

**MEMORIA**  
**DE**  
**PRÁCTICAS EXTERNAS:**  
**Asociación Española**  
**Contra el Cáncer**

**TITULACIÓN:** Máster en Intervención

Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

**CONVOCATORIA DE DEFENSA:** Junio 2011

**ASIGNATURA:** Prácticas Externas

**DIRECTORA DEL TRABAJO:** Francisca López Ríos

**AUTOR:** José Antonio Rodríguez Rodríguez

## ÍNDICE

1. Introducción	3
1.1. Historia de la Asociación Española contra el Cáncer	3
2. Cáncer	5
3. Cáncer de mama	9
3.1. Introducción	9
3.2. Causas, incidencias y factores de riesgo	10
3.3. Síntomas	11
3.4. Signos y exámenes	12
3.5. Tratamiento orgánico	13
3.6. Pronóstico	16
3.7. Complicaciones	17
3.8. Prevención	17
3.9. Aspectos Psicológicos del cáncer de mama	18
4. Síntomas Psicológicos e Intervención	21
4.1. Programa Tratamiento Psicológico en cáncer de mama	26
5. Introducción a Terapia ACT y Caso Práctico	30
5.1. Introducción a la Terapia ACT	30
5.2. Aspectos Psicológicos del cáncer de mama	33
6. Memorias de actividades	35
6.1. Fase de terapia de grupo para dejar de fumar (prevención)	35
6.2. Fase de asistencia psicológica a domicilio (estado terminal)	37
6.3. Fase de asistencia psicológica en Hospital Torrecárdenas	38
6.4. Exposición ACT y caso práctico	42
7. Conclusiones	42
8. Referencias	44
9. Anexos	45

# MEMORIAS DE PRÁCTICAS EXTERNAS

## INFORME DE PRÁCTICAS

### 1. INTRODUCCIÓN

El lugar donde se han llevado a cabo las prácticas externas correspondientes al Máster de Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales ha sido en la sede de la Asociación Española Contra el Cáncer (A.E.C.C.) de Almería, ubicado en el número 38 de la calle Gerona y en el Complejo Hospitalario de Torrecárdenas.

#### 1.1. HISTORIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

La A.E.C.C. se formó el 5 de marzo de 1953 con el propósito de luchar contra el cáncer en todas las modalidades conocidas o que en el futuro se conocieran. El 29 de septiembre de 1966 fue inscrita, con el número nacional 3.827 de la Sección 1ª, en el Registro Nacional de Asociaciones. Fue declarada de "Utilidad Pública" por acuerdo del Consejo de Ministros adoptado en su reunión del día 24 de abril de 1970.

Su sede central se encuentra en Madrid y desarrolla su actividad en toda España gracias a sus 52 Juntas Provinciales, con representación en más de 2.000 localidades de todo el país.

Está compuesta por voluntarios, socios y personal contratado que aúnan esfuerzos para conseguir los objetivos de la Asociación. La integridad, profesionalización, dedicación y capacidad de respuesta de todos los miembros de la A.E.C.C. ha generado una cultura común caracterizada por un continuo dinamismo.

El objetivo que persigue la A.E.C.C. es la lucha contra el cáncer y para eso se traza los siguientes objetivos estratégicos:

- Informar y concienciar a través de campañas y llevando a cabo programas de educación para la salud. Un 75% de los cánceres pueden deberse a factores externos, muchos de ellos los podemos modificar reduciendo así el riesgo de desarrollar un cáncer
- Apoyar y acompañar tanto en el primer impacto a la hora de comunicar que se padece cáncer como en el duelo y con gente víctima de muchos tipos de cáncer como personas mastectomizadas u ostomizados entre otras, inserción laboral...
- Fomentar la investigación

- Mobilizar e influir y es que a veces la ayuda al enfermo no es suficiente. La A.E.C.C. pone la voz de la sociedad hacia los poderes públicos, para desarrollar políticas adecuadas para la prevención y control del cáncer. La A.E.C.C. lleva a cabo de una manera cada vez más activa, acciones de incidencia y movilización social con el fin de recabar la colaboración de la sociedad y realizar llamamientos a las Instituciones para modificar normas, actuaciones políticas y/o estrategias en beneficio de las personas afectadas por el cáncer, sus familias y de toda la población en general.

Todo esto apoyado sobre voluntarios, sostenibilidad económica, la organización interna y las alianzas y colaboraciones.

La población a la que va dirigida toda la línea de actuación de la A.E.C.C. es a toda persona enferma de cáncer, así como a sus familiares y demás personas que quieran saber acerca del tema del cáncer. Para ayudar ofrece programas y servicios gratuitos.

## 2. CÁNCER

El cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades ya que hay más de 100 tipos diferentes de cáncer y todos empiezan en las células, que son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo. El cuerpo está compuesto de muchos tipos de células, las cuales crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren y éstas son reemplazadas por células nuevas. Pero a veces, este proceso ordenado de división de células se descontrola: células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita. Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían morir; por lo tanto, estas células que no son necesarias pueden formar una masa de tejido denominado tumor. No todos los tumores son cancerosos, ya que pueden ser benignos o malignos. Se entiende por tumor benigno (no canceroso) aquellos que generalmente se pueden extraer (extirpar). En la mayoría de los casos, estos tumores no vuelven a crecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan o riegan a otros tejidos o partes del cuerpo. Los tumores malignos (cancerosos) son aquellos que las células pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse (regarse) a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra, se llama metástasis.

Existen una serie de alteraciones benignas y /o premalignas de las células que describimos a continuación:

- **Hiperplasia:** incremento en el número de células (se dividen más rápido de lo normal) de un tejido en un área específica. El resultado es el agrandamiento del órgano como por ejemplo: la hiperplasia benigna de próstata o la aparición de un nódulo benigno.
- **Metaplasia:** sustitución de un tipo de célula por otra de otra localización. Con el tiempo puede aparecer una displasia sobre estas células cambiadas de lugar.
- **Displasia:** se trata de un desarrollo anormal del tejido, debido a un crecimiento de células alteradas. Si se deja evolucionar sin tratamiento en algunos casos la displasia puede evolucionar a un cáncer, por tanto se trata de una lesión premaligna o precancerosa.

Estas alteraciones pueden dar lugar a un cáncer, que se origina cuando las células normales se transforman en cancerígenas, es decir, adquieren la capacidad de multiplicarse descontroladamente e invadir tejidos y otros órganos. Este proceso se denomina **carcinogénesis**.

La carcinogénesis dura años y pasa por diferentes fases. Las sustancias responsables de producir esta transformación se llaman **agentes carcinógenos**.

La **primera fase** comienza cuando estos agentes actúan sobre la célula alterando su material genético (mutación). Una primera mutación no es suficiente para que se genere un cáncer, pero es el inicio del proceso. La condición indispensable es que la célula alterada sea capaz de dividirse. Como resultado, las células dañadas comienzan a multiplicarse a una velocidad ligeramente superior a la normal, transmitiendo a sus

descendientes la mutación. A esto se le llama fase de iniciación tumoral y las células involucradas en esta fase se llaman células iniciadas. La alteración producida es irreversible, pero insuficiente para desarrollar el cáncer.

La **segunda fase** se comienza a producir si sobre las células iniciadas actúan de nuevo y de forma repetida los agentes carcinógenos, la multiplicación celular comienza a ser más rápida y la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones aumenta. A esto se le llama fase de promoción y las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas. Actualmente conocemos muchos factores que actúan sobre esta fase, como el tabaco, la alimentación inadecuada, el alcohol, etc.

Los hábitos de vida son fundamentales a la hora de desarrollar determinadas enfermedades como la obesidad, las enfermedades cardíacas y el cáncer. Algunos tipos de cáncer se producen por cosas que la gente hace:

- Fumar aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón, boca, esófago...
- El consumo excesivo de alcohol también aumenta la probabilidad de que se produzca un cáncer de hígado, estómago...

El **75-80%** de los cánceres se deben a la acción de **agentes externos** que actúan sobre el organismo, causando alteraciones en las células. Por el hecho de ser externos, son modificables. La persona puede modificar sus hábitos, impidiendo que el organismo entre en contacto con estos agentes, como por ejemplo, evitando el consumo de tabaco, reduciendo las dosis de alcohol, haciendo ejercicio...

En el otro **20-25%** de los casos, no se conocen con exactitud los mecanismos por los que se produce y desarrolla el cáncer. Se piensa que puede ser debido a mutaciones espontáneas de los genes o por la acción de algún factor externo que aún no se ha identificado. Actualmente es uno de los principales temas de investigación.

A los agentes externos se les denomina **factores de riesgo** o **agentes carcinógenos**. Son las sustancias que, en contacto con un organismo, son capaces de generar en él enfermedades cancerosas. Su naturaleza es variada, habiéndose encontrado factores físicos, químicos y biológicos

La mayoría de los **carcinógenos químicos** están relacionados con actividades industriales, por lo que gran parte de los cánceres producidos por ellos se dan en los países desarrollados. De los 7 millones de compuestos químicos conocidos, en unos 2.000 se ha descrito algún tipo de actividad carcinogénica y muy pocos están en contacto directa o indirectamente con el ser humano. Además, independientemente de su composición, la capacidad de una sustancia para producir cáncer va a depender de la cantidad de dosis recibida y del tiempo de exposición a la sustancia. El amianto, arsénico, benceno, cadmio, mercurio, níquel, plomo, hidrocarburos clorados, naftilamina, son algunos de los agentes con actividad carcinogénica más usuales.

Entre los agentes **físicos** destacan las radiaciones ionizantes (rayos X), las radiaciones no ionizantes (rayos ultravioleta del Sol) y las radiaciones que emite la propia corteza terrestre (radón). Otra fuente de agentes físicos cancerígenos es la provocada por accidentes nucleares como es el caso de las fugas producidas en centrales nucleares.

En los últimos años los **agentes biológicos** están tomando cada vez más protagonismo en la carcinogénesis humana. Hoy día sabemos que el 18% de los cánceres son atribuibles a infecciones persistentes provocadas por virus, bacterias o parásitos, entre los que destacan el virus del papiloma humano (cáncer de cuello uterino), el virus de la hepatitis B (cáncer de hígado) y el helicobacter pylori (cáncer de estómago).

Por último, **la tercera fase**, las células iniciadas y promocionadas sufren nuevas mutaciones. Cada vez se hacen más anómalas en su crecimiento y comportamiento. Adquieren la capacidad de invasión, tanto a nivel local infiltrando los tejidos de alrededor, como a distancia, originando las metástasis. Es la **fase de progresión**.

En algunos casos, muy pocos (**5-7%**), las personas presentan una predisposición genética al desarrollo de ciertos cánceres. Esto ocurre porque se heredan genes ya alterados. El resultado es que en estas personas la probabilidad de padecer cáncer aumenta y el tiempo necesario para su aparición es menor que cuando no existe esta predisposición.

Como resultado las células están aumentadas en su número, presentan alteraciones de forma, tamaño y función y poseen la capacidad de invadir otras partes del organismo.

Para confirmar el diagnóstico de un cáncer es preciso tomar una muestra del tumor (biopsia). La valoración de la biopsia no sólo permite determinar si la lesión es un cáncer o no, sino que, además, estudiándola al microscopio, permite conocer las células que la componen (estudio anatomopatológico). Este estudio permite etiquetar y saber cuál o cuáles son los tejidos y células de las que proviene el tumor y cuáles son las características de las mismas.

Las características de las células de un tumor maligno son:

1. **Neoplasia**: las células presentan variaciones en su forma, tamaño y función. Estas células dejan de actuar como deben y adquieren nuevas propiedades que configuran el carácter maligno (cáncer).
2. **Capacidad de invasión**: el cáncer puede extenderse por el organismo, utilizando para ello diferentes vías. Las más comunes son:
  - **La propagación local**. Las células tumorales invaden los tejidos vecinos, infiltrándose en ellos.
  - **La propagación a distancia**. Ocurre cuando algún grupo de células malignas se desprende del tumor original donde se generó para trasladarse a otros lugares del

organismo. Fundamentalmente, se propagan por los vasos sanguíneos y linfáticos, para después desarrollar tumores malignos secundarios.

La malignidad de un tumor viene determinada por la agresividad de sus células, que le confiere una mayor o menor capacidad de invasión.

Para que el cáncer se origine deben producirse de cuatro a seis mutaciones o alteraciones genéticas celulares, por lo que todo apunta a que los factores de riesgo deben estar en contacto con el organismo durante un considerable periodo de tiempo. Esto también explicaría que el riesgo de padecimiento de un cáncer aumente con los años.

La duración en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas. En el caso de los niños, todo este proceso se produce con mucha mayor rapidez, pudiendo incluso durar sólo unos meses. Esto es debido a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras, que se dividen y multiplican con mayor rapidez que las que constituyen los cánceres del adulto, por lo que el desarrollo y evolución de los tumores en niños se producen en un periodo de tiempo menor.

El proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final se llama **historia natural**. El nombre con que se denomina cada cáncer va a depender del órgano o tipo de célula donde empezó u originó, por ejemplo: cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de hígado...

A continuación se desarrollará un tipo de cáncer que sirva a modo de ejemplo para ilustrar lo explicado anteriormente. El tipo de cáncer elegido ha sido el Cáncer de Mama, ya que en la actualidad es uno de los más comunes entre las mujeres; por lo tanto, uno de los más vistos en la Asociación Contra el Cáncer.

### 3. CÁNCER DE MAMA

#### 3.1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama comienza en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, como son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar según puede observarse en la imagen 1. El carcinoma ductal comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo. El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche. En raras ocasiones, el cáncer de mama puede comenzar en otras áreas de la mama.

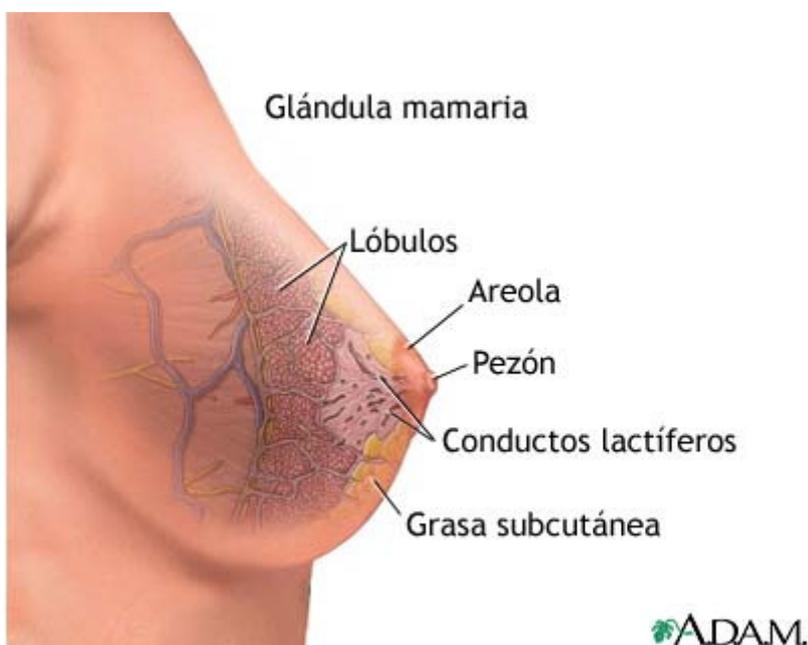


Imagen 1. Anatomía de un seno.

El cáncer de mama puede ser invasivo o no. Invasivo significa que se ha propagado desde el conducto galactóforo o lobulillo a otros tejidos en la mama. No invasivo significa que aún no ha invadido otro tejido mamario. El cáncer de mama no invasivo se denomina *in situ*.

- El carcinoma ductal *in situ* (CDIS) o carcinoma intraductal, es un cáncer de mama en el revestimiento de los conductos galactóforos que todavía no ha invadido tejidos cercanos. Sin tratamiento, puede progresar a cáncer invasivo.
- El carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS) es un marcador del aumento del riesgo de cáncer invasivo en la misma o ambas mamas.

Muchos cánceres de mama son sensibles a las hormonas estrógenos, lo cual significa que el estrógeno hace que el tumor canceroso mamario crezca. Tales cánceres tienen

receptores de estrógeno en la superficie de las células y se denominan cáncer positivo para receptores de estrógenos o cáncer positivo para RE.

Algunas mujeres tienen lo que se conoce como cáncer de mama positivo para HER2. HER2 se refiere a un gen que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen ellas mismas. Cuando las células tienen demasiadas copias de este gen, las células (incluyendo las cancerosas) se multiplican más rápidamente. Los expertos piensan que las mujeres con cáncer de mama positivo para HER2 tienen una enfermedad más agresiva y un riesgo mayor de que la enfermedad reaparezca (recurrencia) que las mujeres que no tienen este tipo de cáncer.

### 3.2. CAUSAS, INCIDENCIAS Y FACTORES DE RIESGO

En el curso de toda la vida, a una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama. Los factores de riesgo que no se pueden cambiar abarcan:

- **Edad y género:** el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que uno envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres. Los hombres suelen descubrir más tardíamente esta dolencia en ellos mismos debido a que no son tan conscientes de sus mamas como las mujeres, ya que muchos médicos no piensan (o no saben) que el hombre puede padecer cáncer mamario, Die Trill, M. (2003).
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** uno también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad.
- **Genes:** algunas personas tienen genes que los hacen más propensos a desarrollar cáncer de mama. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que protegen del cáncer. Si uno de los padres transmite un gen defectuoso, el/la sujeto/a tiene mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.
- **Ciclo menstrual:** las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.

Otros factores de riesgo abarcan:

- **Consumo de alcohol:** el consumo de más de 1 o 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.

- **Parto:** las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- **DES:** las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se le suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.
- **Hormonoterapia:** uno tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia con estrógenos durante algunos años o más.
- **Obesidad:** ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controversial. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógenos, lo cual puede estimular la aparición de este cáncer.
- **Radiación:** si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo mucho más alto de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró durante el desarrollo de las mamas.

Los implantes mamarios, el uso de antitranspirantes y el uso de sostenes con varillas no aumentan el riesgo de cáncer de mama. Tampoco existen datos que confirmen un vínculo directo entre el cáncer de mama y los pesticidas.

### 3.3.SÍNTOMAS

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir:

- Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen.
- Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.
- Secreción de líquido proveniente del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus tal y como puede verse en la imagen 2.

Los hombres también pueden padecer cáncer de mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- Dolor óseo
- Dolor o molestia en las mamas
- Úlceras cutáneas

- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer)
- Pérdida de peso



Imagen 2. Autoexamen de un seno.

### 3.4. SIGNOS Y EXÁMENES

El médico preguntará acerca de los síntomas y factores de riesgo y luego llevará a cabo un examen físico, el cual incluye ambas mamas, las axilas y el área del cuello y del tórax.

Los exámenes utilizados para diagnosticar y vigilar a los pacientes con cáncer de mama abarcan:

- Resonancia magnética de las mamas para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria o evaluar un cambio anormal en una mamografía.
- Ecografía de las mamas para mostrar si la tumoración es sólida o llena de líquido.
- Biopsia de mama: usar métodos como biopsia aspirativa, guiada por ecografía, estereotáctica o abierta.
- Tomografía computarizada para ver si el cáncer se ha diseminado.
- Mamografía para detectar cáncer de mama o ayudar a identificar la tumoración o protuberancia mamaria.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP).

- Biopsia de ganglio linfático centinela para ver si el cáncer se ha diseminado, tal y como se observa en la imagen 3.

Una vez diagnosticado el cáncer, se harán exámenes adicionales para ver si el cáncer se ha diseminado. Esto se denomina estadificación y ayuda a guiar el tratamiento y seguimiento futuros y da una idea de lo que puede ocurrir en el futuro.

Los estadios o fases del cáncer de mama van de 0 a IV. Cuanto más alto sea el número del estadio, más avanzado estará el cáncer.

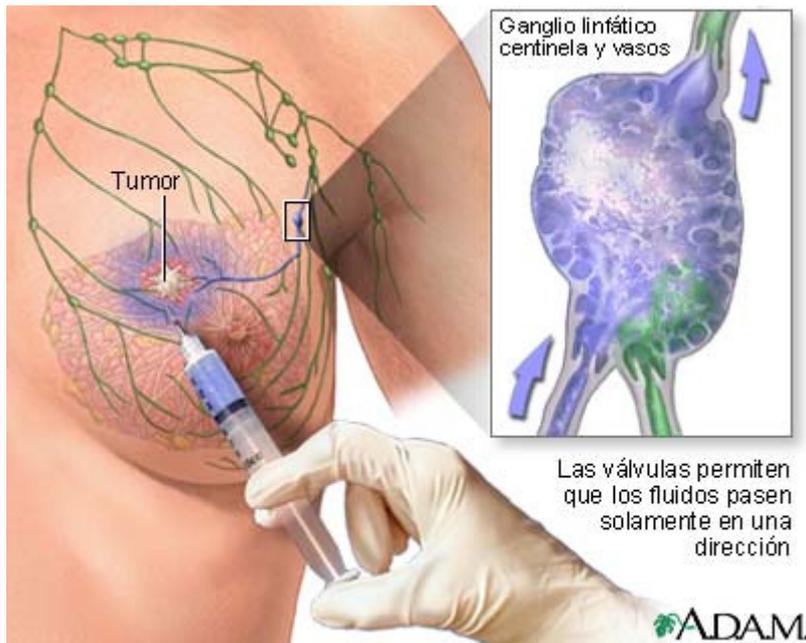


Imagen 3. Biopsia.

### 3.5. TRATAMIENTO ORGÁNICO

El tratamiento se basa en muchos factores, incluyendo:

- El tipo y estadio del cáncer.
- Si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas.
- Si el cáncer produce en exceso o no un gen llamado HER2/neu.

En general, los tratamientos para el cáncer pueden abarcar:

- Fármacos quimioterapéuticos para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: una tumorectomía para extirpar la tumoración mamaria; una mastectomía para extirpar toda o parte de la mama y

posiblemente las estructuras aledañas. Se puede observar un ejemplo de mastectomía (mastectomía en serie) en las imágenes 4, 5 y 6.

La hormonoterapia se les prescribe a las mujeres con cáncer de mama positivo para receptores de estrógeno con el fin de bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

- Un ejemplo de hormonoterapia es el fármaco tamoxifeno, que bloquea el efecto del estrógeno, el cual puede ayudar a las células cancerosas de la mama a sobrevivir y proliferar. La mayoría de las mujeres con cáncer de mama sensible al estrógeno se benefician de este fármaco.
- Otro tipo de medicamentos para hormonoterapia llamados inhibidores de la aromataasa, como exemestano (Aromasin), han demostrado que funcionan tan bien o incluso mejor que el tamoxifeno en mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama. Los inhibidores de la aromataasa bloquean la producción de estrógeno.

La terapia dirigida, también llamada terapia biológica, es un tipo de tratamiento más reciente para el cáncer. Esta terapia utiliza fármacos antineoplásicos especiales que focalizan ciertos cambios en una célula que pueden llevar al cáncer. Uno de estos fármacos es trastuzumab (Herceptin) y se puede utilizar para mujeres con cáncer de mama positivo para HER2.

Los tratamientos para el cáncer pueden ser locales o sistémicos:

- Los tratamientos locales involucran sólo el área de la enfermedad. La radiación y la cirugía son formas de este tipo de tratamiento.
- Los tratamientos sistémicos afectan a todo el cuerpo: la quimioterapia es uno de sus ejemplos.

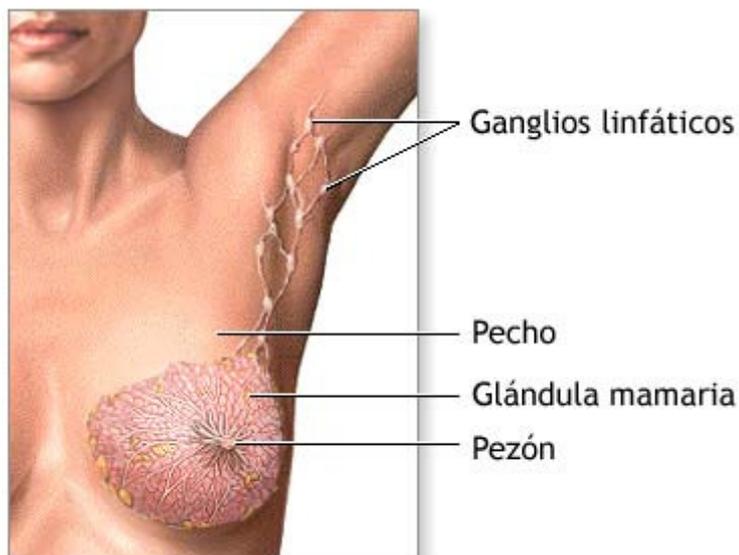
La mayoría de las mujeres recibe una combinación de tratamientos. Para las mujeres con cáncer de mama en estadio I, II o III, el objetivo principal es tratar el cáncer e impedir que reaparezca (curarlo). Para las mujeres con cáncer en estadio IV, el objetivo es mejorar los síntomas y ayudar a que las personas vivan por más tiempo. En la mayoría de los casos, el cáncer de mama en estadio IV no se puede curar.

- Estadio 0 y carcinoma ductal *in situ* (CDIS): el tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía. Existe alguna controversia acerca de la mejor manera de tratar el CDIS.
- Estadio I y II: el tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía con algún tipo de extirpación de ganglios linfáticos. Igualmente, se pueden recomendar la hormonoterapia, la quimioterapia y la terapia biológica después de la cirugía.
- Estadio III: el tratamiento involucra cirugía posiblemente seguida de quimioterapia, hormonoterapia y terapia biológica.

- Estadio IV: el tratamiento involucra cirugía, radiación, quimioterapia, hormonoterapia o una combinación de estos tratamientos.

Después del tratamiento, algunas mujeres continuarán tomando medicamentos como el tamoxifeno por un tiempo. Todas las mujeres continuarán haciéndose exámenes de sangre, mamografías y otros exámenes después del tratamiento.

A las mujeres que han tenido una mastectomía se les puede practicar una cirugía reconstructiva de las mamas, ya sea al mismo tiempo de la mastectomía o posteriormente.

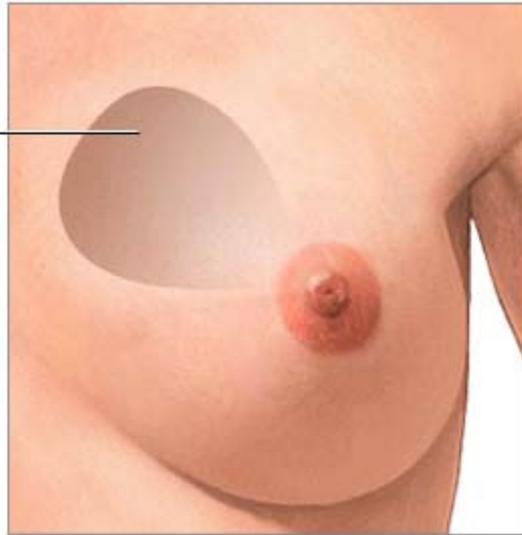


ADAM.

Imagen 4. Mastectomía en serie.

### Procedimiento (primera parte)

En la mastectomía segmentaria, se extrae el cáncer junto con un segmento o área más amplia de tejido mamario normal



ADAM.

Imagen 5. Mastectomía en se

Procedimiento (segunda parte)

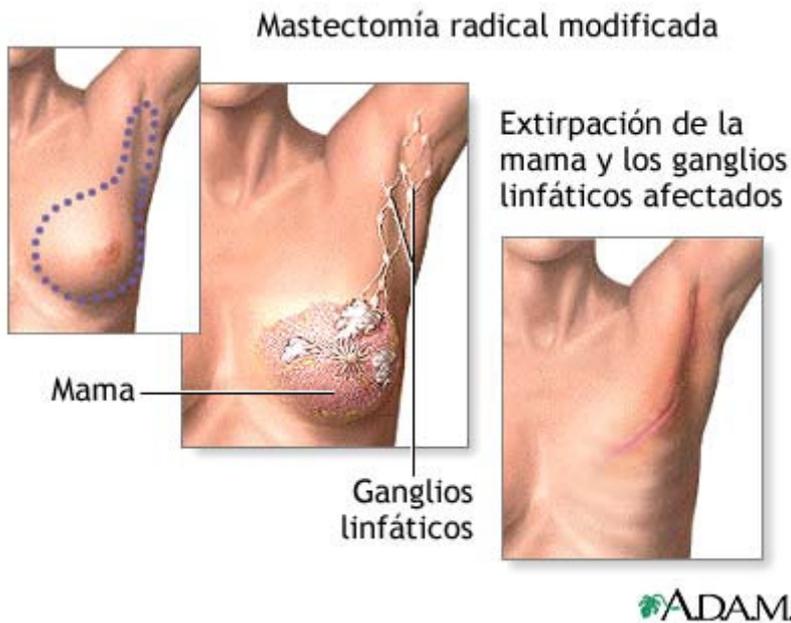


Imagen 6. Mastectomía en serie.

A.D.A.M. (American Accreditation HealthCare Commission) es una empresa dedicada a los servicios de salud en la red.

**3.6. PRONÓSTICO**

Los tratamientos nuevos y mejorados están ayudando a las personas con cáncer de mama a vivir por más tiempo. Sin embargo, incluso con tratamiento, el cáncer de mama

puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Algunas veces, el cáncer retorna incluso después de que se extirpa el tumor entero y se descubre que los ganglios linfáticos están libres de cáncer.

La recuperación después del tratamiento para el cáncer de mama depende de muchas cosas y cuanto más avanzado esté el cáncer, menos alentador será el pronóstico. Otros factores empleados para determinar el riesgo de recurrencia y la probabilidad de un tratamiento exitoso abarcan:

- Localización del tumor y diseminación del mismo
- Si el tumor es positivo o negativo para los receptores hormonales
- Marcadores del tumor, como HER2
- Expresión del gen
- Tamaño y forma del tumor
- Tasa de división celular o velocidad de crecimiento del tumor

Después de considerar todo lo anterior, el médico puede discutir el riesgo de tener una recurrencia del cáncer de mama.

### **3.7.COMPLICACIONES**

Se pueden experimentar efectos secundarios o complicaciones del tratamiento para el cáncer. Por ejemplo, la radioterapia puede causar hinchazón temporal de la mama (linfedema), así como dolencias y dolores alrededor del área. El linfedema puede comenzar de 6 a 8 semanas después de la cirugía o después de la radioterapia para el cáncer.

También pueden empezar muy lentamente después de terminarse el tratamiento para el cáncer. Es posible que no se noten los síntomas hasta 18 a 24 meses después del tratamiento y, algunas veces, puede tardar años en desarrollarse.

### **3.8.PREVENCIÓN**

El tamoxifeno está aprobado para la prevención del cáncer de mama en mujeres de 35 años en adelante que estén en alto riesgo.

Las mujeres que están en riesgo muy alto de sufrir cáncer de mama pueden pensar en someterse a una mastectomía preventiva (profiláctica). Se trata de una extirpación quirúrgica de las mamas antes de que el cáncer de mama se haya diagnosticado alguna vez. Las posibles candidatas abarcan:

- Mujeres a quienes ya se les ha extirpado una mama debido a cáncer
- Mujeres con fuertes antecedentes familiares de cáncer de mama
- Mujeres con genes o mutaciones genéticas que aumenten el riesgo de padecer este tipo de cáncer (como BRCA1 o BRCA2)

El médico puede realizar una mastectomía total para reducir el riesgo de cáncer de mama. Esto puede disminuir, pero no eliminar, el riesgo de este tipo de cáncer.

Todavía hay poco consenso respecto a si los cambios en el estilo de vida pueden prevenir el cáncer de mama. El mejor consejo es consumir una alimentación bien balanceada y evitar centrarse en un alimento para "combatir el cáncer". Las pautas para la dieta de la Sociedad Americana del Cáncer (*American Cancer Society*) para la prevención del cáncer recomiendan que la gente:

- Escoger alimentos y tamaños de las porciones que fomenten un peso saludable
- Escoger productos integrales en lugar de productos de granos refinados
- Comer cinco o más porciones de frutas y verduras cada día
- Limitar las carnes rojas y procesadas en la alimentación
- Reducir el consumo de alcohol a un trago por día (las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de mama deben pensar en no tomar alcohol en absoluto)

### **3.9. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA**

Hasta ahora se ha hablado sobre el aspecto físico del cáncer de mama, pero ¿cómo sienten y qué piensan las personas afectadas por esta patología?

Las reacciones emocionales que produce el cáncer sobre el individuo que lo padece dependen, entre otras cosas, del órgano afectado. De ahí que el cáncer de mama suscite respuestas psicológicas específicas, Die Trill, M. (2003).

El hecho de que a una persona se le diagnostique un cáncer de mama, supone un gran impacto emocional. Este impacto se debe a un doble motivo:

- El cáncer sigue siendo una patología muy temida por la población, principalmente por la incertidumbre de su causa y de las posibilidades de curación. Así mismo, cada persona, según sus creencias, actitudes y comportamientos afrontará la enfermedad de un modo distinto.
- Las repercusiones que trae consigo esta dolencia son otro motivo de impacto emocional ya que afectan a la vida personal, familiar, social, laboral, de relación y sexual.

Cuando se habla de cáncer se debe entender que es un concepto muy amplio y ambiguo. Cada localización de un cáncer tiene efectos muy distintos, no sólo por sus repercusiones a nivel funcional y estético, sino también por el tipo de tratamiento que requiere y por su pronóstico.

A este nivel debemos diferenciar tumores que afectan a la concepción de la imagen personal, es decir, los tumores visibles que incluyen una mayor perturbación personal, sexual y de relación. El cáncer de mama es uno de estos ejemplos, ya que las personas

afectadas no sólo temen al cáncer en sí, sino que también sufren pensando en las consecuencias de una intervención quirúrgica que puede ser agresiva en cuanto a su imagen y otras consecuencias derivadas del tratamiento.

Como es lógico, una mastectomía puede suponer consecuencias muy negativas, con alteraciones a nivel de la autoestima, funcional y sexual. Incluso hay casos extremos en los que la percepción del propio yo se ve alterada en un síndrome denominado del medio cuerpo, por suerte poco frecuente, que consiste en las dificultades para aceptar la asimetría corporal derivada de la mastectomía. Die Trill, M. (2003).

Las reacciones más frecuentes al diagnóstico de cáncer de mama son ansiedad, temor, desesperanza, tristeza, ira, abatimiento... Es entonces cuando se ponen en marcha mecanismos de afrontamiento como pueden ser la búsqueda de información, de apoyo social y emocional; la desconexión emocional, la aceptación o también la negación, el aislamiento, la renuncia a metas y objetivos...



En el plano social, la escuela, el trabajo o la comunidad son lugares de importancia clave en el desarrollo de esta enfermedad. Cuando a una persona se le diagnostica cáncer, los comportamientos cambian. Es aquí donde esa persona debe encontrar todo el apoyo que necesita para poder continuar con su lucha contra esta enfermedad. El lugar de trabajo debe ser un foco de apoyo para la afectada y no un lugar de discriminación. El 23% de las mujeres con cáncer de mama no sólo han tenido que soportar las consecuencias biológicas sino también las sociales como la no readmisión en su puesto de trabajo, la reducción del mismo o el cambio de actividad.



La sexualidad constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos de cáncer, esta preocupación se deriva de los tratamientos y del impacto de esta enfermedad. Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual, otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Así mismo, los factores psicológicos como la aparición de angustias y temores pueden deteriorar la personalidad reduciendo así las necesidades y motivaciones de la persona que sufre. Ciertas secuelas como puede ser la práctica de una mastectomía produce sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja, perturbando por tanto la función sexual.



En definitiva, el diagnóstico de cáncer causa un gran impacto emocional que hace que la persona que sufre desarrolle unas actitudes y unas estrategias de afrontamiento para el control emocional. Es en este momento cuando el entorno (familia, amigos, compañeros de trabajo) deben ser el soporte, el foco de apoyo que esa persona necesita para seguir su lucha contra la enfermedad y que esta interfiera lo menos posible en sus actividades cotidianas.

#### 4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DESDE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y POSIBLES TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer y su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su funcionamiento, la Psicología a través de diferentes enfoques, ha servido para enriquecer el campo de la Oncología.

Algunos objetivos primordiales de la psicología en el área de la enfermedad oncológica son: mejorar la autoestima, aumentar la moral y la capacidad del enfermo para enfrentarse al cáncer y disminuir la angustia. Estos tratamientos psicosociales tratan de dotar al paciente de mecanismos que le ayuden a enfrentarse a los problemas que día a día le produce la enfermedad, así como aumentar la sensación de control que el paciente tiene sobre su enfermedad.

##### Psicología aplicada a la oncología

La contribución que hace la psicología al campo de la oncología se centra principalmente en dos áreas: el estudio de los factores psicosociales que pueden afectar a la etiología y evolución del cáncer y la intervención para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

En cuanto a los primeros se citarán los más importantes:

- **Hábitos de conducta.** Algunos patrones de conducta pueden considerarse como factores de riesgo para desarrollar determinados tipos de cáncer. Así la exposición a carcinógenos como el tabaco y el alcohol, el abuso de dietas ricas en grasas y escaso contenido de fibra, vitaminas y minerales, y la exposición a rayos ultravioletas son conductas que contribuyen al inicio y desarrollo del cáncer.
- **Variables de personalidad.** Una cuestión importante es analizar si hay variables de personalidad que hagan a unas personas más propensas a desarrollar ciertos tipos de cáncer y si estas variables influyen en el pronóstico de la enfermedad. La personalidad tipo C, indica que esa persona es más propensa al cáncer y que se caracteriza por la tendencia a evitar o negar emociones, la falta de expresión de emociones, sobre todo las negativas, la no asertividad (es decir la dificultad para expresar sentimientos sin herir los propios o los de los demás) y la aceptación de la autoridad externa. Así mismo, se han asociado también al cáncer otras características de personalidad como la presencia de altos niveles de depresión y sentimientos de indefensión y pesimismo.
- **El apoyo social percibido** es también un predictor del estado de salud. Las personas con escasos lazos sociales tienden a presentar menos conductas

preventivas, llegan con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el estrés provocado por el impacto de la enfermedad es mayor.

- **El estrés** puede afectar a la génesis y desarrollo del cáncer a través de:
  - La modificación de los hábitos de conducta saludables y los estilos de vida predisponentes a estas enfermedades
  - Los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, en especial en los cánceres más influenciados por factores hormonales.

Son muchos los factores psicológicos a tener en cuenta como son los rasgos de personalidad y la estabilidad emocional premórbida, el apoyo social y emocional o la presencia de estresores adicionales, por eso, las intervenciones psicológicas dependen de la fase en la que se encuentre el paciente o los familiares, Die Trill, M. (2003):

- Fase de diagnóstico

La confirmación del diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto emocional. Pueden aparecer reacciones de miedo, ansiedad, depresión e incredulidad. Estas personas se enfrentan de repente con su propia mortalidad.

Por lo general, las personas en esta fase tienen una gran necesidad de información porque han de tomar decisiones importantes respecto a los tratamientos. También es habitual que se hagan preguntas acerca del por qué de la enfermedad, por qué les ha pasado a ellos, si podrían haberlo evitado, etc. Por este motivo, la intervención psicológica en esta fase está orientada en gran parte a proporcionar información al paciente o ayudarle a buscar fuentes fiables de información.

Así mismo, en esta fase se ayuda al paciente a anticipar situaciones y planear estrategias de afrontamiento.

- Fase de tratamiento médico

En esta fase, los pacientes se sienten más esperanzados que en la fase de diagnóstico, porque ven que se está haciendo algo por ellos. Los principales problemas suelen estar relacionados con los efectos secundarios de los tratamientos médicos. Dichos efectos secundarios varían ampliamente de una persona a otra, lo cual indica posiblemente que los factores psicológicos ejercen una gran influencia. En ese sentido, ayudar al paciente a mejorar su capacidad de adaptación y enseñarle estrategias de afrontamiento, puede servirles de ayuda para disminuir los efectos secundarios.

Es habitual que aparezcan náuseas condicionadas ante la quimioterapia. Es decir, a las náuseas producidas por la quimioterapia, se añaden las producidas por el condicionamiento, que puede hacer que aparezcan incluso antes de entrar al hospital para recibir la sesión de quimioterapia.

Los pacientes sometidos a tratamientos tan agresivos como sucede en el caso del cáncer, suelen sentirse peor tras comenzar el tratamiento, lo cual supone una situación paradójica y una fuente adicional de estrés y malestar. Por otra parte, el miedo, la depresión, la fatiga, o la ansiedad pueden estar presentes y requerir atención psicológica.

Así mismo, es importante identificar y tratar otras fuentes de estrés presentes en la vida del paciente ya antes de la aparición de la enfermedad. Debido a los efectos nocivos que el estrés crónico puede tener en el organismo, es importante enseñar al paciente a reducir y afrontar adecuadamente el estrés en su vida. También es posible que el paciente necesite revisar su vida y tal vez realizar algunos cambios. Esto puede aportar un nuevo y más amplio sentido a su enfermedad y a su lucha por recuperarse.

- Fase libre de enfermedad

Una vez acabado el tratamiento y superada la enfermedad, suele quedar el miedo a una recurrencia. En esta fase, los pacientes se vuelven más conscientes de las secuelas de los tratamientos (por ejemplo, los efectos de las intervenciones quirúrgicas, como puede ser el caso del cáncer de mama) y pueden requerir apoyo psicológico para afrontarlas.

Con frecuencia, los valores de la persona han cambiado tras la enfermedad y puede resultarle duro volver a la misma rutina y responsabilidades de siempre. Por este motivo, lo comentado en la fase anterior puede aplicarse también a esta fase, pues algunas personas necesitarán reestructurar sus vidas o hacer algunos cambios en ellas, mientras que otras personas necesitarán ayuda para volver a adaptarse y la vida de antes.

- Fase de recidiva

El diagnóstico de una recurrencia de la enfermedad suele provocar aún más ansiedad que el diagnóstico inicial. Los pacientes presentan más miedo y preocupaciones por su futuro y su vida y mayores sentimientos de tristeza y depresión. Algunos pacientes se sienten abatidos, aunque otros piensan que si vencieron la enfermedad una vez pueden volver a hacerlo. En esta fase, el tratamiento psicológico se orienta a los problemas emocionales de depresión o falta de deseos de luchar, así como a la frustración, ira o sensación de injusticia que muchas personas sienten.

- Fase de enfermedad avanzada

Cuando la enfermedad está en una fase muy avanzada, algunos pacientes se rinden y esperan pasivamente la muerte, otros se sienten frustrados y se hacen reproches a sí mismos o al sistema, otros se muestran agresivos, otros sienten la necesidad de despedirse de seres queridos o lugares, hacer testamento, etc. Muchas personas sienten un miedo intenso y una sensación de fracaso, mientras que otros siguen luchando sin descanso, buscando nuevos tratamientos o recurriendo a las medicinas alternativas.

El apoyo psicológico en esta fase suele centrarse en ayudar al paciente a revisar sus valores y el sentido de su vida, expresar y manejar sus miedos y mantener la esperanza de que podrá controlar el sufrimiento. En muchos casos también es necesario ayudar al paciente a aceptar su dependencia de los demás y no verse como una carga, sino como una persona valiosa a pesar de su enfermedad.

- Fase terminal

En esta fase es importante que el paciente no se sienta abandonado. Tal vez ya nada puede hacerse por curarlo, pero se puede mejorar su calidad de vida teniendo en cuenta pequeños detalles que le sirvan para proporcionarle el mayor confort posible y bienestar emocional. Así mismo, el tratamiento ha de estar centrado en el control del dolor. Es esencial para el bienestar psicológico del paciente que sepa que se va a evitar el dolor. Hay que tener en cuenta que las personas en esta fase suelen tener más miedo al sufrimiento físico que pueden llegar a padecer, que al hecho mismo de que van a morir.

Los familiares también suelen necesitar apoyo psicológico en esta fase, debido a que suelen llegar emocionalmente agotados y con sentimientos contradictorios, deseando, por un lado, que todo se acabe lo antes posible para evitar un mayor sufrimiento, y temiendo la pérdida de su ser querido al mismo tiempo.

- Remisión

Una vez superada la enfermedad, muchos pacientes necesitan seguir de algún modo en contacto con ella. Consideran que deben ayudar a otras personas a superarla o piensan que no darle la espalda a la enfermedad es el mejor modo de seguir manteniéndola a raya. Otras personas, en cambio, prefieren olvidarlo todo y no volver a hablar más del cáncer. Los pacientes más jóvenes pueden tener más miedo al futuro y ser más conscientes de las secuelas del tratamiento muchos años después que cuando el tratamiento acaba de finalizar

La intervención psicológica ha de estar en todo momento integrada dentro del servicio de atención médica de un modo interdisciplinar. El objetivo de la intervención psicológica es mejorar la calidad de vida y la adaptación del paciente y de los demás miembros de la unidad familiar. Para ello, podemos trabajar a partir de una intervención psicológica sencilla, que conste de:

- a) Información sencilla y veraz sobre la enfermedad y sus consecuencias, así como los efectos de los tratamientos.
- b) Estrategias de afrontamiento.
- c) Autohipnosis para controlar mejor el dolor
- d) Facilitar la expresión de emociones.

Las técnicas a utilizar dependerán del paciente, del momento concreto de la enfermedad y del síntoma a tratar. El psicooncólogo puede utilizar terapias cognitivo-conductuales, aplicadas de forma individual, grupal, como psicoterapia de familia o de pareja. Las terapias cognitivo-conductuales facilitan al sujeto técnicas para controlar reacciones secundarias al tratamiento (náuseas, vómitos...), para disminuir el estrés, el dolor y la ansiedad, para aumentar la sensación de autocontrol y de cierto dominio sobre el propio cuerpo y para tratar alteraciones del sueño y de la alimentación.

Mención especial merecen las terapias grupales y los grupos de autoayuda por el apoyo social que proporcionan tanto a pacientes como a familiares. Estas terapias han mostrado su eficacia para mejorar el estado afectivo y las relaciones interpersonales, para promover la adaptación a la enfermedad e incluso, para reducir el dolor.

Existen otras terapias cuya eficacia en pacientes oncológicos no está científicamente demostrada, pero favorecen el bienestar emocional del paciente:

- El humor lo utilizan muchos pacientes para enfrentarse a los aspectos más dolorosos de su situación. Además de aumentar el ritmo cardiaco, estimulando la circulación, libera tensiones y facilita la comunicación.
- La musicoterapia es la aplicación sistemática de música mientras se tratan algunos aspectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad. En pacientes oncológicos se utiliza la musicoterapia para tratar la ansiedad y el estrés y para reducir el dolor.
- La visualización utiliza el poder de la mente para combatir la enfermedad. Carece de rigor científico y consiste en proporcionar al paciente instrucciones para imaginarse a las células sanas combatiendo a las células cancerosas. Uno de sus principales riesgos es el peso que dejan caer sobre el paciente en cuanto a su implicación en la curación de la enfermedad. Los pacientes que utilizan esta técnica y no consiguen responder al tratamiento antineoplásico pueden sentirse culpables y frustrados por su fracaso y, por tanto, debe ser aplicada con mucha cautela.

La aplicación de técnicas conductuales a la medicina ha aumentado enormemente en los últimos años, debido entre otros factores al mayor énfasis en la participación del

paciente en su tratamiento y la mayor evidencia de que técnicas de relajación y biofeedback pueden alterar funciones fisiológicas.

- La hipnosis consiste en una relajación profunda asociada a visualización. Se utiliza con éxito para reducir la ansiedad y el dolor asociados a pruebas médicas, especialmente con niños y adolescentes por su gran sugestionabilidad. Es también efectiva para reducir náuseas y vómitos, cuya causa es en ocasiones un factor aprendido. Presenta el pequeño inconveniente de que la hipnosis debe ser previamente aprendida y practicada.
- En relación con la hipnosis está la relajación muscular progresiva. Se basa en la idea de que relajación y ansiedad son estados mutuamente excluyentes. La relajación muscular progresiva consiste en instruir al paciente para concentrarse, con los ojos cerrados, en cada uno de los diferentes músculos del cuerpo a la vez que se le dan sugerencias para ir relajando cada uno de ellos al máximo. Se obtienen buenos resultados en la reducción de la ansiedad, las náuseas y los vómitos anticipatorios.
- La desensibilización sistemática es una técnica de contracondicionamiento, que consiste en obtener un estado de máxima relajación e ir acercando poco a poco el estímulo ansiógeno. Estos estímulos están ordenados en una jerarquía de manera que se presentan primero los que menos ansiedad producen hasta llegar a los más ansiógenos. Se intenta asociar estos estímulos aversivos con la situación incompatible de relajación, de manera que los estímulos vayan perdiendo su carácter ansiógeno. Se utiliza con éxito en el tratamiento de náuseas y vómitos anticipatorios, así como para tratar la fobia al tratamiento o a pruebas diagnósticas. Tiene la ventaja de que sus efectos se mantienen aunque no se entrene, debido a los afectos del aprendizaje

#### **4.1. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.**

Siguiendo un enfoque cognitivo-conductual un ejemplo de programa de intervención estándar para pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sería el siguiente:

##### *1) IDENTIFICACION DE LA PACIENTE:*

S., 57 años, casada, ama de casa. Esposo: 61 años, 1 hijo soltero de 24 años, 2 hijas casadas de 29 y 34 años, con hijos chicos.

Consulta enviada por sus hijas, al poco tiempo de enterarse de su diagnóstico médico: Carcinoma de mama izquierda grado 3 que ocupa los 4 cuadrantes de la mama. Sin metástasis. Con la indicación de quimioterapia para desinflamar la zona e ir a cirugía. Pronóstico: un riesgo de un 70% de complicaciones fatales. 5 años de sobrevida.

*2) PRESENTACION DE LA PACIENTE:*

Muy ansiosa y vulnerable con sentimientos de desamparo y desesperanza.

*3) OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA*

Diagnóstico psicológico según DSM IV: Trastorno Adaptativo mixto, con síntomas ansiosos y estado de ánimo deprimido. Detección en el diagnóstico de fantasías de metástasis, información que se aportó al equipo médico tratante para su investigación y descarte. Percepción inconsciente del pronóstico.

*4) ENCUADRE DE TRATAMIENTO*

Psicoterapia cognitivo-conductual hasta las 24 semanas (hasta la cirugía conservadora). 2 sesiones por semana. Entrevistas familiares a demanda (por módulos, con y sin presencia de la paciente).

*5) MOMENTOS SIGNIFICATIVOS DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO.*

A las 2 semanas, a partir del material psicodiagnóstico se realiza construcción de los temas más centrales a trabajar:

- a) Significado atribuido a la enfermedad.
- b) El sentido de vida desde ese momento en adelante.
- c) Las expectativas frente a la enfermedad y su participación en el proceso de lucha contra ella.
- d) Percepción inconsciente del pronóstico.
- e) Fantasías de metástasis.
- f) Necesidad de apoyo y contención para rearmarse interiormente y enfrentar su realidad.

A las 8 semanas, se suele dar la modificación del humor inicial y la adopción de una actitud más combativa en la lucha ante la enfermedad. Durante la preparación para las intervenciones médicas (quimioterapia, cobaltoterapia, rayos) aparecen diversas creencias, relacionadas con los tratamientos, y sus efectos secundarios.

Por Ej.

“Los efectos secundarios de la quimioterapia son terribles e insufribles”,  
“voy a perder lo más importante de mi cuerpo para mí como es el pelo”

EMOCION: ANSIEDAD, MIEDO.

CONDUCTA: RETRACCION.

EMOCION: TRISTEZA.

CONDUCTA: ABATIMIENTO.

Desvalorización de sí misma, de sus propias necesidades para centrarse en el deseo y necesidades de los demás, con el fin de obtener el reconocimiento y la aprobación del otro.

Emergencia del DOMINIO DE ESQUEMAS: TENDENCIA HACIA EL OTRO: formado por los esquemas de SOMETIMIENTO, AUTOSACRIFICIO, Y BÚSQUEDA DE APROBACIÓN/RECONOCIMIENTO.

Expresado por las siguientes creencias:

“S. PUEDE”

“ESTAR SIEMPRE EN FUNCIÓN DE”

“RECONOCER LOS PROPIOS LÍMITES, DECIR QUE NO, MANIFESTAR LAS PROPIAS NECESIDADES SIGNIFICA PÉRDIDA DE AFECTO Y REPROBACIÓN DE LOS OTROS”

Movilización y emergencia de sentimientos de ira y hostilidad.

#### 6) *TÉCNICAS EMPLEADAS*

Reestructuración cognitiva, resolución de problemas, psicoeducación, búsqueda de evidencias, descatastrofización y relajación con imaginaria.

En el trabajo sobre los esquemas:

Cuestionamiento del significado idiosincrático, ventajas y desventajas, flecha vertical, ventilación de emociones.

#### 7) *LOGROS*

- 1) Significado de la enfermedad como un toque de atención en la vida VS una pérdida en el orden afectivo, físico, material, etc.
- 2) Aprender a vivir momento a momento VS vivir pensando en el futuro.
- 3) Estilo de afrontamiento y participación activo VS vulnerabilidad y pasividad.
- 4) Cambio del rol característico: de cuidadora de los otros a cuidarse a sí misma.
- 5) Adquisición de recursos internos y externos para afrontar la enfermedad e integrar la información de su pronóstico VS caos, desorganización interna y parálisis.
- 6) Identificación y expresión afectiva VS supresión de las emociones.
- 7) Aceptación de los tratamientos médicos VS rechazo.
- 8) Aceptación de los efectos secundarios de las intervenciones VS catastrofización.
- 9) Cambio de su sistema de valores afectivos VS rigidez.
- 10) Aumento de la autoestima y mejoría de su calidad de vida VS disminución de la autoestima.

Por otro lado, se han realizado estudios donde se compara la efectividad de las psicoterapias cognitivo-conductuales con psicoterapia de Tercera Generación, ACT.

Trasladado al campo de la intervención psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama es de destacar un estudio llevado a cabo por Paez, Luciano y Gutierrez (2007) donde puede verse la mayor efectividad de la terapia ACT un año después de las intervenciones psicológicas con ambas terapias (cognitivo-conductual y aceptación y compromiso) en un grupo de 12 mujeres.

## 5. APLICABILIDAD DE LA TERAPIA ACT EN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER Y EXPOSICIÓN DE UN CASO HIPOTÉTICO-PRÁCTICO

### 5.1. INTRODUCCIÓN A TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Hoy en día, vivimos en una **sociedad** donde se pretende eliminar el dolor y el sufrimiento de nuestras vidas. Desde los medios de comunicación se nos hace ver cómo para poder actuar bien debemos pensar en positivo y debemos sentirnos bien. Si nos sentimos mal, rápidamente se nos dice desde fuera que debemos hacer algo para sentirnos bien porque si no es así no vamos a ser capaces de actuar. De esta forma surgen las autofrases que lejos de ayudarnos lo que hace es limitarnos: “*si me sintiera con fuerzas haría X cosas*” o “*con este sufrimiento yo no puedo vivir*”. Wilson, K y Luciano, C. (2002).

Esto al venir impuesto desde la sociedad en la que vivimos nos está diciendo cómo tenemos que pensar, cómo debemos sentirnos para nuestro cometido diario; por lo que se mete dentro de nuestro **lenguaje** es nuestro bien máspreciado. Por esto, nuestro lenguaje, es un arma de doble filo, ya que por un lado puede ser de gran ayuda ya que controla acciones efectivas, eficaces y propiciadoras de bienestar; pero por otra parte, tiene un lado oscuro que nos puede limitar al creernos lo que pensamos a la hora de realizar algo, por ejemplo.

Según, Hayes, “*la capacidad autorreflexiva es un arma muy poderosa a la vez que peligrosa*”.

Todo esto da lugar a la **evitación**, frases como: “*sin motivación no puedo seguir trabajando*” o “*sin amor no puedo seguir adelante*” son frases socializadas y, por tanto, visto como algo normal en nuestra sociedad. Con esta forma de actuar se señala que algunos contenidos o eventos privados son negativos y se estaría dando un valor explícito al contenido del sufrimiento y del pensamiento. A todo esto, además, se le suma el fondo cultural de que el sufrimiento es malo y debe ser evitado para poder vivir, es por esto, que se interpreta que sentir ansiedad, nervios, soledad o rechazo es algo malo, porque te hace sufrir y por lo tanto debe de ser eliminado de nuestras vidas para así poder actuar. Wilson, K y Luciano, C. (2002).

¿Cuándo, entonces, se habla de un trastorno de **evitación experiencial**? La evitación pasa a ser un trastorno de evitación cuando se interpone entre los valores de la persona (lo que la persona quiere) y la persona. Esto es, cuando no es adaptativo para la persona.

Existen cuatro contextos donde da lugar la evitación experiencial, son los llamados contextos verbales de la evitación experiencial:

- *Contexto verbal de la literalidad* (responder a un evento en términos de otro). Las palabras aparecen cargadas de función verbal (las palabras pueden acabar siendo evitadas tanto como los eventos reales con los que se relaciona), acaban

siendo equivalentes las palabras y el evento que provoca tal malestar en el paciente para ser evitado

- *Contexto verbal de la valoración* (la sociedad establece los valores). Tener un pensamiento, una emoción o un recuerdo puede ser valorado como aversivo y tomar función del evento real.
- *Contexto de dar razones* y el apoyo cultural para la emoción y la cognición como causas de la conducta (justificamos lo que hacemos aludiendo que hay buenas razones para ello).
- *Contexto verbal de control de la emoción y la cognición* (tratar de controlar los eventos privados y dolorosos).

A la hora de hacer un **análisis funcional** hay que tener en cuenta tres preguntas muy importantes para determinar las estrategias del paciente a la hora de afrontar sus eventos privados estresantes. Las tres preguntas son las siguientes, Wilson, K y Luciano, C. (2002):

- ¿Qué piensa?
- ¿Cómo se siente a raíz de ese pensamiento?
- ¿Qué hace a raíz de cómo se siente?

La **terapia ACT** se considera:

- Un tratamiento centrado en los valores del paciente como medio para tratar de conseguir el cambio conductual. No se pueden imponer los valores del terapeuta. Sólo importan los valores del paciente
- Lo importante es lo que el paciente trae a consulta. La propia experiencia del paciente.
- Centrarse en los síntomas de tal experiencia hace perder el rumbo que se lleva del camino, por lo tanto, hay que tratar de mirar la raíz que provoca tales síntomas. Poder contestar a la pregunta: ¿Qué hay detrás del síntoma o síntomas X?
- Encaminarse en la dirección adecuada de acuerdo con los valores del cliente y creando distanciamiento de los contenidos psicológicos. Se trabaja la desactivación del lenguaje y la potenciación de yo como contexto (ej. no soy tonto, soy una persona normal que tiene el pensamiento de que es tonta)

Por lo tanto la terapia ACT defiende la siguiente postura, Wilson, K y Luciano, C. (2002):

- *“Primero actúa de acuerdo a tus valores y luego te sentirás bien”* en lugar de *“primero el sentimiento de bienestar y luego actúa o haz tu vida”*. Esto es, una persona no necesita sentirse bien para actuar. A una persona se le pone por delante sus valores e independientemente de cuáles sean los eventos privados debe actuar de acuerdo en la dirección de lo que es valioso para la persona.

- Se asume que el sufrimiento es normal y que es una señal que hace ver que está cerca de lo que al cliente le importa.
- Se asume que hay más vida en un momento de dolor que en un momento de alegría, esto es, hay más vida exponiéndose a los eventos privados dolorosos que impiden la consecución de los valores de una persona que el evitando tales eventos para sentirse bien ya que hace alejarse de lo que es importante para la vida de la persona.
- El terapeuta de ACT asume que toda persona aspira a una vida llena de significado, más rica y más amplia. Una persona que se pasa su vida evitando sentirse mal y, por tanto, no exponiéndose a los eventos privados que hacen a la persona sentirse mal, hace que su vida cada vez sea más pequeña y por tanto llegue un momento en que no viva realmente su vida.

Por tanto, los objetivos que persigue la terapia ACT son los siguientes, Wilson, K y Luciano, C. (2002):

- Clarificación de valores (del paciente)
- Aceptación de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones...) ligado a lo que no puede cambiarse
- Fortalecimiento del yo como contexto para poder notar los eventos privados de uno como lo que son y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, elegir.

Los métodos clínicos usados por la terapia ACT son los citados a continuación, Wilson, K y Luciano, C. (2002).

- Desesperanza Creativa
- Metáforas
- Ejercicios experienciales

Con estos métodos se pretende alterar la fusión cognitiva o literalidad para potenciar o generar el yo como contexto, minimizar la dependencia destructiva de otras personas y minimizar las estrategias que lleva a luchas inefectivas del paciente para así, potenciarlas allá donde sean efectiva.

El terapeuta de ACT debe tener en cuenta los siguientes cuatro aspectos básicos, Wilson, K y Luciano, C. (2002).

- Valores
  - ¿Dónde está y dónde quiere estar?
- Exposición
  - Para caminar en la dirección que elija ha de pasar contactando con los eventos privados temidos (desactivación del lenguaje)
- Desactivación de funciones y distanciamiento.
  - Fomentando el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo

- Fortalecimiento, Wilson, K y Luciano, C. (2002):
  - La experiencia del cliente y su dolor son lo más valioso porque indican la dirección del trabajo en sesión. Él puede y siempre tomará una dirección, nunca el terapeuta por él

## 5.2. CASO HIPOTÉTICO-PRÁCTICO

El siguiente caso es irreal, ha sido construido en base a lo vivido y experimentado durante el periodo de prácticas a través de los diferentes ámbitos donde se ha llevado a cabo tales prácticas. Perfectamente podría ser un caso real.

*J. una mujer mayor, de 62 años, con dos hijos aún menores de edad, le acaban de diagnosticar un cáncer de mama. Ella nunca ha pasado por un cáncer y jamás ha experimentado la quimioterapia. Sí recuerda J. que su madre cuando ella era niña pasó por algo similar. Su madre lo pasó fatal, vomitaba cuando volvía del hospital y pasaba los tres siguientes días igual. La madre de J. no mejoró y acabó sucumbiendo ante la enfermedad.*

*J. piensa que con este diagnóstico que le han dado ella también morirá y piensa que para pasarlo mal los últimos días que le puedan quedar de vida, prefiere pasarlos cómoda dentro de lo que cabe y así no pasar por el sufrimiento de la quimioterapia. Él médico le ha explicado que tiene posibilidades de salvarse ya que su enfermedad se encuentra en el estadio II; en cambio la enfermedad de su madre fue detectada en el estadio IV.*

*Aunque el médico le ha explicado la diferencia entre el estadio II y el estadio IV, J. no termina de creérselo por lo que sigue sin querer aplicarse el tratamiento correspondiente.*

*J. sólo con pensar en la palabra cáncer lo asimila a su muerte y se pone muy ansiosa sólo con que le digan o que piense en la palabra quimioterapia, así que evita pensar en estas palabras y las que con ellas pudiera estar relacionado pero le es imposible y está sumida en una gran depresión. Pretende vivir feliz los posibles “últimos” días de su vida pero no puede ya que le es imposible controlar su propio pensamiento.*

## OBJETIVOS

- La terapia desde la ACT con J. iría encaminada a descubrir cuáles son sus valores y qué le merece la pena en su vida para dar pasos en el camino que lleva a lo que para ella tiene valor (hijos, familia, trabajo...), y comprender que sólo mediante la exposición a la quimioterapia, y por tanto pasando por ese dolor, se llega a una vida más amplia y con significado caminando en dirección a lo que le importa, es decir, a sus valores.

- J. ha aprendido una relación de equivalencia entre “cáncer”, “quimioterapia” y “muerte” lo cual le produce niveles elevados de ansiedad por lo que evita el tratamiento.
- J. necesita entender la diferencia entre quimioterapia paliativa (la que se suele dar a la gente en el estadio IV de la enfermedad y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida) y la quimioterapia curativa (que se suele dar a gente que no ha llegado al estadio IV y cuyo objetivo es la curación).
- J. necesita romper la fusión o literalidad asociadas a las palabras “cáncer” y “quimioterapia”

## **ESTRATEGIAS**

- Tratar de ver cuáles son los valores de J., que es lo que da sentido a su vida y por lo que le merece la pena luchar y adherirse al tratamiento. Una metáfora apropiada para esto sería la metáfora del jardín. En el jardín estarían las cosas que le importan a J. y por las que cuidaría si actuase en dirección al camino de sus valores olvidándose de las malas hierbas que crecen (eventos privados que tiende a evitar)
- Para tratar de debilitar la relación de equivalencia entre cáncer, muerte y quimioterapia se le trataría de ver qué otras cosas generan ansiedad a J. y qué suele hacer al respecto y preguntarle si esa estrategia que toma cuando J. está en estado ansiógeno le resulta útil. A partir de aquí mediante metáforas que se puedan ajustar a la vida de J. se le trataría de hacerle modificar las estrategias utilizadas en caso de ansiedad con el objetivo de la exposición. Un ejemplo sería comparar la ansiedad con las arenas movedizas donde la huida sería el querer salir de esa situación de forma rápida y mancharse lo menos posible pero con la consiguiente consecuencia de hundirse más pronto.
- La estrategia utilizada para romper la fusión o literalidad de la palabra “cáncer” o “quimioterapia” (ya que con sólo nombrarlas producen un elevado nivel de ansiedad en J.) sería mediante un ejercicio donde se le pide que nombre en repetidas ocasiones y en voz alta dichas palabras hasta que llegados a un punto dichas palabras pierdan el sentido.
- Psicoeducación para que comprenda la diferencia entre quimioterapia paliativa y curativa. Una vez que se le ha enseñado las diferencias hacerle ver que el paciente está “aquí y ahora” y no es lo mismo que padeció su madre.

## **6. MEMORIA DE ACTIVIDADES**

Las prácticas externas sobre el cáncer están coordinadas de forma que al ser tres alumnos de prácticas y tres psicólogas con un tipo de población diferente dentro de la temática del cáncer, pues cada alumno estaría un mes con cada psicóloga.

Además habría reuniones de grupo cada catorce días, los miércoles donde se comentarían las dificultades encontradas en las prácticas, las dudas que pudiera haber y se expondría un tema a elección libre por parte del alumno, siempre que tuviera que ver con el sentido de las prácticas, es decir: el cáncer.

Por estos motivos, se dividirá este apartado en cuatro subapartados para poder explicar de forma menos compleja las actuaciones en diferentes ámbitos. Estos subapartados son los siguientes:

- Fase de terapia de grupo para dejar de fumar
- Fase de asistencia psicológica a domicilio para pacientes en fase terminal
- Fase de asistencia psicológica a pacientes en el Hospital de Torrecárdenas
- Exposición de la terapia ACT y caso práctico de adherencia al tratamiento durante la reunión.

### **6.1. FASE DE TERAPIA DE GRUPO PARA DEJAR DE FUMAR (PREVENCIÓN)**

Este primer subapartado corresponde al primer mes de prácticas externas y se llevó a cabo en el periodo que comprende desde el 20 de octubre hasta el 18 de Noviembre de 2010.

Las prácticas consistirían en un grupo de terapia para personas con dependencia al tabaco, esto es, que no pueden dejar de fumar y/o que lo han intentado en numerosas ocasiones y han fracasado en dichos intentos.

El objetivo que persigue esta psicoterapia es que se consiga dejar de fumar mediante la técnica de la reducción del número de cigarrillos de una semana a otra, siempre dependiendo del número de cigarrillos que se fuma cada persona y a partir de ahí, ir reduciendo cada semana hasta que finalmente se llegue a cero.

La duración de la psicoterapia es de siete semanas, a sesión por semana de una hora y media, después de esto, habrá seguimientos. El día destinado para llevar a cabo las sesiones fueron los martes.

Durante la **primera sesión** de la psicoterapia de grupo, se realizó una presentación, donde cada participante tenía la oportunidad de compartir por qué habían tomado de decisión de asistir al grupo. Posteriormente se les explicó cómo sería el funcionamiento de la Psicoterapia Grupal y se les repartieron los siguientes cuestionarios: Historia Tabáquica (ver anexo 1), Test de Richmond (ver anexo 2), Test de Fagerström (ver anexo 3), Cuestionario Confis-S (ver anexo 4), Motivación para dejar de fumar (ver anexo 5), Escala de Autoeficacia/Tentaciones (ver anexo 6) y un Registro Funcional del Hábito (ver anexo 7), además del Contrato Terapéutico (ver anexo 8). Todo esto para rellenarlos en casa y poder observar la línea base desde la que empezar a reducir más adelante.

Se les informó que la efectividad de la psicoterapia de grupo es de un 75% y que durante el primer año no se puede permitir un desliz porque en estos momentos es tan grande el refuerzo negativo que se seguirá buscando más adelante con más probabilidad. Durante esta sesión se les hizo énfasis en que lo más importante era el compromiso y para eso se trabajó posteriormente la motivación de la persona entre otros aspectos.

En la **segunda sesión** se proyectó un video y se llevó a cabo una exposición a cargo del médico de la asociación, Dr. Don Francisco Vega Barranco, quien estuvo explicando cómo actúa el tabaco en nuestro organismo, haciendo énfasis en el daño que hace a los diferentes órganos de nuestro cuerpo. Los puntos en los que se enfocó fueron:

- Pandemia y epidemia
- La publicidad y el tabaco de hace unos años y ahora
- Las causas de la muerte
- Susceptibilidad
- Adictivos

Tras la presentación tuvo lugar una rueda de preguntas por parte de los asistentes a la psicoterapia de grupo para aclarar dudas y pensamientos erróneos.

La actuación de la psicoterapeuta en esta sesión grupal va desde reforzar conductas a los asistentes hasta tratar de extinguir las conductas que no permite una discusión grupal equitativa por parte de todos los participantes; ya que algunos intentaron acaparar la atención de los demás contando las “proezas” que hacían en tiempos pasados con respecto al tabaco.

Durante la **tercera sesión**, la psicóloga hizo hincapié en las causas de la dependencia del tabaco, retomando así el tema del video que se proyectó en la anterior sesión.

Tras esto, todos los asistentes se sentaron en círculo la psicóloga preguntó a todos (uno por uno) el número de cigarros al día que consumían para empezar a trabajar la reducción de cada uno para la siguiente semana.

En el grupo se produjeron comentarios que hicieron que la sesión grupal discurriera por una buena línea de discusión y a esto contribuyó la psicoterapeuta, reforzando las intervenciones de cada uno de los participantes cuando éstas no adquirían afán de protagonismo ni de alabanza por sus aventuras pasadas con el tabaco. Cuando esto era así, la psicóloga ignoraba esta conducta, bien le retiraba el contacto ocular, bien daba la palabra a otro miembro del grupo.

Se reforzó mucho los méritos de algunos de los participantes que contaron sus terribles esfuerzos para dejar otro tipo de sustancias a los que eran adictos y se les enseñó un poco la dirección a seguir para romper el hábito de fumar y por lo tanto, para dejar el tabaco. Estos miembros que han dejado las sustancias son utilizados como un ejemplo de superación, como un modelo a seguir por los demás compañeros del grupo para dejar el tabaco al tiempo que estos modelos son reforzados.

## **6.2. FASE DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A DOMICILIO PARA PACIENTES EN FASE TERMINAL.**

La segunda fase de prácticas consistió en dar asistencia domiciliaria a las personas que se encontraban en la fase terminal de la enfermedad. En esta parte de las prácticas se pudo ver una parte muy dura de las prácticas y de la vida.

La primera visita realizada con la psicóloga encargada fue el día jueves 18 de Noviembre de 2010 a las 10:00 de la mañana. El paciente residía en El Ejido, pero no se encontró en disposición de recibir atención psicológica. Se atendió a su esposa, quien explicó que su marido no tiene conocimiento sobre su enfermedad, ni la gravedad de la misma. Ella se encontraba con un nivel elevado de ansiedad y no sabía cómo actuar. La intervención psicológica utilizando la escucha activa, se enfocó en considerar la alternativa de informar a su marido sobre su enfermedad. Sin embargo, la esposa considera que con sus problemas de ansiedad y fibromialgia, no se siente capacidad para aguantar dicha responsabilidad.

Posterior a esta visita, el psicólogo en prácticas sugirió a la Psicóloga la utilización de ejercicios de relajación para intentar aminorar su ansiedad a unos niveles más bajos y así, reducir su consumo de tranquilizantes. Lastimosamente no se realizó otra visita debido al fallecimiento del paciente.

La segunda visita se realizó el 23 de noviembre de 2010 a un hombre de unos 40 años con cáncer primario de pulmón y complexión fuerte. Este paciente tenía la muerte asumida, incluso hablaba de la misma con humor. La familia se encontraba sensibilizada sobre el tema de la muerte, por lo que se expresaban con naturalidad

acerca de la fase terminal en la que se encontraba su familiar. Esta actitud por parte del paciente y su familia facilitó el proceso. La intervención psicológica se enfocó en los problemas físicos, más que en los psicológicos, ya que el paciente se mostraba tranquilo y con sentido del humor.

La tercera sesión tuvo lugar el día 25 de noviembre de 2010 en Roquetas de Mar. La paciente fue una mujer de unos 50 años de edad, apenas sin cabello, que padecía un cáncer de mama con metástasis cerebrales. Se mostraba desorientada y con la memoria afectada, no reconocía a la Psicóloga y tenía dificultad para terminar una frase compleja. El objetivo en esta intervención psicológica fue la estimulación cognitiva, utilizando como reforzadores los halagos y las caricias en las manos.

El día 30 de noviembre de 2010 se realizó la cuarta sesión en Purchena. El paciente de 37 años padecía un tumor cerebral de los más agresivos. Estuvo controlándose con quimioterapia durante los primeros ciclos, pero a mitad del tratamiento comenzó a empeorar. Permanecía en cama desde hace varios días y presentaba dificultad para hablar, aunque su audición y comprensión se encontraban intactas. La intervención psicológica se realizó con la familia, quienes se encontraban muy afectados y lo demostraban con niveles elevados de ansiedad y mucha tristeza, que incluían llantos y lamentaciones. El objetivo principal fue propiciar la escucha y la identificación de la parte positiva de cada uno.

El día 02 de Diciembre de 2010 se visitó a la quinta paciente quien residía en Almería. La paciente padecía cáncer en el útero con metástasis en el hígado y se quejaba de no poder evacuar en varios días. El médico de la Asociación le practicó un enema para aliviar los síntomas. El objetivo a nivel psicológico fue brindarle apoyo y acompañamiento durante este procedimiento.

El día 14 de Diciembre de 2010 se visitó nuevamente a la paciente de Roquetas de Mar. En esta ocasión se encontraba orientada en tiempo y espacio, contestaba a las preguntas con mayor facilidad y lograba formar las frases que tenían menor dificultad. La intervención psicológica siguió la misma línea que la anterior sesión, reforzando de forma intermitente a lo largo de la conversación.

El día 16 de Diciembre de 2010 se visitó nuevamente al paciente de Purchena, quien se encontraba estable y dormía más que en la última sesión. La intervención psicológica siguió la misma línea que la anterior, dándoles un espacio a los familiares para que se desahogaran y haciendo énfasis en los aspectos positivos de cada uno. Los familiares se encontraban con menor ansiedad. Se les habló sobre la posibilidad de la quimioterapia paliativa, pero los familiares la rechazaron. Aproximadamente una semana después, el paciente falleció.

### **6.3. FASE DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES EN EL HOSPITAL DE TORRECARDENAS**

Esta fase tuvo un tiempo de duración de un mes, comprendidos desde el 21 de diciembre de 2010 hasta el 20 de enero de 2011. Durante este periodo se han visitado a diferentes pacientes ingresados en el hospital (la mayoría en la sexta planta) o bien a pacientes que acuden al hospital de día a recibir su tratamiento de quimioterapia y acuden al despacho (en la planta sótano) de la psicóloga encargada antes su tratamiento para recibir psicoterapia. Algunas personas recibieron psicoterapia durante la quimioterapia.

La primera paciente que se visitó fue el día 21 de Diciembre de 2010, se encontraba en planta y tenía 15 años, era procedente de Ecuador y padecía de leucemia. La paciente se mostró alegre, con gran aceptación de su enfermedad y con mucha motivación para afrontar la situación. La intervención psicológica estuvo enfocada en motivarla para que cuente a sus amigos y familiares de Ecuador sobre la enfermedad que padece con el objetivo de ampliar su círculo de apoyo y se sienta más desahogada.

La siguiente paciente es una mujer de 37 años que padece de melanoma. Durante la psicoterapia en el despacho de la Psicóloga, la paciente se muestra ansiosa y preocupada por su futuro tras la recaída que ha sufrido. Algo a destacar de esta paciente es que cuando habla de su “futuro desconcertante” no mira a los ojos sino que baja la mirada. La intervención psicológica estuvo enfocada inicialmente a la canalización de emociones y pensamientos de la paciente, utilizando la escucha activa. Posteriormente se realizó psicoeducación con refuerzo positivo de tipo social, consiguiendo reducir el nivel de ansiedad de la paciente en gran medida.

La última paciente que se visitó ese día, padecía un cáncer de ovario muy avanzado y el tratamiento que recibía era quimioterapia paliativa. Permanecía somnolienta y se encontraba rodeada de familiares. Contestó a las preguntas casi sin abrir los ojos, manifestando su deseo de abandonar el Hospital para estar con su hija durante las fechas que se aproximaban (Nochebuena, Nochevieja y Reyes Magos). La visita de la psicooncóloga fue de 5 minutos aproximadamente debido al estado de somnolencia de la paciente.

El siguiente día de prácticas, 28 de diciembre de 2010, llegó a consulta una paciente de 54 años, operada de cáncer de mama y sometida a una operación severa donde se le extirparon los ovarios. También había sido operada de la tiroides y la vesícula. Durante la psicoterapia admite que es una mujer muy fuerte y es quien dirige a sus familiares. También confiesa que ha intentado suicidarse con el coche en varias ocasiones. La intervención psicológica se centró en un análisis existencial para identificar qué cosas daban sentido a su vida y qué pasos debe seguir para la su consecución. La paciente mostraba una actitud defensiva en la que refutaba todo lo que la psicóloga decía.

Ese mismo día, llegó a consulta un joven de 28 años que padecía un linfoma. Ha recaído en varias ocasiones y ha luchado por salir adelante, incluso su enfermedad no ha

impedido que se encuentre estudiando. Durante la psicoterapia se muestra muy ansioso e inseguro. La intervención psicológica estuvo centrada, inicialmente, en reforzarse su autoconfianza, utilizando la escucha activa, devolviéndole todo lo positivo y recordándole los objetivos alcanzados en etapas anteriores. Por otro lado, se le motivó a modificar las formas de relacionarse con su familia, especialmente con la madre, y a ser más flexible ante las cosas que no puede controlar. Por último, se motivó al paciente a seguir con el tratamiento una vez más tras esta nueva recidiva.

El resto del día fue dedicado a la lectura del libro de psicooncología de Marie Die Trill.

El día 30 de Diciembre de 2010 vino a consulta una paciente de 55 años que padecía un cáncer de ovario en la fase II, estaba colecistectomizada y tenía una hepatitis contagiada por el embarazo de uno de sus hijos. Era la primera vez que asistía a la psicoterapia, por lo que se le realizó la historia (ver anexo 9), siguiendo un guión (ver anexo 10) que ya tenía previsto la psicóloga para los pacientes que acuden por primera vez a psicoterapia oncológica. La paciente contaba con un largo historial de depresiones, intentos de suicidio y maltrato psicológico por su marido, asistidos únicamente en atenciones primarias. La intervención psicológica se centró en la identificación de sus fuentes de apoyo (amistades, prima y su hijo), para trazar los objetivos terapéuticos en la siguiente sesión.

Más adelante se procedió a dar una vuelta por el hospital de día para observar a los/as pacientes que se estaban tratando con quimioterapia, con el objetivo de identificar si necesitaban apoyo psicológico. Se conversó con el paciente de 28 años que padecía linfoma porque tenía un aspecto muy decaído, a pesar de estar estudiando mientras recibía el tratamiento.

En una sala aparte, se atendió a una paciente que padecía cáncer de pulmón, mientras recibía su tratamiento. Se conoció su historia familiar en la que su padre, hermana y sobrino fallecen por algún tipo de cáncer, pero la psicoterapia no pudo extenderse por problemas con el aparato que suministraba la quimioterapia a la paciente.

El resto del día fue dedicado a escribir informes sobre las intervenciones realizadas durante esa semana.

El martes 11 de Enero de 2011, se visitó a una paciente con cáncer de pulmón. Se encontraba con la mascarilla de oxígeno puesta debido a una dificultad respiratoria como resultado de una discusión que tuvo momentos antes de la visita de la psicooncóloga. La actuación de la psicooncóloga fue encaminada a reducir los niveles de ansiedad tanto de la paciente como de la familiar que la acompañaba, señalando que se haría todo lo posible por la paciente durante su estancia en el hospital.

La siguiente visita fue a una paciente que sufría una leucemia además de padecer un trastorno mental grave (esquizofrenia paranoide), lo que complica su adherencia al

tratamiento. Se encontraba recién operada del pecho para facilitar las administraciones de soluciones intravenosas. La actuación de la psicóloga oncológica fue encaminada a dialogar con la paciente sobre sus gustos y deseos, haciendo hincapié en su interés por los mismos tras su salida del hospital. También se le motivó para que continuara con el tratamiento, ya que manifestaba deseos de abandonarlo. La paciente se mostró tranquila y cooperadora, contestando a las preguntas que se le realizaron.

El 13 de Enero de 2011 se visitó a una paciente de 29 años, nacionalidad marroquí y con un cáncer de mama muy avanzado con metástasis en la espalda. En el momento de esta visita, la paciente se encontraba llorando en la ducha, por lo que hubo que esperar una hora para poder atenderla. Expresó que tenía 4 hijos y un esposo que la maltrataba. Se encontraba con niveles elevados de ansiedad porque hace poco había recibido su diagnóstico. La actuación de la psicooncóloga estuvo dirigida a conocer la historia de la paciente y tratar de reducir su ansiedad.

La siguiente paciente que se visitó se encontraba en fase terminal por cáncer de mama con metástasis en el hígado, por lo que se encontraba sedada. La intervención psicológica estuvo dirigida a su marido, sensibilizándolo acerca del duelo y la dura etapa por la que están a punto de pasar.

Se visitó nuevamente a la paciente ecuatoriana de 15 años que padecía leucemia. En esta ocasión la paciente se encuentra con un estado de ánimo mucho mejor que la vez anterior. La psicooncóloga preguntó por su estancia en el hospital y por cómo va asimilando psicológicamente el tratamiento, obteniendo respuestas positivas por parte de la paciente.

El 18 de Enero de 2011 se visitó a una paciente con cáncer de encía muy agresivo, que no podía hablar debido al tumor. La paciente se encontraba llorando de forma desconsolada porque había recibido la noticia de su traslado a la Cruz Roja para recibir quimioterapia paliativa. La intervención psicológica estuvo enfocada principalmente en reducir su estado de ansiedad explicándole el significado de paliativo y curativo.

Se visitó nuevamente a la paciente de 29 años de nacionalidad marroquí con cáncer de mama en estado muy avanzado. En esta ocasión la paciente se encontraba en la fase de aceptación del diagnóstico. La intervención de la psicooncóloga estuvo enfocada en conocer la historia de la paciente y propiciar una fuerte adherencia al tratamiento, identificando y haciendo énfasis en sus valores, ya que su historia familiar puede obstaculizar el tratamiento.

Se realizó otra visita a la paciente con cáncer de pulmón, y en esta ocasión se encontraba más relajada que en la visita anterior. La intervención psicológica estuvo centrada en motivarla para que siguiera actuando conforme a sus valores y reforzándole

las buenas conductas. La paciente se mostró tranquila y cooperadora, respondiendo a las preguntas de forma animada.

Por último, el día 20 de Enero de 2011, se visitó a una paciente con un cáncer muy avanzado de estómago. La paciente y su familia (hijas) mostraban sentimientos de frustración y elevada ansiedad por el diagnóstico tardío de tal enfermedad y culpaban a su médico. La intervención psicológica estuvo dirigida a la canalización adecuada de esa ira y frustración, enfocando esa energía hacia la adherencia al tratamiento paliativo, con el objetivo de ganar calidad de vida.

Finalmente este mismo día se hizo un repaso de los pacientes visitados y de lo aprendido durante el mes de prácticas en el hospital de Torrecárdenas.

#### **6.4. EXPOSICIÓN ACT Y CASO PRÁCTICO (DIAPOSITIVAS PRESENTACIÓN)**

**Ver anexo 11**

### **7. CONCLUSIONES**

A mí parecer, las prácticas en la Asociación Contra el Cáncer han estado muy bien estructuradas a lo largo del tiempo, ya que he podido tener la oportunidad de rotar por tres ámbitos diferentes dentro de la temática del cáncer.

He podido conocer la prevención del cáncer, a través del grupo de antitabaco cuyo objetivo fue reducir su consumo hasta dejarlo de forma definitiva. Aquí pude aprender cómo es una terapia de grupo, presenciar el apoyo mutuo dado por los asistentes a la hora de dejar el tabaco, algo que hace aumentar la autoconfianza de cada uno. El manejo del grupo por parte de la psicoterapeuta a la hora de reforzar o no ciertas conductas llevadas a cabo tanto dentro (por ejemplo, respetar los turnos de palabra) como fuera (cumplimiento del tope de cigarrillos fumados durante la semana) de la terapia.

He conocido el estado de los pacientes en fase terminal, así como los de sus familiares en sus propias casas. Aquí he podido ver una dura parte de las prácticas pero he aprendido cómo tratar de aliviar psicológicamente a una persona que está en una fase irreversible de su enfermedad. El apoyo a los familiares y allegados de este tipo de pacientes. La observación aquí ha sido fundamental pues hay personas que tratan de esconder su dolor pero no pueden controlar por mucho tiempo su propio lenguaje corporal.

He podido conocer la estancia y la administración de quimioterapia en los hospitales. En esta parte de las prácticas he podido aprender cómo es la entrevista a una persona

que acude por vez primera a una terapia de psicooncología. He visto cómo se ha puesto a diversos pacientes en el camino adecuado según sus valores, esto es, hacerles ver un motivo en la vida para caminar en la dirección adecuada a dichos valores. He aprendido, igual que la práctica anterior que la observación es algo muy importante, ya que muchos pacientes manifiestan algo pero dicen otra cosa diferente. Cómo dirigirse a una persona que le acaban de cambiar el tratamiento y le han cambiado una quimioterapia curativa a una quimioterapia paliativa. He aprendido sobre diversas consecuencias de la leucemia así como de la operación de médula y las consecuencias psicológicas de una paciente que ha de pasar por este tratamiento (aislamiento, depresión, ansiedad...).

Quisiera añadir que ha sido un periodo en el que mi aprendizaje ha sido bastante bueno, pues he adquirido conocimientos y potenciado habilidades, como la escucha activa, observación del lenguaje corporal, que me servirán tanto en mi vida personal como profesional.

Me resulta importante destacar, para futuras ediciones de estas prácticas del Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales, que la participación directa del Psicólogo Practicante resulta mucho más provechosa y eficaz para irse formando a través la experiencia propia y para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos, y no ser únicamente observadores.

## 8. REFERENCIAS

### 8.1. LIBROS

- Die Trill, M. (2003). Psicooncología, Madrid: Ed. Ades, pp. 165-181
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ed. Pirámide

### 8.2. ARTÍCULOS

- De Prado, C., Viteri, A. y Fuente N. “Aspectos Psicológicos del paciente con Cáncer”, 2003, Gaceta Médica de Bilbao, 100. pp.28-31
- Paez, M., Luciano, C. y Gutierrez, O. “Tratamiento Psicológico para el afrontamiento del Cáncer de Mama. Estudio Comparativo entre estrategias de Aceptación y de Control Cognitivo”, 2007, Psicooncología, 4(1). pp.75-95
- Rosenfeld, C. “Aportes de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el Tratamiento de los Pacientes con Cáncer”, 2005, IV Congreso Mundial de Psicoterapias (la psicoterapia como puente mundial entre culturas), Buenos Aires. pp.1-6.

### 8.3. OTRAS FUENTES

- <https://www.aecc.es/Nosotros/Paginas/Nosotros.aspx>
- <http://www.cancer.gov/espanol>
- <https://www.aecc.es/SobreElCancer>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>
- <http://www.cepvi.com/psicosomatica/cancer.shtml>
- <http://enfermeriacancerdemama.blogspot.com/2008/02/aspectos-psicologicos-del-cancer-de-mama.html>
- [http://blogs.lasprovincias.es/blogfiles/psicoblogia/72036\\_depression22319kp9.jpg](http://blogs.lasprovincias.es/blogfiles/psicoblogia/72036_depression22319kp9.jpg)
- [http://1.bp.blogspot.com/-rxMQBP\\_YYAM/TaDXB41TuqI/AAAAAAAAANHg/u-x2k4j9L9k/s1600/sexo.jpg](http://1.bp.blogspot.com/-rxMQBP_YYAM/TaDXB41TuqI/AAAAAAAAANHg/u-x2k4j9L9k/s1600/sexo.jpg)

9. ANEXOS

ANEXO 1

- TEST GRUPO ANTITABACO.

**HISTORIA TABÁQUICA**

Por favor cumplimente este cuestionario. Sus datos son necesarios para ayudarle en su proceso de abandono del tabaco. Muchas gracias por su colaboración.

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_  
Tfno /Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Sexo

<input type="checkbox"/>	HOMBRE	<input type="checkbox"/>	MUJER
--------------------------	--------	--------------------------	-------

Estado civil

<input type="checkbox"/>	SOLTERO/A
<input type="checkbox"/>	CASADO/A
<input type="checkbox"/>	DIVORCIDO/A
<input type="checkbox"/>	VIUDO/A

Nivel de estudios

<input type="checkbox"/>	SIN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO
<input type="checkbox"/>	PRIMARIOS	<input type="checkbox"/>	TITULADO SUPERIOR
<input type="checkbox"/>	BUP/COU/FP2	<input type="checkbox"/>	

Profesión \_\_\_\_\_

¿A qué edad probó su primer cigarrillo? \_\_\_\_\_ ¿Desde que edad fuma regularmente? \_\_\_\_\_

¿Por qué empezó a fumar? (motivo principal)

<input type="checkbox"/>	Fumaban casi todos mis amigos	<input type="checkbox"/>	Para sentirme más integrado
<input type="checkbox"/>	Fumaba mi mejor amigo (alguien importante para mí)	<input type="checkbox"/>	Me gustaba el sabor y el olor
<input type="checkbox"/>	Me sentía mayor, me sentía independiente	<input type="checkbox"/>	Otros

¿Cuántos años lleva fumando? \_\_\_\_\_

Indique el número de cigarrillos diarios que fuma actualmente \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_

Actualmente, los cigarrillos los fuma:

<input type="checkbox"/>	Enteros hasta el filtro
<input type="checkbox"/>	Casi todo el cigarrillo
<input type="checkbox"/>	La mitad del cigarrillo
<input type="checkbox"/>	Lo enciendo y lo apago

Actualmente fuman algunas de las personas con las que convive en su domicilio:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

En caso afirmativo, señale cual:

<input type="checkbox"/>	Padre.
<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	Cónyuge/pareja
<input type="checkbox"/>	Hijos

Si usted trabaja fuera de casa, ¿considera que trabaja en un ambiente de fumadores?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Considera usted a su grupo de amigos como fumadores?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Ha reducido el consumo de cigarrillos en el último año?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

En caso de que haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido al día? \_\_\_\_\_

¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha dejado de fumar en el transcurso del último año?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?

<input type="checkbox"/>	Una semana o menos	<input type="checkbox"/>	Entre un mes y tres meses
<input type="checkbox"/>	Entre una semana y quince días	<input type="checkbox"/>	Aproximadamente seis meses
<input type="checkbox"/>	Entre quince días y un mes	<input type="checkbox"/>	Más de seis meses

¿Utilizó algún procedimiento para dejarlo?. Indique cuál o cuáles:

<input type="checkbox"/>	Terapia sustitutiva de nicotina	<input type="checkbox"/>	Hipnosis	<input type="checkbox"/>	Reducción progresiva
<input type="checkbox"/>	Terapia farmacológica	<input type="checkbox"/>	Acupuntura	<input type="checkbox"/>	Terapia psicológica individual
<input type="checkbox"/>	Consejo médico	<input type="checkbox"/>	Homeopatía	<input type="checkbox"/>	Terapia psicológica grupal

¿Cuál cree que fue el motivo fundamental por el que recayó la última vez?. Marque sólo una opción

<input type="checkbox"/>	Crisis vital: divorcio, enfermedad, muerte, etc	<input type="checkbox"/>	Celebración o acontecimiento festivo	<input type="checkbox"/>	Premiarse en una situación agradable
<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>	Depresión, aburrimiento	<input type="checkbox"/>	Tomar alcohol y/o drogas
<input type="checkbox"/>	Engordar	<input type="checkbox"/>	Dificultades en el trabajo	<input type="checkbox"/>	Estar en ambiente de fumadores.

Mucho.
Bastante
Moderadamente
Poco
Nada

Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

Nunca
Alguna vez
Muchas veces

¿Consumes de forma habitual alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol	Otras drogas: cannabis, cocaína,
Bebidas estimulantes (café, té, colas)	Psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas...)
Analgésico	Otros

Actualmente ¿Se encuentra en tratamiento psiquiátrico o psicológico?

Si	No
----	----

¿Cuál es el motivo?

Depresión
Ansiedad
Psicosis
Problemas de pareja/ familia
Otros

Actualmente ¿Desea dejar de fumar?

Totalmente
Bastante
Poco
Nada
No sé

En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique: ¿cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento? \_\_\_\_\_

Sus expectativas sobre el programa de tratamiento que va a realizar son:

Muy buenas
Buenas
No sabe
Malas
Muy malas

**ANEXO 2**

**- TEST DE RICHMOND**

¿Intentará dejar de fumar en los próximos 6 meses?	SI	NO
¿Intentará dejar de fumar en los próximos 30 días?	SI	NO

TEST DE RICHMOND			
1.- ¿Quiere dejar de fumar?	0 No	1 Si	
2.- ¿Con que ganas quiere dejarlo?	0 Ninguna	1 Poca	2 Bastante 3 Mucha
3.- ¿Intentará dejarlo en las próximas dos semanas?	0 No	1 Dudoso	2 Probable 3 SI
4.- ¿Cree que dentro de seis meses no fumará?	0 No	1 Dudoso	2 Probable 3 SI
Puntuación total	<input type="text"/>		

<= 6: Baja motivación    7-9: Moderada motivación    10: Alta motivación

**ANEXO 3**

**- TEST DE FAGERSTRÖM**

TEST DE FAGERSTRÖM		
1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?		
En cinco minutos o menos	<input type="checkbox"/>	3
Entre seis y treinta minutos	<input type="checkbox"/>	2
Entre treintauno y sesenta minutos	<input type="checkbox"/>	1
Después de sesenta minutos	<input type="checkbox"/>	0
2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?		
Si	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0
3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?		
El primero de la mañana	<input type="checkbox"/>	1
Todos los demás	<input type="checkbox"/>	0
4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?		
Diez o menos	<input type="checkbox"/>	0
Entre once y veinte	<input type="checkbox"/>	1
Entre veintiuno y treinta	<input type="checkbox"/>	2
Treintauno o más	<input type="checkbox"/>	3
5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?		
Si	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0
6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?		
Si	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0
		Puntuación total: <input type="text"/>
GRADO DE DEPENDENCIA:		
1-3 puntos: LEVE    4-6 puntos: MODERADA    7 ó mas puntos: ALTA		

**ANEXO 4**

**- CUESTIONARIO CONFI-S**

**CUESTIONARIO CONFI-S**  
(Resistencia a la urgencia de fumar)

A continuación se indican 14 situaciones en las que la gente fuma más frecuentemente. Indique la probabilidad con que usted considera que puede resistir la urgencia o el deseo de fumar en cada una de esas situaciones. Indíquelo en cada recuadro con una puntuación de 0 a 10, donde 0 indicaría ninguna resistencia (no puedo resistirme al deseo de fumar y acabo fumando) y 10 total resistencia (puedo resistirme, puedo evitar fumar completamente). Puede indicar también un punto intermedio de la escala entre el 0 y el 10 tal como aparece representado en la siguiente escala.

Ninguna resistencia: (ningún autocontrol) (acabo fumando)      Total resistencia: (total autocontrol) (puedo evitar fumar)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

	0-10
Cuando se siente ansioso	
Cuando quiere sentarse cómodamente y disfrutar de un cigarrillo	
Cuando ha finalizado una comida o tentempié	
Cuando está nervioso	
Cuando quiere sentirse más atractivo	
Cuando quiere relajarse	
Cuando siente que fumar es parte de su autoimagen	
Cuando se siente tenso	
Cuando está bebiendo un bebida alcohólica	
Cuando ve a otros fumando	
Cuando alguien le ofrece un cigarrillo	
Cuando quiere evitar tomar dulces	
Cuando quiere sentirse más maduro, sofisticado	
Cuando quiere mantenerse delgado	
<b>Puntuación total (máximo 140, mínimo 0)</b>	

**ANEXO 5**

**- MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR**

 **aecc**  
Contra el Cáncer

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

**2.5 MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR**  
Centro de ayuda al cese del tabaquismo  
Hospital Henri Mondor

(Marque con bolígrafo sólo la respuesta que considere mas adecuada)

1. Vengo a la Sesión espontáneamente, por decisión personal	2
Vengo a la Sesión por indicación médica	1
Vengo a la Sesión por indicación de mi familia	1
2. Ya he dejado de fumar durante más de una semana	1
3. Actualmente mi actividad profesional está sin problemas	1
4. Actualmente en el plano familiar todo va bien	1
5. Quiero liberarme de esta dependencia	2
6. Hago deportes o tengo intención de hacerlos	1
7. Voy a estar en mejor forma física	1
8. Voy a cuidar mi aspecto físico	1
9. Estoy embarazada o mi pareja lo está	1
10. Tengo niños de corta edad	2
11. Estoy con buena moral actualmente	2
12. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo	1
13. Soy más bien de temperamento tranquilo	1
14. Mi peso es habitualmente estable	1
15. Voy a acceder a una calidad de vida mejor	2

La suma de los puntos obtenidos indica sus posibilidades de éxito:

16 y más.....Muchas probabilidades  
12 a 15 .....Bastantes posibilidades  
6 a 12 .....Oportunidades reales, pero con dificultades a tener en cuenta  
5 y menos... ¿Es éste el momento?

Suma Puntos

**ANEXO 6**

**- ESCALA DE AUTOEFICACIA/TENTACIONES**



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

**2.8 ESCALA DE AUTOEFICACIA/TENTACIONES - Formato extenso  
Velicer, Diclemente, Rossi y prochaska (1990)**

Seguidamente encontrará situaciones que conducen a algunas personas a fumar. Nos gustaría saber QUÉ TENTACIÓN DE FUMAR SIENTE USTED en cada una de estas situaciones.

Por favor responda a estas preguntas utilizando la escala de puntos del 1 al 5.  
El 1 = ninguna tentación de fumar y el 5 = una tentación extrema de fumar

Qué tentación de fumar siente usted...	Ninguna tentación	No mucha	Moderadamente tentado	Muy tentado	Extremadamente tentado
1. Tomando una copa en un bar	1	2	3	4	5
2. Cuando me apetece un cigarrillo	1	2	3	4	5
3. Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy con mi pareja o amigos que están fumando.	1	2	3	4	5
5. Cuando tengo discusiones o conflictos familiares	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy feliz y celebrando algo	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy muy enfadado con alguien o por algo	1	2	3	4	5
8. Si experimentara una crisis emocional, a raíz de un accidente o una muerte en la familia	1	2	3	4	5
9. Cuando veo a alguien fumando y disfrutándolo	1	2	3	4	5
10. Durante el café mientras hablo y me relajo	1	2	3		5
11. Cuando me doy cuenta de que dejar de fumar es una tarea muy difícil para mí.	1	2	3	4	5
12. Cuando siento "ansia" (deseo intenso) de un cigarrillo	1	2	3	4	5
13. Nada más levantarme de la cama	1	2	3	4	5
14. Cuando siento que necesito levantar el ánimo	1	2	3	4	5
15. Cuando empiezo a preocuparme menos de mi salud y estoy menos activo físicamente	1	2	3	4	5
16. Con amigos en una fiesta	1	2	3	4	5
17. Cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a un día duro	1	2	3	4	5
18. Cuando estoy extremadamente deprimido	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy extremadamente nervioso o estresado	1	2	3	4	5
20. Cuando me doy cuenta de que hace tiempo que no he fumado	1	2	3	4	5



**ANEXO 8**

**- CONTRATO TERAPÉUTICO**

**CONTRATO TERAPÉUTICO**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER  
Banco .....0182 // 6027 // 62 // 0201500238....

**CONTRATO TERAPEUTICO PARA REALIZAR EL PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA**

REUNIDOS:

D/D <sup>a</sup> :		NIF:	
Domicilio:		C. P.:	
Provincia:		Teléfono:	

Y, por otra parte, la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER, Junta Provincial de....., SE COMPROMETEN A LO SIGUIENTE:

**Por parte del fumador: EN NINGUN CASO SE COMPROMETE A ABANDONAR SU HÁBITO, PERO SÍ A**

- Asistir a todas las sesiones que componen el programa de deshabituación.
- Realizar un depósito de ~~(60)~~ € en las siguientes condiciones:
  - Asistiendo a todas las sesiones podrá recuperar la cantidad total del depósito, a la finalización del programa.
  - En caso de falta de asistencia a alguna de las sesiones perderá 3 €;
  - En caso de acumular tres faltas: será considerado abandono, y perderá el depósito inicial que quedará íntegramente como donativo para la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Cumplimentar los cuestionarios del programa.
- Realizar, entre sesión y sesión, las tareas que se planteen en el grupo.
- Mantener desconectado el teléfono móvil durante las sesiones.

**Por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer:**

- Realizar el programa completo de deshabituación tabáquica.
- Entregar la documentación específica del programa de deshabituación.
- Devolver la cantidad que corresponda, una vez finalizadas las sesiones que componen el programa.
- Establecer un periodo de un mes para realizar dicha devolución.
- Extender el correspondiente resguardo, cuando proceda, para incluir en la Declaración de la Renta.

Para que conste, se firma por ambas partes en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por parte de la A.E.C.C.:  
Fdo. 

El interesado:  
Fdo.



## ANEXO 10

### - GUIÓN ENTREVISTA A PACIENTE EN HOSPITAL TORRECÁRDENAS

UNIDAD DE PSICO-ONCOLOGÍA  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Madrid a                      de 2002

PACIENTE:  
NºHO:

#### DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

#### MOTIVO DE CONSULTA

#### HISTORIA MÉDICA

Resumen médico  
Resumen del paciente  
Historia de cáncer en la familia  
Experiencia del paciente con el cáncer  
- conocimiento previo  
- expectativas  
- satisfacción con la información recibida

#### HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Presencia o ausencia  
Alcohol, drogas  
Suicidios

#### HISTORIA PSICOSOCIAL

Vida personal  
Vida laboral  
Vida social .. ocio  
Historia de pérdidas previas  
Sistemas de apoyo

#### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado físico

Su comportamiento general y actitudes durante la entrevista

Orientación espacio temporal

Habla: tono y ritmo.

Estado afectivo

Pensamiento: proceso y contenido

Percepción:

Funcionamiento cognitivo:

Capacidad de juicio:

Alteraciones de apetito y sueño:

#### IMPRESIÓN

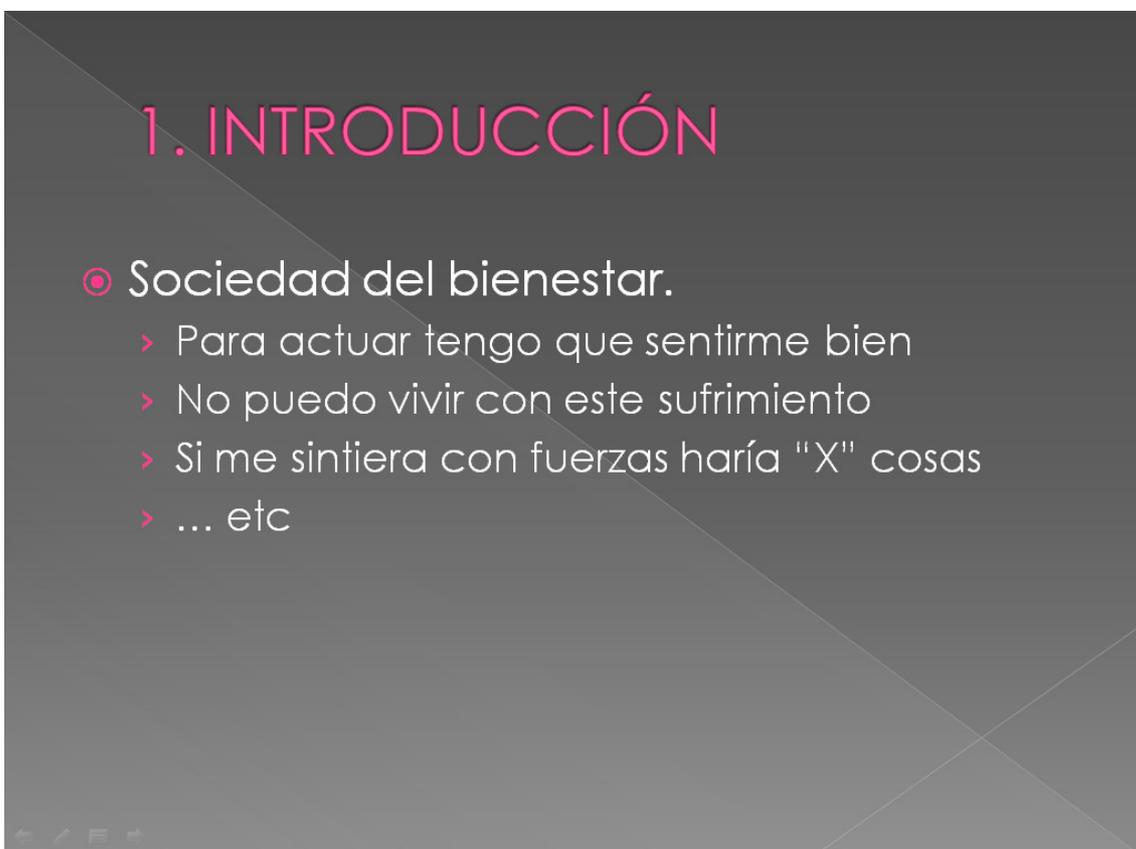
1. Diagnóstico oncológico
2. Karnofsky
3. Aspectos cognitivos
  - Orientación espacio temporal
  - Actitud: colaboradora, apático, indiferente, asertividad.
4. Estado de ánimo
  - Depresión: llanto, sueño, apetito, relaciones sociales.
  - Ansiedad: agitación.
5. Principales preocupaciones
  - De la enfermedad
  - Del tratamiento
  - Otras
6. Adaptación a la enfermedad y/o al ingreso.
7. Apoyo familiar y social.
8. Diagnóstico psicológico:
  - Personal
  - Familiar
9. Otros aspectos de interés.

#### JUICIO DIAGNÓSTICO

#### PLAN DE TRATAMIENTO

## ANEXO 11

### - PRESENTACIÓN



## 2. LENGUAJE HUMANO

- Nuestro bien máspreciado
- Dos lados
  - > Lado brillante (que nos ayuda y nos es útil)
  - > Lado oscuro (puede ser limitante)
- "La capacidad autorreflexiva es un arma potencial y poderosa a la vez que peligrosa".  
Hayes

## 3. La EVITACIÓN (I)

- Frases como:
  - > Sin motivación no puedo seguir trabajando
  - > Sin amor no puedo seguir adelante
  - > No puedo continuar con estas dudas sobre mi misma
- Estas frases son familiares porque estan socializadas dentro de lo común.
- La sociedad instruye y orienta a que se piense y se hable de esa forma para acabar con el estado (sensaciones y sentimientos) de esas cosas
  - > Ejemplo: si un amigo está triste y no quiere recordar lo que le ha sucedido es probable que digamos: "distráete con otra cosa y te sentirás mejor", "intenta olvidarlo"...

### 3. La EVITACIÓN (II)

- Con esa forma de actuar se señala que algunos contenidos o eventos privados son negativos y se estaría dando un valor explícito al contenido del sufrimiento y del pensamiento.
- La sociedad instruye que para actuar con coraje se ha de sentir coraje, pensar positivamente para tener éxito y creer que pueden quererte para poder encontrar el amor.
- A lo anterior se le suma el fondo cultural de que el sufrimiento es malo y debe ser evitado para poder vivir.

### 3. La EVITACIÓN (III)

- Por esto sentir ansiedad, tristeza, soledad, rechazo en una persona es interpretado como patológico y urge su eliminación para sentirse de otro modo y poder vivir feliz

## 4. Derivación de funciones

- El aprendizaje relacional es responder a un evento en términos de otro.
- Se establecen relaciones arbitrarias entre lo que se piensa, se siente y se hace.
- Varios tipos de relaciones:
  - > Relación de igualdad:  $A=B=C$
  - > Relación de oposición: A opuesto de B y B opuesto de C
  - > Relación de comparación: A es más que B y B es más que C
  - > Relación de temporalidad: A viene antes que B y B viene antes que C
  - > Relación de causalidad: A causa B y B causa C
  - > ...etc
- Ejemplos.

## 5. Trastorno de la evitación experiencial

- La evitación generalizada es restrictiva y alcanza a ser destructiva cuando se interpone con lo que esa persona quiere hacer con su vida.

## 6. contextos verbales de la evitación experiencial (I)

- Contexto verbal de la literalidad (responder a un evento en términos de otro). Las palabras aparecen cargadas de función verbal (las palabras pueden acabar siendo evitadas tanto como los eventos reales con los que se relaciona)
- Contexto verbal de la valoración (la sociedad establece los valores). Tener un pensamiento, una emoción o un recuerdo puede ser valorado como aversivo y tomar función del evento real)

## 6. contextos verbales de la evitación experiencial (II)

- Contexto de dar razones (justificamos lo que hacemos aludiendo que hay buenas razones para ello)
- Contexto verbal de control de la emoción y la cognición (tratar de controlar los eventos privados y dolorosos)

## 7. Análisis Funcional

- Tres preguntas básicas:
  - > ¿Qué piensa?
  - > ¿Cómo se siente?
  - > ¿Qué hace?

## 8. Terapia Act (I)

- Act se considera:
  - > Tratamiento centrado en los valores del paciente como medio para el cambio conductual
  - > Lo que importa es la experiencia que el paciente lleva a sesión
  - > Esa experiencia señala que centrarse en los síntomas es perder la dirección de la vida.
  - > El trabajo se orienta a centrarse en las direcciones valiosas lo que incluye generar distanciamiento con los contenidos psicológicos. Se otorga un espacio psicológico a los eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo-contexto.

## 8. Terapia Act (II)

- Act sostiene que es mejor:
  - > "Primero compórtate de acuerdo con tus valores y luego te sentirás bien" en lugar de "primero el sentimiento de bienestar y luego actúa o haz tu vida"
  - > Se asume que el sufrimiento es normal y que es una señal que está muy cerca de lo que al cliente le importa
  - > Se asume que hay más vida en un momento de dolor que en un momento de alegría
  - > El terapeuta act asume con sus pasos que "todas las personas, a algún nivel, esperan, aspiran, sueñan y quieren una vida más amplia, más rica y llena de significado"

## 9. Objetivos terapia ACT

- Clarificación de valores
- Aceptación de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones...) ligado a lo que no puede cambiarse
- Fortalecimiento del yo como contexto para poder notar los eventos privados de uno como lo que son y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, elegir.

## 10. Métodos Clínicos (I)

- Desesperanza Creativa (tras el análisis funcional) con preguntas como:
  - > ¿Cuánto tiempo llevas actuando así?
  - > ¿Qué has conseguido hasta el momento?
  - > ¿Qué sientes cuando actúas así a corto plazo? ¿y a largo plazo?
  - > ¿Cómo crees que es cada vez tu vida, más grande o más pequeña?
- Metáforas (para tratar de enganchar al cliente con su vida) como el jardín, el león y la habitación, el chulo, el monje, los moscardones....
- Ejercicios experienciales como la lluvia de papeles, el folio en la cara, tarjetas de identidad, el funeral...

## 10. Métodos Clínicos (II)

- Con lo anterior se pretende:
  - > Alterar la fusión cognitiva o literalidad, generando o potenciando el yo como contexto
  - > Minimizar la dependencia destructiva de otras personas
  - > Minimizar las estrategias que lleva a luchas inefectivas del paciente y potenciarlas allá donde sea efectivos

## 11. Cuatro aspectos básicos a los que prestar atención por el terapeuta act

- Valores
  - > ¿Dónde está y dónde quiere estar?
- Exposición
  - > Para caminar en la dirección que elija ha de pasar contactando con los eventos privados temidos (desactivación del lenguaje)
- Desactivación de funciones y distanciamiento.
  - > Fomentando el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo
- Fortalecimiento
  - > La experiencia del cliente y su dolor son lo más valioso porque indican la dirección del trabajo en sesión. Él puede y siempre tomará una dirección, nunca el terapeuta por él

## 12. caso

- Persona recién diagnosticada de cáncer y no quiere pasar por la quimioterapia debido a los que le han contado y/o lo que ha interpretado de este tratamiento (aprendizaje relacional), por lo que la terapia iría encaminada a detectar lo que para la persona tiene importancia de su vida (valores) tratando de romper la literalidad de sus eventos (lo que siente cuando le dicen "cáncer" o "quimioterapia", esto es, desactivando sus funciones) para que haga el tratamiento (exposición) y a través del sufrimiento que implica la quimioterapia el cliente sienta que retoma su vida (fortalecimiento).
- Todo lo anterior mediante ejercicios experienciales y metáforas