

Acercamiento psicosocial con enfoque de género a la atención del paciente con cáncer de pulmón

Approach psicosocial with gender focus to the patient's attention with lung cancer

Dayamí Hernández Basulto^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8873-1112>

Ileana Cira Aguilar García² <http://www.orcid.0000-0002-8106-9557>

1. Policlínico Docente Henry Reeve. Jimaguayú. Camagüey.
2. Hospital Universitario Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey.

* **Autor para la correspondencia:** dayamihernandezbasulto@gmail.com

RESUMEN

El cáncer de pulmón constituye un flagelo a la salud mundial; Cuba y dentro de ella la provincia de Camagüey, no escapan a este fenómeno. En tal sentido, se desarrolla un estudio de carácter investigación + desarrollo que debe derivar en el establecimiento de estrategias de intervención psicosocial con enfoque de género dirigidas a los pacientes diagnosticados en los hospitales Manuel Ascunce Domenech y María Curie que involucran a los afectados con esta situación de salud del municipio Camagüey en el período de enero del 2021 a junio del 2022, lo cual determina que se asuma como población a 192 individuos, de ellos 75 mujeres y 11 hombres. Por tanto, el objetivo del presente trabajo está dirigido a exponer los resultados iniciales del acercamiento teórico al tema, a partir de una revisión documental.

Palabras clave: cáncer de pulmón; enfoque de género; calidad de vida; estilo de vida; representación social.

ABSTRACT

Lung cancer is a global health scourge; Cuba and within it the province of Camagüey, do not escape this phenomenon. In this sense, a research +development study is developed that should lead to the establishment of psychosocial intervention strategies with a gender approach aimed at patients diagnosed in the Manuel Ascunce Domenech and María Curie hospitals that involve those affected by this situation of health of the Camagüey municipality in the period from January 2021 to June 2022, which determines that 192 individuals are assumed as a population, of them 75 women and 11 men. Therefore, the objective of this work is aimed at exposing the initial results of the theoretical approach to the subject, based on a documentary review.

Keywords: Lung Cancer; gender focus; quality of life; lifestyle; social representation.

Recibido: 28/03/2022

Aprobado: 09/05/2022

INTRODUCCIÓN

El cáncer del pulmón constituye, en el orden de lo cuantitativo, el problema principal de la cancerología y es responsable del 12,5 % de los casos de cáncer en el mundo. Se describen factores de riesgo, algunos de ellos modificables, como lo es el tabaquismo, sobre el que el propio individuo y la familia pueden actuar; otros, como la contaminación atmosférica por procesos ambientales, el tránsito y la utilización industrial de combustibles, dependen de la voluntad política en función del control de esta enfermedad y del respeto a las regulaciones sanitarias vigentes. El envejecimiento poblacional también constituye un factor de riesgo de gran relevancia.

Numerosas investigaciones han planteado la relación del cáncer de pulmón (CP) con el consumo de tabaco y en el año 1964 un informe de la Agencia Americana del Cáncer

estableció esta relación. En 1990, el consumo de tabaco condujo a la muerte de ocho millones de personas a escala mundial, de los cuales un millón lo padecían.⁽¹⁾ Se calcula que cada año se diagnostican 1,3 millones de casos nuevos, lo que representa casi el 12 % de todas las neoplasias, con una mortalidad estimada de 1,1 millones de muertes cada año.⁽²⁾

El CP representa la enfermedad maligna más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en hombres. Aunque en mujeres se ubica como la cuarta causa de neoplasias malignas, es la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, solo superada por el cáncer de mama. El fenómeno es más preocupante dado que, mientras en ciertas regiones del mundo, la incidencia del CP en hombres se estabiliza, en las mujeres este indicador va en aumento.⁽³⁾ Se advierte que hasta donde se ha consultado en este acercamiento inicial a la temática; se confirma que se desconocen las causas que determinan las diferencias en cuanto a la incidencia en ambos sexos, pero es evidente que se trata de una situación de salud que cobra un número importante de vidas cada año.

En Cuba el cáncer pulmonar es un problema de salud aún no resuelto y de difícil control debido a su avance vertiginoso. Según las estadísticas nacionales es el cáncer más frecuente en varones y la segunda en mujeres además, la de mayor mortalidad en ambos sexos.⁽⁴⁾ En el año 2018, en Camagüey la incidencia de CP fue de 227 pacientes y la mortalidad de 156.⁽⁵⁾

La calidad de vida de los pacientes con CP se ve afectada por distintos factores relacionados con el propio paciente, su estado físico previo, el apoyo social con el que cuenta, su capacidad de adaptación a las dificultades, la enfermedad, que en el caso del CP puede presentar unos síntomas intensos y tiende a ir unida a un pronóstico limitado, y el tratamiento, que en un número importante de ocasiones puede resultar agresivo.⁽⁶⁾

La depresión, ansiedad y malestar emocional en los pacientes con CP tienen una incidencia más elevada que en otras poblaciones oncológicas, sin embargo, los aspectos psicosociales no son evaluados con frecuencia, restándole importancia a la

intervención psicológica, por lo que se hace necesario fortalecer el trabajo del psicólogo con estos pacientes y su familia.

Los pacientes con enfermedad maligna y en lo particular, los que padecen de este cáncer, experimentan algún tipo de trastorno psicológico, más frecuentemente trastornos adaptativos y depresivos, sin diferencia de género. Puesto que el funcionamiento psicológico es una de las dimensiones esenciales de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia, el control del malestar psicológico es parte fundamental de la oncología.⁽⁷⁾

Por su parte, las representaciones sociales de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, la escala de valores y otros elementos culturales, como las creencias, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente a una enfermedad.⁽⁸⁾

Todo ello constituye metáforas y fantasías sobre la enfermedad y lo que conlleva. En esta conceptualización la percepción de la severidad de la enfermedad continúa siendo una de sus principales representaciones sociales. Se trata de una amenaza inevitable. Además, la gran cantidad de representaciones sociales sobre el cáncer ha facilitado que se construyan prejuicios, mitos y estereotipos que a su vez pueden contribuir a que se generen o se mantengan situaciones de sufrimiento, malestar, depresión e incertidumbre para los enfermos.⁽⁸⁾

El conocimiento del estado de salud de la población y de su modo de enfermar, la identificación de sus necesidades y demandas y la atención a la salud, son objetivos que deben estar presentes en el diseño de las políticas, de los programas y de los servicios sanitarios. Sin embargo, en las experiencias y los estudios presentados por Lasheras Lozano, Pires Alcaide y Rodríguez Gimena⁽⁹⁾ se señala que el conocimiento de las formas de enfermar actuales, adolecen de un análisis crítico que permita la visibilización de los problemas de salud que afectan a mujeres y hombres de forma diferenciada.

Con ello se constata como carencia que en el resultado de las investigaciones consultadas no se establece un acercamiento a todo lo anterior, desde la distinción de

género, lo cual vislumbra un déficit en el orden del conocimiento científico acerca del impacto psicológico de la enfermedad, atendiendo a este enfoque. Por ello, el objetivo del presente trabajo está dirigido a exponer los resultados iniciales del acercamiento teórico al tema, a partir de una revisión documental.

DESARROLLO

En el caso del CP, entender las diferencias entre hombres y mujeres ante la enfermedad permite descubrir el universo simbólico que puede influir en la atención desigual, la búsqueda de ayuda o el diagnóstico temprano de la enfermedad a partir de patrones culturales y roles de género que obligan a un actuar diferente, por tanto a enfermar diferente. Su diagnóstico provoca cambios en la vida del paciente, por lo que se torna angustiante y con incertidumbre respecto al futuro inmediato.

De esta manera ocurren cambios físicos notables, que dan cuenta de un deterioro, acompañado del sufrimiento psicológico y de cambios en la percepción de su estado de salud, que incluye las opiniones y valoraciones del paciente respecto a la enfermedad.

Contribuir al cambio de actitud y comportamiento de los pacientes con esta patología, en la medida en que se mejora la calidad de vida, se modifica la representación social y sus estilos de vida, desde la perspectiva del enfoque de género; permite entender cómo se aborda la enfermedad desde lo femenino y desde lo masculino a la vez que se colabora también con el mejoramiento de la atención, desde los aspectos psicosociales.

El impacto del cáncer no solo está dado por las estadísticas y estudios epidemiológicos realizados, sino por la gran repercusión psicosocial que tiene en la población lo cual genera un impacto emocional que no se lleva en datos estadísticos y obliga a la aplicación práctica de los recursos que brinda la psicología, condicionados por el papel importante que desempeña la psiquis y la conducta humana en la etiología de la enfermedad y su evolución en los pacientes.

La palabra cáncer proviene del griego Karkinos y del latín cáncer, que significa cangrejo. Se inspira, de acuerdo con Galeno, en las semejanzas que se presentan en el paciente entre “[...] las venas hinchadas de un tumor exterior y las patas de un cangrejo

y no como se cree a menudo, porque la enfermedad metastásica se arrastre y se desplace como un cangrejo de río”.⁽¹⁰⁾

La incidencia de CP ha crecido a lo largo del siglo XX como consecuencia del hábito de fumar. En un mundo sin tabaco sería una enfermedad excepcional. Nueve de cada diez casos se deben al consumo mencionado, aunque en ocasiones, puede presentarse en no fumadores. Con marcada frecuencia se están encontrando nuevos casos en los denominados fumadores pasivos, que son aquellas personas que no practican este hábito, pero están expuestos al humo de tabaco de los que sí lo hacen en su hogar o en su trabajo. La mejor forma de prevenirlo es dejar de fumar o no empezar nunca.⁽¹¹⁾

El CP se origina en estructuras del árbol respiratorio como por ejemplo la tráquea, los bronquios, los bronquiolos o los alvéolos.⁽²⁾ Los síntomas más frecuentes suelen ser dificultad respiratoria, tos que incluye tos sanguinolenta y pérdida de peso, así como dolor torácico, ronquera e hinchazón en el cuello y la cara, la disminución de apetito y el insomnio que se asocian a un importante malestar emocional en estos pacientes.⁽¹¹⁾

Se clasifica en dos tipos principales: cáncer de pulmón de células no pequeñas y cáncer de pulmón de células pequeñas, dependiendo de cómo se ven las células en el microscopio. Cada tipo de cáncer de pulmón crece y se disemina de forma diferente y se trata también de forma diferente.⁽²⁾

Cáncer del pulmón de células no pequeñas: es el más frecuente. Se subdivide a su vez, en tres tipos: carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y carcinomas de células grandes.

Cáncer del pulmón de células pequeñas: llamado también cáncer microcítico, cuyas células parecen granos de avena al verlas al microscopio; crece con rapidez y de igual forma se disemina a otros órganos.⁽²⁾

Es habitual que los pacientes piensen que el cáncer es sinónimo de muerte y sufren un choque emocional que implica incredulidad, angustia, impotencia, tristeza, desesperanza, depresión, ansiedad y enojo. Les es difícil comprender la información médica y tienen dificultad para formular las preguntas que les permitan conocer la enfermedad. Algo semejante sucede con sus familiares más cercanos. La curación no siempre es posible y el tratamiento se acompaña de una alta toxicidad que se

manifiesta con astenia, dolor, náusea, vómitos, alopecia, tos, disnea lo que hace de esta enfermedad un evento aún más doloroso, por lo que el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional durante todo el curso del proceso lo cual afecta su calidad de vida.⁽¹²⁾

Ruffino en 1994 conceptualizó el término calidad de vida buena o excelente como aquella que ofrece un mínimo de condiciones para que los individuos puedan desarrollar al máximo sus capacidades subjetivas como el bienestar, la felicidad, sus realizaciones personales, así como sus necesidades básicas objetivas determinadas por el grado de desarrollo económico y social de la sociedad en que viven.⁽¹²⁾

La calidad de vida se define, en términos generales, como el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este, cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.⁽¹³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “[...] la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”,⁽¹³⁾ de ahí que la sensación de bienestar o malestar que se traduce en felicidad o desesperanza es diferente para cada persona, tanto en sanos como en enfermos; en estos pacientes con cáncer se aprecia al máximo cuando consideran que su enfermedad puede ser mortal por lo cual el deseo de vivir y la esperanza son factores fundamentales en una evolución favorable de la enfermedad.

La calidad de vida en el paciente oncológico, debe incluir lo que para ellos significa bienestar, la forma en la que afronta, experimenta la enfermedad y los tratamientos, para poder realizar mejoras en las intervenciones a las que se someten. La calidad de vida relacionada con un enfermo es una valoración subjetiva, multidimensional y temporal que incluye cuatro componentes:

- La condición física del sujeto, que es la capacidad de realizar diferentes tareas.
- Los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios como la astenia, el dolor, la náusea, los vómitos, la mucositis, la alopecia, la tos, la disnea etc.

- La condición psicológica, que comprende el estado de ánimo, la ansiedad, la depresión, el trato recibido por el personal de salud.
- El aspecto socioeconómico que es la interacción del enfermo con su familia y otras personas de la comunidad, la posibilidad de trabajar y las dificultades económicas. Todo esto íntimamente relacionado con sus valores personales, sus ideas religiosas, ideológicas o políticas.⁽¹²⁾

En la actualidad existe consenso sobre las características de la calidad de vida considerada importante en el cáncer de pulmón, en lo cual son determinantes:

- La subjetividad de la evaluación.
- La temporalidad y la relación con el estado de salud.
- El área cultural de la que provienen.
- Las diferentes opciones de tratamiento.
- Los lugares donde pueden ser atendidos.

Todo favorece un mayor o menor optimismo sobre la adherencia y la eficacia de la terapéutica.⁽¹²⁾

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.⁽¹⁴⁾

Para prevenir es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas. Existe una serie ordenada de los principales factores determinantes y factores de riesgo, dentro de los que se encuentran:

En el modo y condiciones de vida: el hábito de fumar, alimentación incorrecta, hábitos higiénicos incorrectos, consumo nocivo de alcohol, condiciones nocivas de trabajo y desempleo, estrés patogénico, malas condiciones materiales de vida, entre otros.

En la biogenética: predisposición a las enfermedades degenerativas y hereditarias.

En el medio ambiente: la contaminación del aire, agua y suelo por cancerígenos, los cambios bruscos de los fenómenos atmosféricos, entre otros.

En la salud pública: la ineffectividad de las medidas profilácticas, baja calidad o pobre accesibilidad de la asistencia médica o asistencia médica no oportuna.⁽¹⁴⁾

Según afirma Brugarolas,⁽¹⁵⁾ más del 80 % de los cánceres están relacionados con los estilos de vida y hábitos personales y muchos de esos factores son fáciles de prevenir y corregir. Cerca del 5 % de los tumores tienen un origen genético y la exposición a agentes tóxicos en el trabajo puede estar detrás de un 10 % del total. El 80 a 90 % restante estarían relacionados con el estilo de vida.

El modo de vida se ve afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. Son comunes problemas como la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y de enfermedades crónicas. Otros elementos que inciden de forma negativa en el proceso salud enfermedad son: la inadecuación del sistema de cuidados de la salud existente, la conducta o estilos de vida poco sanos, el riesgo ambiental para la salud y factores biológicos.

Se cree que la incidencia del cáncer se reduciría entre un 30 y un 40 % para una misma persona si viviera en plena naturaleza en lugar de en una ciudad contaminada, “[...] porque conseguiría protección frente a muchos factores negativos, aunque sufriría déficits en muchos otros aspectos también importantes, por lo que los riesgos no son tan relevantes como pueden parecer a primera vista”, afirma Brugarolas.⁽¹⁵⁾

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico.⁽¹⁴⁾

El estilo de vida debería ser fundamental en el tratamiento global del cáncer, tan importante como los tratamientos médicos tradicionales de primera línea, como son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la inmunoterapia y las nuevas terapias dirigidas. Por lo que el mejor tratamiento es la prevención.

Por ello, el experto del MD Anderson Cancer Center, Lorenzo Cohen establece los que a su juicio son los seis aspectos claves de la salud:

- La alimentación.
- La calidad del sueño.
- La actividad física.
- La gestión del estrés.
- Contar con una red de apoyo social y emocional.
- El entorno en el que vivimos y minimizar la exposición a tóxicos ambientales.⁽¹⁶⁾

Existen diferentes factores que identifican el estilo de vida como son los motivacionales, las costumbres, estilos de aprendizajes dentro del medio en que vive, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, por lo que establecer conductas saludables, como aspiración de la promoción de salud, resulta un reto para cualquier sistema de salud.

Uno de los aspectos importantes debido a la relevancia que tiene es la Representación Social (RS) del paciente con cáncer ya que resulta crucial dentro del campo de la salud para él, para su familia y para el personal de salud por el que es atendido.

En tal sentido, las RS se muestra como una alternativa de aproximación al estudio de los conceptos de salud y enfermedad. Abric las define como un conjunto organizado y jerarquizado de juicios, actitudes e informaciones que un grupo social ha elaborado a propósito de un objeto social. Este objeto es reconstruido en un sistema simbólico que es interiorizado por parte de los miembros de un grupo, que lo reproducen y lo comparten. Así, las RS funcionan como un sistema de interpretación de la realidad, que riga las relaciones de los individuos con su entorno físico y social. A lo que se suma el hecho de que determina sus comportamientos o sus prácticas.⁽¹⁷⁾ Según Moscovici,⁽¹⁸⁾ la RS es:

[...] una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. [...] es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. [...] son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material para dominarlo.

Tres dimensiones estructuran los contenidos de las RS y se constituyen en una forma operativa de analizarlas:

Información: conocimiento que se tiene sobre el objeto social representado (cantidad, nivel, calidad, fuente de la información de la que se dispone) y que lleva a cuestionarse acerca de las diferencias entre la experiencia y el contacto directo con el objeto, y la intersección mediadora de los medios de comunicación masiva.

Campo de representación: se refiere a aspectos específicos del objeto representado tales como la imagen, el modelo social, la estructura y la organización, y con los cuales una persona puede construir un espacio figurativo articulado con un mínimo de información.

Actitud: es la dimensión evaluativa y afectiva, que orienta la conducta de las personas y que antecede a las otras dimensiones en tanto sobresale y perdura sobre informaciones insuficientes o imágenes poco estructuradas.⁽¹⁸⁾

Una de las funciones de las representaciones sociales es la de facilitar el entendimiento y explicación de la realidad. El saber práctico del sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para estos, en coherencia y funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. La segunda función es la de definir la identidad y permitir la salvaguarda de la especificidad de los grupos. Permiten elaborar una identidad social y personal compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados. La tercera función es la de guiar los comportamientos y las prácticas, ya que la representación interviene en la definición de la finalidad de la situación.⁽¹⁷⁾

La representación que tienen los pacientes del cáncer, a lo largo de la historia, ha sido sinónimo de muerte, ideas que se mantienen en la población hasta la actualidad, esto sugiere que las relaciones etimológicas establecidas en la historia indiquen que el cáncer es como un monstruo que consume y devora el cuerpo.

La gran cantidad de RS sobre el cáncer ha facilitado que se construyan prejuicios que a su vez pueden contribuir a que se generen o se mantengan situaciones de sufrimiento para los enfermos.⁽¹⁰⁾

Este análisis supone superar la concepción biomédica de la salud, incluyendo metodologías de investigación que incorporen una perspectiva más contextual de la salud de las mujeres y de los hombres para identificar, tanto las diferencias en los modos de enfermar de cada uno de los sexos, como las diferencias que, debido a la pertenencia a uno u otro género, se presentan. Esto significa incorporar el género al análisis de los problemas de salud.

El análisis de esta estructura compleja debe poner de manifiesto el estatus diferencial de mujeres y hombres en la sociedad, la relación de poder entre los sexos, los estereotipos y los estigmas sociales. Adicionalmente, debe permitir conocer cómo ambos géneros perciben su salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella, las motivaciones profundas que se encuentran en la base de los comportamientos saludables y nocivos, etc. El análisis de esta dimensión social y cultural de la salud ha de proporcionar información acerca del impacto en salud de las mujeres y hombres, tratando de reconocer las situaciones potenciales de desigualdad y de discriminación.⁽⁹⁾

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles y desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género y que influyen de una manera injusta en la salud.⁽¹⁹⁾

En el ámbito social, se ha asignado una serie de roles que marcan lo esperado frente al comportamiento del sexo masculino y el sexo femenino, estos comportamientos se enseñan desde edades muy tempranas y se construyen a través de la sociedad y la cultura. El enfoque de género atribuye a las mujeres los roles pasivos, ya que se

dedican al cuidado de los otros, centrándose en el ámbito de lo privado, mientras que los hombres asumen la actividad social, desempeñando el rol de proveedores en el ámbito público.

La categoría género identifica las características que se construyen desde lo social y que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos. Se entiende como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones y elementos de identidad subjetiva que, a través de lo que se construye en tal contexto establece la diferencia entre los sexos y, al mismo tiempo, los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

El enfoque de género es el método que fomenta conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres y conocer las causas que las provocan.⁽²⁰⁾ Bajo el presupuesto de que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que unos y otras pueden y deben cumplir, ello determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir.⁽²¹⁾

En el estudio actual, se comprende el enfoque de género, a partir de la identificación de los roles y tareas que realizan las mujeres y los hombres en una sociedad, la sinergia, inequidades y asimetrías que se producen entre ambos sexos. Además, permite explicar las causas que las producen y con ello, desarrollar estrategias y/o acciones que contribuyan a superar las brechas sociales producidas por la desigualdad.

CONCLUSIONES

El cáncer de pulmón es la enfermedad maligna más frecuente de cáncer a nivel mundial, situación con igual comportamiento en Cuba y en Camagüey.

La calidad de vida en el paciente oncológico y, en específico, en el que se enfrenta al cáncer de pulmón, es fundamental y debe ser comprendida desde la individualidad y la subjetividad de cada paciente.

El estilo de vida de una persona abarca los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias, las influencias sociales y la historia biológica de una persona.

Las representaciones sociales del cáncer abarcan las emociones, las actitudes, el significado personal, la construcción de la identidad de paciente con cáncer, el conocimiento científico, técnico y popular sobre la enfermedad y las metáforas para explicar la condición médica y las actitudes frente a la vida y la muerte.

Los roles de las mujeres son asumidos como pasivos, al dedicarse al cuidado de los otros, como madres, hijas o esposas por lo cual su actividad se centra en gran medida, en el ámbito de lo privado, mientras que a los hombres se les atribuye la actividad social, a partir de lo cual se establecen diferencias en cuanto al modo de responder ante la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez-Guerra González L, Ortiz Carrodegua RA, Rodríguez Pino A. Algunas reflexiones sobre el cáncer de pulmón. MedElec [Internet] 2017 [citado 09/03/2020]; 21(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc09217.pdf>
2. 2. González Rivero M del C. Cáncer de pulmón. Atención Primaria de salud. Editorial. Boletín Salud del barrio (Internet). 2018 (citado 20/03/2020); 2(1). Disponible en: <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/salud-del-barrio-enero-2018.pdf>
3. Ramírez Ramírez E, Sánchez Ramos D, Castañeda Fernández JA, Benítez Sánchez E, Pérez Cala AE. Caracterización clínica epidemiológica de pacientes con EPOC y cáncer de pulmón. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2017 [citado 09/03/2020];46(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0138-6557&lng=es&nrm=iso
4. Rodríguez Vázquez JC, Córdova Alvarado SR, Pino Alfonso PP. La función respiratoria en pacientes con cáncer de pulmón. Rev cub med. [Internet]. 2017 [citado 20/03/2020];56(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-7523&lng=es&nrm=iso
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2018. [Internet]. La Habana, Cuba: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019 [citado

20/12/2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

6. Arraras JI, Martínez E, Martínez M. Avances en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de pulmón. El sistema de medida de la EORTC. Psicooncología (Internet). 2006 (citado 20/03/2020); 3(2-3): 359-375. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606220359A/15856>
7. Krikorian A, Bringas S. Aspectos psicosociales del cáncer de pulmón. RevPsic. [Internet]. 2006 [citado 20/03/2020];3(2-3). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication>.
8. Duche AB. Representaciones sociales sobre el cáncer en pacientes oncológicos de la ciudad de Arequipa, Perú. Eureka [Internet]. 2016 [citado 31/07/2020];13(2). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905722>
9. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M y Rodríguez Gimena MM. Género y salud. [Internet]. España, Andalucía: Instituto Andaluz de la Mujer; 2004 [citado 31/07/2020]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2004/18223.pdf>
10. Castaño Rodríguez A M, Palacios Espinosa X. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. Psicooncología. [Internet] 2013 [citado 02/04/2020];10(1). Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41949/39952>
11. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. EE. UU: Instituto Nacional del Cáncer [actualizado 16/07/2021; citado 30/01/2022]. Cáncer de pulmón; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/lungcancer.html>
12. Echegoyen Carmona R, Camacho Mendoza C. Calidad de vida y cáncer pulmonar. NCT [Internet]. 2011 [citado 20/03/2020];70(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2011/nt113f.pdf>
13. Herrera Santí P, Martínez García N, Navarrete Ribalta C. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2015 [citado 11/03/2020]; 31(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/86>

14. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 [citado 04/04/2020];41(3). Disponible en:
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2433>
15. Dermatología [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; c2011-2022 [actualizado 25/04/2020; citado 04/04/2020]. Prevenir, detectar y colaborar contra el cáncer; [aprox. 2 pantallas]. 2015. Disponible en:
<https://especialidades.sld.cu/dermatologia/2015/04/25/prevenir-detectar-y-colaborar-contra-el-cancer/>
16. Infosalus [Internet]. Madrid: Servicio de Salud de la Agencia de Noticias Europa Press; c2010-2022 [actualizado 23/05/2019; citado 04/04/2020]. La relación del cáncer con el estilo de vida: 6 claves; [aprox. 2 pantallas]. 2019. Disponible en:
<https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-relacion-cancer-estilo-vida-claves-20190523083042.html>
17. Torres López TM, Munguía Cortés JA, Pozoz Radillo BE, Aguilera Velasco MA. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. Atenc Primaria [Internet]. 2010 [citado 18/02/2020];42(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709004065>
18. Dimey Hoyos N, Jaramillo Villegas AM. Representaciones sociales del trasplante de médula ósea, la quimioterapia y la cirugía oncológica en población general colombiana. [Trabajo de Grado] [Internet]. Colombia: Universidad el Rosario; 2016 [citado 23/09/2020]. Disponible en:
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12721/Tesis%20Terminada%20Ana%20Jaramillo%20y%20Nathaly%20Dimey%2012%20de%20diciembre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Secretaria Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Plan Estratégico de Transversalización Perspectiva de Género en Salud 2014-2018 en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. [Internet]. República Dominicana: Comisión Técnica de

Género y Salud COMISCA; 2018 [citado 02/04/2020]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PETGS-COMISCA.pdf>.

20. Presno Labrador M C, Fernández Díaz I E, Cuesta Mejías L. Análisis de la situación de salud con enfoque de género. RevCubMed Gen Integr [Internet]. 2014 [citado 11/03/2020];30(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi09214.pdf>

21. Segredo Pérez AM, Díaz Bernal Z, López Puig P, Gómez de Haz H. Sensibilidad de género en el análisis de la situación de salud del modelo cubano de medicina familiar. RevCub Sal Púb. [Internet]. 2015 [citado 11/03/2020];41(2). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/373>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Hernández Basulto. Concepción y diseño, revisión de documentos. Análisis formal y discusión de los resultados. Elaboración del artículo. Revisión crítica de las versiones del artículo. Redacción – borrador original.

Aguilar García. Conceptualización. Análisis formal y discusión de los resultados. Metodología. Revisión crítica de las versiones del artículo. Redacción – revisión y edición