base a las experiencias acumuladas se han diseñado las principales proyecciones para el desarrollo de los Cuidados Continuos en el país:

- Desplegar un sistema de acciones para satisfacer escalonadamente las demandas en los diferentes escenarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), con énfasis en la atención primaria.
- Organizar los equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeros, psicólogos, etc.), en los diferentes escenarios del SNS.
- Capacitar y acreditar certificativamente y de forma escalonada “en cascada” a los médicos, enfermeros y psicólogos de todos los policlínicos del país.
- Completamiento de recursos materiales mínimos, (medicamentos y otros insumos y recursos de logística), para responder a las necesidades de los pacientes en la comunidad.
- Evaluación por indicadores (de proceso e impacto) a nivel de todas las unidades del SNS que brinden estos servicios, incluyendo calidad de vida y satisfacción con los servicios.

## **CONCLUSIONES**

En Cuba los Cuidados Paliativos surgieron en la especialidad de Oncología como una de las estrategias del Programa de Control de Cáncer. Sus antecedentes datan de mediados de la década del 90 con la implementación en cuatro provincias del país. En sus inicios fue concebido como un Programa que pretendía alcanzar la cobertura nacional de forma paulatina. Desde el 2006 se han ido introduciendo cambios organizativos y metodológicos en la organización de esta atención, al incorporar no sólo pacientes en fase terminal, sino enfermos con cáncer avanzado (terminales y no terminales) bajo el enfoque de Cuidados Continuos, aumentando la cobertura de pacientes que reciben y recibirán este servicio de forma paulatina.

De manera experimental se fortaleció la asistencia domiciliaria y por consulta externa en un proyecto demostrativo en el Municipio “Plaza de la Revolución” de Ciudad de la Habana, surgiendo una nueva modalidad de servicio con la creación de una Clínica de

Referencia Municipal, como eslabón intermedio entre los cuidados a nivel de atención primaria y hospitalaria. Los 7 policlínicos del Municipio “Plaza de la Revolución” y la Unidad Funcional de Cuidados Paliativos del Hospital “M. Fajardo” se fueron convirtiendo así en un punto focal demostrativo, que articula la atención primaria y la secundaria en una cuádruple estructura modal: consultas externas para atención ambulatoria en todos los policlínicos, interconsulta especializada en la Clínica de Referencia Municipal, visitas domiciliarias y hospitalización transitoria. Se observa una tendencia al incremento de pacientes atendidos bajo este sistema de cuidados, así como un incremento en el control adecuado de los síntomas en la atención primaria. Se han acumulado experiencias fructíferas en el trabajo en equipo, en la interrelación comunidad-hospital y, sobre todo en la satisfacción percibida por pacientes, familiares cuidadores y proveedores de estos cuidados.

Los principales resultados evidencian que la implementación de este nuevo modelo de Cuidados (forma organizativa) Paliativos, puede ser contextualizada flexiblemente en los diferentes territorios según las demandas institucionales. Se proyecta la reimplementación de estos servicios en las cuatro provincias que comenzaron desde la primera etapa y se pretende la incorporación paulatina de todas las provincias, para lo cual se prevé un plan de capacitación en “cascada” con énfasis en la capacitación de médicos de familia, enfermeros y psicólogos y en la reorganización funcional de los equipos de los policlínicos para contextualizarlos a las nuevas necesidades de la Oncología y del control integral del cáncer como enfermedad crónica de larga duración. El Diplomado Básico de Control del Cáncer que se ofrecerá en todo el país servirá de soporte a dicha capacitación.

## ***RECOMENDACIONES***

A partir de los resultados obtenidos con la experiencia recogida en este documento, se deben desarrollar capacidades institucionales en la APS que brinden el soporte para insertar las nuevas tecnologías, entre ellas, el uso de los productos del polo de la biotecnología cubana para lograr el control prolongado de la enfermedad, y la mayor satisfacción de enfermos, familiares y equipos de salud.

## **ANEXO 1: ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE CUIDADOS A REALIZAR EN APS**

- o Dispensarizar a todos los pacientes.
- o Brindar cuidados integrales bajo las condiciones de seguimiento continuado y/o ingreso en el hogar.
- o Identificar al cuidador primario o a los posibles cuidadores del enfermo.
- o Hacer el diagnóstico del funcionamiento familiar en base a: identificar las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del enfermo y su familia.
- o Tratar cada uno de los síntomas hasta lograr control y/o alivio efectivo de los mismos.
- o Estar disponible para acudir al hogar en el momento necesario.
- o Realizar curas de heridas o lesiones en los casos necesarios y aplicar medidas para la prevención de las úlceras por decúbito.
- o Entrenar al paciente y a la familia para la administración de medicamentos y otros cuidados integrales al enfermo.
- o Mantener una comunicación clara sencilla, abierta, sincera, honesta y humana con los pacientes y los familiares.
- o Brindar cuidados integrales con enfoque multidisciplinario y centrado en la calidad de vida.
- o Fomentar el apoyo social de vecinos, amigos y la comunidad hacia esta familia.
- o Discutir en el equipo multidisciplinario la terapéutica de cada paciente y pautar la atención personalizada e individualizada.
- o Interconsultar con el equipo de cuidados paliativos de la atención secundaria de referencia aquellos casos en los que existen dificultades para lograr un efectivo control de síntomas.
- o Mantener coordinaciones con el equipo de cuidados paliativos de la atención secundaria de referencia.
- o Solicitar el ingreso temporal del paciente en las unidades de cuidados paliativos hospitalarios (UCP), en aquellos casos que de forma puntual no se logre el control de síntomas bajo las condiciones del hogar o existan criterios para esta internación.
- o Brindar apoyo emocional y social a la familia y realizar acciones encaminadas a la prevención de alteraciones asociadas al estrés emocional producido por la

pérdida de un ser querido, y realizar el seguimiento de estas familias durante el proceso de duelo.

- o Incluir el tema de los cuidados paliativos dentro de las líneas de investigación de tesis de residentes de Medicina General Integral y de otras especialidades.

## **ANEXO 2: REQUISITOS PARA CUIDAR EN CASA**

- Condiciones adecuadas de habitabilidad (agua, luz, espacio, etc.).
- Ambiente familiar cálido para el enfermo, debe existir algún familiar que más se relacione con el paciente (cuidador primario).
- Apoyo suficiente por profesionales de la salud, que permitan atención continua.
- Coordinación entre los profesionales, enfermo y familiares para planificar y realizar el plan de cuidados, (el profesional orienta las pautas, pero las decisiones y los cuidados concretos lo realizan los pacientes y sus familiares).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- 1.- MINSAP. Estrategias Nacionales para los Cuidados Continuos al paciente oncológico en etapas avanzadas. Folleto en prensa, 2006
- 2.- OMS. Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS, 1995, 82-6. 14.
- 3.- Grau, J., Chacón, M. La preparación para la muerte en el paciente, la familia y el equipo de salud: principios y técnicas de intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003. Capítulo 38, T. 3, 2340-2422.
- 4.- Gómez Sancho, M., Grau, J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Arán, 2006.
- WHO. Cancer Pain Relif. Geneva: WHO, 1996, 2nd. ed
- 5.- Reyes, M.C., Grau, J., Chacón, M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2009.
- 6.- Reyes, M.C., Rodríguez, M., Bermúdez, R. Caracterización de la enseñanza de los Cuidados Paliativos en la carrera de Medicina. Facultad 10 de Octubre. Revista electrónica Pedagogía Universitaria 2007, XII (5): 23-32.
- 7.- Grau, J, Llantá, M, Chacón M, Massip, C, Barbat, I. Los aspectos psicosociales en el control del dolor en enfermos de cáncer: Hacia un abordaje integral. Guadalajara, Todo en impresión, 2004.
- 8.- Gómez-Sancho, M. Enfermedad terminal y Medicina Paliativa. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. I, Cap. 7, 100-112.
- 9.- Bruera, E. Por qué y cómo hacer investigaciones en Cuidados Paliativos en Latinoamérica. IV Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Libro de resúmenes. Lima, Perú, marzo de 2008; p. 3.
- 10.- Martín, M., Grau, J., Lechuga, M. Psicología de la Salud y dolor crónico. En: Hernández, E., Grau, J. (Eds.) Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: CUCS, 2005, II Parte, cap. 5, 349-357.
- 11.- Gómez-Sancho, M. Negación de la muerte. Medicalización de la muerte. La aventura de morir en el hospital. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. I, Cap. 2, 31-52.
- 12.- Bayés, R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial, 2006.
- 13.- Grau, J., Chacón, M., Romero, T. et al. Evaluación del Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos en su primera fase de implementación. Memorias del 23th Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries. Palacio de Convenciones, La Habana, octubre 2001.
- 14.- Registro Nacional de Cáncer (RNC). Publicación interna, 2005

15.- Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Harlos, M., Kristianson, L. Dignity in the terminally ill: an empirical model. *Social Scienc & Medicine*, 2002; 54: 433-443.

