

Proyecto Fin de Máster.
Intervención en cáncer:
Prevención y tratamiento

AUTORA: M^a ANGELES BERNAL FLORES

DIRECTORA: FRANCISCA LÓPEZ RÍOS

CONVOCATORIA: JUNIO 2011

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. ¿Qué es el cáncer?	4
2.1. Origen de la enfermedad.....	5
2.2. Posibles causas.....	5
2.3. Fases de la enfermedad.....	6
2.4. Tipos de cáncer.....	6
2.5. ¿Cómo se diagnóstica?.....	7
2.6. Tratamiento de cáncer.....	7
3. Cáncer y psicología	8
4. Servicios y programas de la AECC	9
4.1. Programas dirigidos a la prevención.....	10
4.2. Programas de apoyo y acompañamiento.....	10
4.2.1. Programa de Atención Psicológica.....	10
4.2.2 Alojamiento en residencias y pisos.....	11
4.2.3 Voluntariado.....	11
4.2.4 Programa Mucho por vivir.....	12
4.2.5 Inserción laboral.....	13
4.2.6 Cuidados paliativos.....	13
4.2.7 Atención psicológica tras la enfermedad.....	13
5. Prevención	14
5.1. Programa de deshabituación tabáquica.....	14
5.1.1 Evaluación.....	14

5.1.2 Intervención psicológica.....	15
5.2. Descripción de los participantes del grupo de deshabituación tabáquica.....	28
5.2.1. Participante 1. Descripción y evaluación.....	28
5.2.2. Participante 2. Descripción y evaluación.....	29
5.2.3. Resultados.....	30
5.2.4. Consideraciones a tener en cuenta.....	30
5.3. Prevención cáncer de mama.....	31
6. Tratamiento: Intervención psicológica hospitalaria.....	31
6.1. Diagnóstico de cáncer. Descripción psicológica.....	31
6.2. Evaluación.....	33
6.3. Intervención psicológica con pacientes oncológicos.....	33
6.3.1. Marco teórico de referencia.....	33
6.3.2 Intervención psicológica tras el diagnóstico de cáncer.....	35
6.3.2.1. Manejo de reacciones frente al cáncer.....	36
6.3.2.2. Comunicación del paciente con los familiares y el personal médico.....	37
6.3.3. Intervención psicológica durante el tratamiento.....	39
6.3.4. Intervención psicológica después del tratamiento.....	40
6.4. Tratamiento psicológico con familiares y amigos del paciente oncológico.....	42
6.4.1. Conspiración del silencio.....	44
6.5. Descripción de un caso clínico.....	46
7. Intervención psicológica en cuidados paliativos.....	51
7.1. Descripción de cuidados paliativos.....	51
7.2 Necesidades del paciente terminal e intervención familiar.....	52

<i>7.3. Síntomas más frecuentes de los pacientes de cuidados paliativos.....</i>	<i>54</i>
<i>7.3.1. Dolor.....</i>	<i>54</i>
<i>7.3.2 Astenia.....</i>	<i>55</i>
<i>7.3.3 Trastornos alimentarios (anorexia-caquexia).....</i>	<i>55</i>
<i>7.3.4 Agonía.....</i>	<i>57</i>
<i>7.3.5 Sedación Terminal.....</i>	<i>58</i>
<i>7.4. Intervención en duelo</i>	<i>59</i>
<i>8. Actividades realizadas en el Practicum.....</i>	<i>60</i>
<i>9. Discusión final.....</i>	<i>66</i>
<i>10. Bibliografía.....</i>	<i>67</i>

1. Introducción

En el presente trabajo se aborda la temática de la enfermedad de cáncer. Para ello, en primer lugar se lleva a cabo una revisión exhaustiva de la descripción de las *características de la enfermedad, los factores de riesgo asociados a la aparición de ésta, las fases de evolución, diagnóstico y tipos de cáncer*. Posteriormente, se ofrece detalladamente el **funcionamiento de la AECC** (Asociación Española Contra el Cáncer), donde queda reflejada la importancia de los programas que se realizan, tanto a nivel preventivo como de intervención psicológica, física y laboral; cuya misión principal es mejorar el proceso de la enfermedad, a través de la difusión de información a nivel individual y colectivo, y la mejora de la calidad de vida mediante el apoyo y acompañamiento a los pacientes oncológicos y de sus familiares o personas allegadas. Concretamente se profundiza, a **nivel preventivo**, en los programas de deshabituación tabáquica, y a **nivel de intervención psicológica**, en el tratamiento de los pacientes y familiares durante *el proceso de enfermedad* (diagnóstico, tratamiento médico, recidiva y curación) y en la *etapa terminal* (cuidados paliativos); quedando así reflejada la importancia que conlleva llevar a cabo una prevención y tratamientos adecuados, en la mejora del proceso de enfermedad experimentado tanto por el paciente como por los familiares/amigos. Finalmente, se realiza un breve resumen de las actividades realizadas en el Practicum, a partir de las cuales ha sido posible que la información proporcionada en este manual estén fundamentadas en una base tanto teórica como práctica, con el fin de poder ofrecer una visión más amplia de la prevención e intervención en la enfermedad de cáncer.

2. ¿Qué es el cáncer?

Nuestro organismo está constituido por un **conjunto de células** que se dividen periódicamente de forma regular con la finalidad de reemplazar las células envejecidas y muertas, de modo que así se mantiene el **funcionamiento correcto de los órganos** que residen en nuestro cuerpo. Esta división está regulada por una serie de **mecanismos de control** que indican a las células cuándo tienen que dividirse y cuándo deben permanecer estáticas. Cuando estos mecanismos se alteran en una célula y en las sucesivas se produce una división incontrolada, que puede dar lugar a un tumor o nódulo. Existen dos tipos de tumor: 1) el **tumor benigno**, ocurre cuando las células no invaden ni destruyen otros órganos) y 2) **tumor maligno o cáncer**, las células crecen

sin control, sufren nuevas alteraciones e invaden tejidos y órganos de alrededor (*infiltración*) y se trasladan y proliferan en otras partes del organismo (*metástasis*) (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990).

La evolución de cada cáncer dependerá de la interacción de **múltiples factores**, que dependen tanto del tumor como de las características del paciente.

2.1. Origen de la enfermedad

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerígenas (se multiplican descontroladamente e invaden tejidos y órganos) se denomina **carcinogénesis**. Ésta suele durar años y se produce en varias fases, estando asociada a la presencia o exposición de determinadas sustancias o agentes carcinógenos (radiaciones ultravioleta, asbesto, virus del papiloma humano...). De este modo, para que se produzca el cáncer, es necesario que se produzcan alteraciones en las células de forma acumulativa y continuada durante un largo periodo de tiempo, habitualmente en años (Lopez-Martinez, 2003).

2.2. Posibles causas

Existen determinados **factores de riesgo o agentes carcinógenos** asociados con el desarrollo de la enfermedad de cáncer, entre ellos nos encontramos los hábitos de vida de *fumar* (cáncer de pulmón, boca o de esófago...), el consumo excesivo de *alcohol* (cáncer de hígado, estómago...), *no realizar ejercicio físico*, y productos físicos (rayos x, rayos ultravioleta, radón), químicos (industriales) y biológicos (virus, bacterias y parásitos).

Aproximadamente el 75-80% de los cánceres están asociados a agentes externos, el 20-25% a mutaciones espontáneas o a algún factor no identificado y el 5-7% a predisposiciones genéticas, por lo que en la mayoría de ocasiones la persona puede modificar sus hábitos, impidiendo estar en contacto con estos agentes (Die-Trill, 2003).

Para que el cáncer se origine deben producirse de cuatro a seis mutaciones o alteraciones genéticas celulares, así que los factores de riesgo deben estar en contacto con el organismo durante un tiempo considerable (años).

2.3. Fases de la enfermedad

El proceso desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad termina de denomina **historia natural**.

La duración del proceso en los adultos depende del tipo de cáncer, oscilando entre meses y décadas. En los niños el proceso es mucho más rápido, ya que las células son más inmaduras y se dividen y multiplican con mayor rapidez, de modo que el desarrollo y evolución del tumor ocurre en un tiempo más corto.

Primera etapa (**inducción**). Se produce la multiplicación descontrolada e invasión de las células, puede durar hasta 30 años y no es diagnosticable ni produce sintomatología.

Segunda etapa ("**in situ**"). Existe una lesión en el tejido donde se ha originado, puede durar entre 5 y 10 años, no apareciendo tampoco síntomas o molestias. En algunos casos, la enfermedad se puede detectar precozmente (cáncer de mama, cuello uterino o colon).

Tercera etapa (**invasión local**). La lesión se extiende e invade tejidos u órganos adyacentes, suele durar entre 1 y 5 años, dependiendo los síntomas del tipo de cáncer, su crecimiento y localización.

Última etapa (**invasión a distancia**). Aparecen lesiones tumorales a distancia (*metástasis*). La sintomatología es compleja, dependiendo del tipo de tumor, localización y extensión de las metástasis.

2.4. Tipos de cáncer

Existen distintos tipos de cáncer, denominándose respectivamente:

Carcinoma. Tumor maligno que se origina en la capa que recubre los órganos (células epiteliales). Constituye gran parte de los casos detectados como tumores cancerosos.

Sarcoma. Tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos (cartílagos, grasa, músculos o huesos).

Leucemia. Se conoce como cáncer de la sangre, ya que las personas afectadas presentan un aumento notable en el nivel de glóbulos blancos o leucocitos (células presentes en la

sangre que nos defienden de las infecciones). No existe un tumor en sí, sino que son afectadas la sangre y la médula ósea (zona interna de los huesos encargada de originar las células sanguíneas).

Linfoma. Cáncer del sistema linfático (ganglios y vasos finos que combaten las infecciones), afecta concretamente a los linfocitos (grupo de glóbulos blancos).

2.5. ¿Cómo se diagnóstica?

En primer lugar, el médico elabora una historia clínica, donde se incluyen los **antecedentes familiares y personales** del paciente y sus **hábitos de vida**; realizando a continuación una **exploración física**. En función a los resultados obtenidos, el médico propondrá la realización o no de una serie de pruebas (*analíticas, de imagen y de tejidos*). En el caso de estudio de tejidos, se toma una muestra del tumor (*biopsia*) para confirmar la existencia o no de un posible cáncer y las células que lo componen (*estudio anatomopatológico*). Así, se determinan de qué tejidos y células proviene el tumor y las características de las mismas, favoreciendo la elección de tratamiento más adecuado en cada caso.

2.6. Tratamiento de cáncer

El tratamiento tiene un carácter **multidisciplinar**, de modo que permita aumentar las posibilidades de curación de la enfermedad. Para dicho tratamiento se siguen unos **protocolos** (normas y planes de tratamiento), que son establecidos por la experiencia científica disponible. Estos protocolos se basan en: 1) **tumor** (tipo, localización y tamaño, afectación de ganglios y otros órganos) y 2) **paciente** (edad, estado de salud, otras enfermedades y deseos del paciente). Los tratamientos más habituales son: *cirugía, radioterapia y quimioterapia*.

Cirugía. Se produce en tumores que no se han extendido a otros tejidos, consistiendo en la eliminación del tumor con la mayor cantidad de tejido sano de alrededor para eliminar todas las células tumorales, conservando en la mayoría de las veces el órgano y su función.

Radioterapia. Suele ser muy utilizada, administrándose asociada a otras terapias (cirugía y/o quimioterapia) o como tratamiento único. Este tratamiento es siempre individualizado, dependiendo de las características del paciente.

Quimioterapia. Es una de las modalidades más empleada, siendo su objetivo destruir las células que componen el tumor, a partir del empleo de una variedad de fármacos (antineoplásicos o quimioterápicos), que se administran en una serie de ciclos (uno o varios días seguidos de varias semanas de descanso).

Tras el tratamiento el tumor puede desaparecer parcialmente (**remisión parcial**) o completamente (**remisión total**), durando ésta semanas o años (donde puede considerarse como curación).

También puede ocurrir, tras un periodo largo de ausencia de la enfermedad, la reaparición del tumor maligno (**recidiva**), ocurriendo en el mismo lugar que anteriormente (*locorregional*) o en un nuevo órgano (*metástasis*). Su gravedad dependerá del tipo de tumor, la aparición, extensión y tiempo de evolución. Se lleva a cabo un nuevo tratamiento diferente al anterior, teniéndose en cuenta: *lugar de la recidiva, extensión, tiempo de evolución, tratamiento anterior y decisión del paciente/familiares.*

Hay que tener en cuenta que es una **situación difícil** para el paciente, ya que le supone enfrentarse de nuevo a la enfermedad, aunque hoy en día, suele existir *bastante éxito* a la hora de controlar la enfermedad en un porcentaje importante de casos.

En los casos en los que la enfermedad oncológica esté avanzada, sea progresiva e irreversible, no suelen ser eficaces los tratamientos empleados habitualmente, produciéndose síntomas que provocan el malestar del enfermo y que disminuyen su calidad de vida y de sus familiares. En estos casos, suelen actuar los **cuidados paliativos o medicina paliativa**.

3. Cáncer y psicología

La presencia de psicólogos en el mundo de la Oncología se ha aumentando desde la década de los 70 en EE.UU y en los últimos años en Europa y España. Este nuevo enfoque surge de la necesidad de dar **apoyo psico-emocional** a todas las personas afectadas por la enfermedad. Hasta la llegada de psicólogos formados para desarrollar ésta labor específica, médicos, personal de enfermería, personal no facultativo y voluntarios se encargaban (de hecho todavía se encargan) de cubrir las *necesidades de los pacientes* (Hernández, Cruzado, y Arana, 2007).

J.C. Holland describe las dos grandes dimensiones psicológicas en las que debe incidir la Psico-Oncología: 1) **atender a la respuesta emocional** de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (psicosocial) y 2) **detectar e intervenir** en aquellos factores psicológicos, de comportamiento, y aspectos sociales que puedan influir en la *mortalidad* (supervivencia) y *morbilidad* (calidad de vida) de los pacientes con cáncer.

En esta labor están contribuyendo los hospitales (personal sanitario y voluntariado), la familia y la sociedad en general.

La **psicoterapia** y un amplio espectro de **intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales, comportamentales y psicoeducacionales** han demostrado ser efectivas para cubrir las necesidades de los pacientes. Así, a través de numerosos estudios se ha comprobado la problemática presente en los pacientes oncológicos, donde suelen aparecer diversos *trastornos psicológicos* (ansiedad y depresión), altos niveles de *sufrimiento, malestar somático y deterioro psicosocial* y de la *imagen corporal*. Así, es de vital importancia una adecuada **detección y tratamiento**, puesto que los pacientes oncológicos precisan de mayores *servicios médicos*, tienen más dificultad a la hora de *tomar decisiones*, mantienen menor *adherencia al tratamiento*, están menos satisfechos con la *labor médica*, presentan *peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida y menor longevidad*. La incidencia de los tratamientos con respecto a la supervivencia no han sido corroborados, pero si es significativa la **reducción de síntomas, la mejora del afrontamiento de la enfermedad y tratamientos y la mayor calidad de vida**. (Sanz y Modolelle, 2004).

4. Servicios y programas de la AECC (Asociación Española Contra el Cáncer).

La Asociación Española Contra el Cáncer es una ONG de carácter benéfico asistencial, constituida el 5 de marzo de 1953 con el propósito de luchar contra el cáncer en todas las modalidades conocidas y por conocer. En 1966 fue inscrita en el registro Nacional de Asociaciones y en 1970 fue declarada de “Utilidad Pública” por acuerdo del Consejo de Ministros del día 24 de Abril de dicho año. Hoy en día, su sede central reside en Madrid, desarrollando su actividad en toda España gracias a sus 52 Juntas Provinciales, representadas en más de 2.000 localidades del país.

Su **misión principal** es luchar contra el cáncer, disminuyendo el impacto causado por la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas; cuyos **valores**

residen en: *unidad y cohesión, profesionalidad e integridad, responsabilidad y compromiso, eficiencia, vocación de ayuda y servicio, dinamismo, transparencia e independencia*. Éstos son traducidos en los siguientes **objetivos**: *informar y concienciar sobre el cáncer, apoyar y acompañar a las personas enfermas y sus familias, promover la investigación contra el cáncer, movilizar la sociedad e influir para lograr mejoras duraderas en la prevención y control de la enfermedad y en la asistencia oncológica.*

4.1. Programas dirigidos a la prevención

La prevención constituye las acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la *incidencia* y la *mortandad* debida a la enfermedad del cáncer.

En la AECC se realizan fundamentalmente, dos tipos de prevenciones, el **programa de deshabituación tabáquica** (prevención primaria) y la **realización de mamografías** (prevención secundaria).

4.2. Programas de apoyo y acompañamiento

Estos programas tienen como objetivo principal ofrecer estrategias para afrontar las consecuencias *emocionales, socio-económicas y laborales* a los pacientes oncológicos y a sus familiares, derivados de la enfermedad y del tratamiento, mejorando así su **calidad de vida**.

4.2.1. Programa de Atención Psicológica.

Es un servicio gratuito ofrecido a los pacientes oncológicos y a sus familiares, a través de los que pueden ser escuchados y comprendidos, a la vez que **desarrollan recursos** que le permitan hacer frente a situaciones nuevas y complejas que se les va a presentar tras recibir el diagnóstico. De este modo, se pretende abarcar tres aspectos fundamentales: 1) resolver los **trastornos psicológicos** aparecidos durante y tras el proceso de enfermedad, 2) asesorar y entrenar el **control de estrés, resolución de problemas y afrontamiento** de situaciones difíciles y 3) fomentar **estrategias** para establecer y mejorar la *relación terapéutica* y la *comunicación* establecida entre los profesionales sanitarios y los enfermos y familiares.

Dependiendo de los objetivos que se quieran lograr en cada caso, se dispone de tres líneas de actuación: 1) **servicio de asesoramiento** (sesiones informativas, de orientación y apoyo emocional ante la toma de decisiones respecto determinadas

situaciones que exigen un intervención inmediata), 2) **terapia psicológica individual** (sesiones con visitas semanales, cuyo objetivo es el tratamiento de trastornos psicológicos, fundamentalmente ansiedad y depresión) y 3) **terapia psicológica grupal** (aborda aspectos relacionados con la enfermedad a través de diferentes intervenciones grupales que, en función de la temática, adoptan un carácter informativo o terapéutico).

Estas intervenciones se llevan a cabo, tanto en el Hospital Torrecárdenas, como en la sede de la AECC y en visitas domiciliarias.

4.2.2. Alojamiento en residencias y pisos

Se dispone de **residencias y pisos de acogida** con el objetivo de **acoger al enfermo de cáncer y familiares** que tienen dificultades de desplazamiento desde su lugar de residencia para recibir tratamiento, siendo éste de larga duración y que **le exigen estar fuera de su domicilio habitual** durante largos periodos de tiempo. Los servicios consisten en: 1) **alojamiento para enfermos** (niños y adultos) y sus **familiares**, 2) **atención psicológica** por un equipo de psicólogos especializados en cáncer, 3) **atención social** por un equipo de trabajadores sociales, 4) **apoyo** a través del voluntariado, 5) actividades formativas a través del apoyo escolar a los niños y 6) **actividades lúdicas y talleres**.

4.2.3. Voluntariado

Es un servicio dirigido al paciente oncológico y sus familiares para atender necesidades de **compañía, apoyo social y emocional**. Los voluntarios son *seleccionados rigurosamente* a través de la realización de una entrevista llevada a cabo por la psicóloga encargada, *formación continua teórico-práctica* de los recursos de los que deben disponer para realizar correctamente el acompañamiento tanto a pacientes como a familiares (asertividad, habilidades sociales, observación, comunicación, escucha activa, empatía, resolución de conflictos, toma de decisiones, trabajo en grupo y reforzamiento positivo), y *seguimiento* llevado a cabo por la psicóloga con el fin de mejorar la labor realizada.

Los **servicios ofrecidos** a los pacientes son: 1) **acompañamiento** en el hospital o domicilio, 2) **acompañamiento** a consultas médicas, tratamientos, recados o gestiones, 3) **escucha activa** e 4) **información** sobre los servicios de la AECC.

Los servicios ofrecidos a los familiares son: 1) **relevo en el acompañamiento** del enfermo en el hospital o en el domicilio, 2) **ayuda en la realización de gestiones**, 3) escucha activa e 4) **información** sobre los servicios de la AECC.

Los tipos de voluntariado más relevantes son el de tipo **hospitalario** y de **domicilio**.

4.2.4. Programa Mucho por vivir

Es un programa dirigido a las mujeres con **cáncer de mama**, cuyos objetivos son: 1) mejorar la **calidad de vida** de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, 2) **minimizar las alteraciones emocionales** derivadas del proceso de enfermedad y/o tratamiento, así como contribuir a recuperar el nivel de funcionamiento personal (psicológico, familiar y social) previo a la enfermedad, 3) favorecer la **integración social** de la mujer en su entorno inmediato, 4) recuperar la **funcionalidad del brazo** afectado por la cirugía, previniendo o reduciendo la progresión del linfedema, 5) promover la puesta en marcha de **estrategias de afrontamiento activo**, 6) orientar a la mujer en la **búsqueda de recursos sociales** (públicos y privados), 7) favorecer el **asociacionismo, la autoayuda y la participación** y 8) facilitar la reincorporación al **mundo laboral**.

Los servicios ofrecidos por el programa son los siguientes: 1) **intervención psicológica individual**, 2) **intervención psicológica en grupo** (promueve cambios en las actitudes, conductas, emociones y hábitos a través del intercambio de experiencias, el autoconocimiento y apoyo mutuo; se abordan aspectos como el estado de ánimo, ansiedad y estrés, autoestima, imagen corporal, sexualidad, comunicación y familia), 3) **intervención social** (cuya finalidad es prestar apoyo social a las mujeres y familiares proporcionando un servicio de *información, orientación y asesoramiento* que sirva como referencia y modelo a las mujeres, así como dotar a la familia de recursos para hacer frente a los problemas sociales derivados del proceso de enfermedad y/o tratamiento), 4) **actividades de ocio y tiempo libre** (manualidades, clases de danza, actividades formativas, demostraciones prácticas sobre distintos tipos de prótesis y bañadores, actividades de tipo recreativo, talleres formativos u ocupacionales...), 5) **prevención y rehabilitación del linfedema** (tratamiento eficaz para contener la progresión del mismo, que les permite recuperar gran parte de la funcionalidad de la extremidad afectada, favoreciendo la adaptación a este trastorno, y de esta forma

mejorar su calidad de vida), 6) **voluntariado testimonial** (posibilidad de conocer a otra mujer que ha pasado por una experiencia similar y poder compartir sus dudas e inquietudes aprendiendo de este modo estrategias de afrontamiento a su nueva situación).

4.2.5. Inserción laboral

Debido a las repercusiones derivadas del cáncer se hace necesaria la **rehabilitación integral** de los pacientes a **nivel laboral**, de este modo, se ofrecen diferentes acciones para facilitar la inserción laboral de los pacientes de cáncer, estando enfocadas hacia la *orientación, formación y mediación* de los pacientes, mediante la *promoción* y desarrollo de la *habilidades de búsqueda de empleo, formación, información y asesoramiento*. Además de que, a través de la sensibilización del empresariado y de la sociedad en su conjunto, se pretende contribuir a facilitar la inserción laboral de los afectados.

4.2.6. Cuidados paliativos

El objetivo principal es la **atención específica, activa e integral** que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus **necesidades**.

Durante este periodo, los **síntomas** del paciente le pueden provocar un gran **malestar**, tanto a él como a sus familiares. Por ello, es fundamental ofrecer el **apoyo emocional** necesario, para promover el **bienestar** y la mejora de la **calidad de vida**.

Los cuidados paliativos pretenden: 1) **disminuir el sufrimiento** del enfermo y su familia, 2) **mejorar la calidad de vida** del enfermo y la familia, 3) fomentar la **autonomía** del enfermo, 4) potenciar la **participación activa de la familia** haciéndola sentir útil y dándole recursos para hacer frente y controlar situaciones difíciles que pueden presentarse y 5) ayudar a los familiares a elaborar su **duelo** antes y después del fallecimiento del ser querido.

4.2.7. Atención psicológica tras la enfermedad

En ocasiones, finalmente suele producirse el duelo, de modo que los familiares pueden sentir y comportarse de un modo diferente, llegando incluso a dificultar la

realización de la actividades diarias. Por ello, se ofrece atención psicológica a los familiares, para elaborar el **duelo** y elaborar **estrategias** para hacer frente a la pérdida.

Los servicios disponibles, al igual que en la intervención psicológica realizada durante la enfermedad, son los siguientes: 1) **servicio de asesoramiento** (sesiones informativas, de orientación y apoyo emocional ante la toma de decisiones respecto determinadas situaciones que exigen una intervención inmediata), 2) **terapia psicológica individual** (sesiones con visitas semanales, cuyo objetivo es el tratamiento de trastornos psicológicos, fundamentalmente ansiedad y depresión) y 3) **terapia psicológica grupal** (aborda aspectos relacionados con la enfermedad a través de diferentes intervenciones grupales que, en función de la temática, adoptan un carácter informativo o terapéutico).

5. Prevención

A continuación, se describe el programa de deshabituación tabáquica que ha sido aplicado en a la AECC de la sede situada en la provincia de Almería.

5.1. Programa de deshabituación tabáquica

Con el objetivo de elaborar un protocolo de intervención en fumadores, se establece un grupo de trabajo dentro del Comité SEPAR-AECC, donde que se contemplan tanto pautas farmacológicas como psicológicas. Así se ha elaborado un programa en el que se contemplan tanto las técnicas farmacológicas como las psicológicas de forma protocolizada, para lo que se han tenido en cuenta en todo momento estudios referenciados científicamente y la experiencia de las entidades implicadas, además de contar con la colaboración de psicólogos y médicos con dilatada experiencia en el campo de la deshabituación tabáquica (Alonso, 1998).

5.1.1 Evaluación

El procedimiento de evaluación se lleva a cabo mediante la realización de una entrevista semi-estructurada y la administración de una serie de cuestionarios.

ANEXO 1-9

5.1.2 Intervención psicológica

▣ Sesión 1

Información inicial sobre el tratamiento: estableciendo el contexto de trabajo

Deposito monetario

El deposito monetario es empleado como una herramienta terapéutica que fomenta la *adherencia al tratamiento* (asistencia, puntualidad y valoración del propio proceso terapéutico), por ello es importante plantearlo abiertamente a los participantes del programa.

Compromiso personal en el proceso

El compromiso tiene que ser absolutamente personal, donde el participante siga un **procedimiento y se implique** en su propio proceso. Este compromiso incluye asistir a las reuniones, llevar a cabo las tareas y estar dispuesto a esforzarse y trabajar al máximo con el fin de conseguir su meta. También es importante la asistencia y puntualidad, además de un trabajo constante día a día, pues esto define la dirección y el sitio hacia el que se dirige el participante.

ANEXO 3

Definir el rol de los terapeutas

El terapeuta define su rol en el grupo, que consiste en poner a disposición de los participantes algunas herramientas de demostrada eficacia que han sido útiles para determinadas personas y en ningún caso trata de **convencer o dirigirlos**, pues finalmente son los participantes lo que **valorarán** si quieren seguir este método u otro. En resumen, el terapeuta busca las herramientas que más se ajusten a las **necesidades** de los participantes y **tareas alternativas** en el caso de que las indicaciones previas no sean útiles para éstos. Finalmente, es importante que el terapeuta enfatice que los resultados obtenidos van a depender del *comportamiento, esfuerzo y constancia* de cada participante, no existiendo fórmulas mágicas que realicen el trabajo por él.

Balance decisional (trabajando con valores y barreras)

Se entrega a los participantes una hoja para que reflexionen sobre los **valores y barreras** que pueden surgir durante el proceso de dejar de fumar. Aquí se pretende recoger información sobre sus *motivos* para dejar de fumar, *qué quieren conseguir* actuando de este modo y qué *barreras* se van a encontrar en dicho proceso.

Es importante que los participantes contacten con los valores que le dirigen en el proceso de dejar de fumar, y por otra parte, dar cabida y contactar con las barreras y el malestar que aparecerán durante el proceso.

ANEXO 10

Registro Funcional del Hábito

El terapeuta indica que rellenarán este registro diariamente, entregándoselo la siguiente sesión.

ANEXO 11

● **Sesión 2**

Revisión del registro y devolución del informe de evaluación

Puesta en común del registro de consumo realizado a lo largo de la semana.

El terapeuta entrega a los participantes un **informe** donde quedan reflejados los aspectos más relevantes obtenidos en el proceso de evaluación.

Trabajo con valores y barreras

El terapeuta invita a que los participantes compartan en grupo los valores y barreras con las que han contactado durante el tiempo transcurrido, donde puede confrontar la discrepancia existente entre su **comportamiento actual** y lo que **quieren**

conseguir, haciéndoles conscientes de este modo, de las **consecuencias** de su comportamiento y de la **necesidad de cambio**.

Es importante que los participantes asuman las barreras existentes y el malestar que puede llevar el proceso de dejar de fumar, **no luchando** contra éstas, sino que su comportamiento vaya **orientado hacia sus valores**.

La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán

Esta técnica fue desarrollada por Fox y Brown (1979). Implica un proceso paulatino semanal de **reducción de nicotina y alquitrán** a través del cambio de marca, siendo su línea base del 30%, 60% y 90%.

La otra opción existente es la realización de **reducción de número de cigarrillos** de modo semanal, donde es fundamental controlar este proceso, pues los cigarrillos que quedan van adquiriendo un poder más *reforzante*. De este modo, se parte de la línea base de los cigarrillos consumidos por cada participante, para ir reduciendo el consumo progresivamente.

Cigarrillos/día (reducción semanal)
50
40
35
30
25
20
15
12
10
8
6
4
2

Reducción del consumo. Presentación y explicación de reglas para el control de estímulos externos

El objetivo es que el fumador a lo largo de la semana vaya consiguiendo un cierto **autocontrol** de su comportamiento sobre el tabaco. De este modo, además de conseguir la reducción del consumo podrá experimentar en situaciones concretas las **barreras** que aparecerán durante el proceso. Para ello, el terapeuta indica una serie de **consejos o alternativas** que pueden adoptar los participantes en su estilo de vida.

- Esperar un poco antes de fumar cada cigarrillo (mínimo dos minutos).
- Aumentar los períodos de tiempo entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo.
- Después de comer o de cenar esperar entre 5 y 10 minutos antes de fumar.
- Fumar únicamente sus cigarrillos y rechazar los que le ofrezcan.
- Cambiar de marca de cigarrillos (a una que no le guste demasiado y/o que sea baja en nicotina).
- Comprar las cajetillas de una en una y hacerlo sólo cuando se le haya acabado por completo.
- Fumar únicamente en horas pares o impares.
- Fumar sólo la primera mitad del cigarrillo.
- Colocar el tabaco en sitios de difícil acceso y que no estén a la vista.
- Fumar con la otra mano.
- Elegir ambientes en lo que no se fume y no haya humo.

Registro de frecuencia de consumo (idem a la sesión anterior).

Estrategias para el control estimular

El terapeuta da una serie de estrategias acerca de la **alimentación**, como las que se mencionan a continuación:

- Fijar una hora determinada para comer siempre.

- Cuando se pique entre horas se utilizará alimentos bajos en calorías.
- Si se realizan actividades mientras se come puede que no se dé cuenta de lo que consume.
- Distribuir la comida en cinco tomas diarias y al principio comenzar por una ensalada.
- Utilizar platos pequeños para que parezca que hay mayor cantidad de comida.
- Servirse una sola vez.
- Comer en plato propio.
- Después de comer limpiar la mesa y los platos.
- Masticar despacio y comer alimentos que requieran menor cantidad de ingesta.
- Beber agua antes de comer mejor que comiendo.
- Hacer la compra con el “estomago lleno”, fijándose en las etiquetas de los alimentos y que sean frescos.
- Tener planificado lo que va a comer, utilizar poca sal, poca grasa y azucar.
- En los restaurantes tener cuidado con los alimentos ricos en grasas, con los postres y el pan.

● **Sesión 3**

Entrenamiento en respiración diafragmática

Esta técnica es empleada como una herramienta que facilita que los participantes **afronten** el proceso de abandono del consumo con un **nivel menor de activación general**, tanto a nivel fisiológico como cognitivo. Siendo el objetivo principal que la persona aprenda a dirigir el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones, practicando de tres a cinco veces al día dicha técnica.

Explicación y normas de higiene del sueño

Se considera importante que los participantes mantengan una **adecuada higiene del sueño**, pues la privación de horas de sueño afecta negativamente a los sistemas

fisiológicos, impiden que el organismo controle la energía y restaure los procesos deteriorados por las actividades diurnas.

Algunas de las normas son las siguientes:

- Mantener un horario regular a la hora de levantarse y acostarse.
- Practicar ejercicio regularmente.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Evitar el consumo de estimulantes.
- Tomar cenas ligeras.
- Tomar un baño caliente media hora antes de acostarse.
- Mejorar las condiciones ambientales del cuarto de dormir.
- Relajarse, no tratando de forzar el sueño.
- Restricción del sueño. Acortar el tiempo de cama al tiempo real de sueño.
- Después de 30 minutos en la cama sin conciliar el sueño es preferible levantarse.
- No tomar medicamentos contra el insomnio por iniciativa propia.

Reducción de cigarrillos (cuadro de la sesión anterior)

▣ **Sesión 4**

Trabajo con valores y barreras

Es fundamental que los participantes asuman las **reacciones psicológicas** derivadas del deseo de fumar, pues a pesar de que las reacciones fisiológicas sí están más o menos controladas mediante este método de reducción progresiva, las reacciones psicológicas sí aparecen. Por ello, tienen que estar dispuestos a notar las reacciones negativas existentes (malestar) con el fin de conseguir su **meta** y de dirigirse hacia sus **valores**.

Explicación de la curva del deseo. El control como problema

El objetivo principal es explicar a través de un gráfico el deseo de fumar, para que los participantes puedan identificarlo, con los **pensamientos** y **emociones** que lo acompañan. También, es fundamental que conozcan que en estos momentos pueden tener deseos de fumar y que **intentar controlarlos** puede ocasionar un problema en vez de una solución. De este modo, el deseo de fumar o **craving** es uno de los síntomas que suelen provocar más malestar durante las primeras semanas sin fumar, durando éste unos dos o tres minutos, y pasado este tiempo puede que vuelva a repetirse. El impulso de fumar suele aparecer más frecuentemente *durante los primeros días* y después va disminuyendo progresivamente.

Instrucciones para el día D

El terapeuta explica las recomendaciones más relevantes: 1) incidir en la importancia de **eliminar estímulos desencadenantes** del deseo (cigarrillos, mecheros, ceniceros), 2) plantearse los **objetivos a corto plazo** (“hoy no fumo”), 3) **no discutir el deseo** (viene y va como las olas), 4) **reforzar el compromiso y la red social** (comunicar la decisión con las personas más cercanas) y 5) **reforzar los logros** (premios).

Normas para prevenir el estreñimiento

- Tomar todos los días verduras, beber abundante agua y tomar una dieta rica en fibra.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Mantener un horario regular para ir al servicio. No usar laxantes si no lo recomienda el médico.
- Hacer ejercicio regularmente.

▣ Sesión 5

Análisis y puesta en común de situaciones en las que ha aparecido una necesidad urgente de fumar

El grupo pone en común las experiencias donde han sentido deseos de fumar y el terapeuta les guía para que continúen contactando con esta experiencia **sin intentar luchar** contra ella.

Explicación del proceso de recaída. Modelo teórico de prevención de recaídas de M.A. Marlatt. Diferencias entre caída y recaída

El programa de prevención de recaída tiene el fin de ayudar a los individuos a **anticipar y afrontar los problemas de recaída** en el cambio de las conductas adictivas, mediante el fomento del **autocontrol**. Se fundamenta en la teoría del **aprendizaje social** y combina componentes **conductuales y cognitivos**, con el fin de mantener el **cambio conductual**.

El modelo parte de la premisa de que el individuo experimenta **sensación de control** mientras se mantiene abstinentemente, experimentando esta sensación conforme más tiempo dure esta abstinencia. Esta sensación cambia cuando se encuentra ante una **situación de alto riesgo** que supone amenaza para el individuo (estados emocionales negativos, conflictos interpersonales, presión social...), de modo que si la persona afronta eficazmente la situación la probabilidad de recaída disminuye de forma significativa. Por otro lado, si se produce una recaída, se produce el **efecto de violación de la abstinencia (EVA)**, caracterizado por: 1) **disonancia cognitiva** (se genera malestar y culpa, apareciendo pensamientos negativos) y 2) **efecto de atribución** (si sus atribuciones son internas experimentará sensaciones de indefensión; si sus atribuciones son externas la situación la considerará como transitoria). Para esta situación es mejor considerar que se ha producido una **caída** (desliz) que una **recaída** (proceso continuo).

Fomentar el mantenimiento de la abstinencia. Trabajar ideas erróneas sobre el proceso de recaída.

1) Importancia de la práctica en el proceso de recaída.

El terapeuta incide en que el hecho de mantenerse sin fumar es un proceso largo, donde los **pasos que vayan dando cada día** son fundamentales para conseguir su objetivo, por ello, el malestar experimentado tiene un sentido que va en dirección a los valores de los participantes.

2) “Recaer o no mantener los propósitos” no es signo de patología o debilidad.

La recaída es considerada como un **proceso normal**, que más que considerarse un fracaso, aporta la oportunidad de **aprender**.

3) La recaída o incumplimiento del propósito de no fumar” no es suceso imprevisto y repentino.

La recaída es considerada como un proceso que va desde un estado de **abstinencia sostenida** hasta el **consumo** o adicción activa, ocurriendo a lo largo del tiempo y con la presencia de una serie de síntomas (antiguos patrones de pensamientos y sentimientos). Por ello, es importante propiciar la discusión en el grupo de que se comienza a mostrar síntomas de una recaída mucho antes de que se produzca el consumo, ya que detectando estas señales podemos prevenirla.

3.1) Señales de alerta

Algunas de estas señales son las siguientes:

- Aparición de *pensamientos repetitivos* con respecto al consumo.
- Actitud de *desafío* con respecto al plan de recuperación.
- *Descuidar* el plan de tratamiento.
- Sentimientos de *frustración y/o impaciencia* porque el deseo y necesidad de fumar no desaparece tan rápido como quisiera.
- *Irritabilidad* sin causa aparente.
- *Obsesión* con la imagen o consecuencias derivadas del tratamiento.
- Sentimientos de *depresión y ansiedad* flotantes.
- *Discusiones* frecuentes en el hogar y familia.
- *Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar*.

▣ Sesión 6

Profundizar en la diferencia entre “caída” y “recaída” a través de las fantasías de recaída.

Se solicita a un miembro del grupo que imagine **cómo podría ser su vuelta al consumo de tabaco**, una vez que ha imaginado la secuencia, el terapeuta incide en que ante esta situación hay dos posibilidades, continuar fumando o no hacerlo, asumiendo las **consecuencias** derivadas de su elección. Así se profundiza en la idea de que la persona siempre puede elegir entre fumar y seguir la abstinencia, y que si se produce una caída o recaída puede seguir aprendiendo de las situaciones. Se puede repetir el ejercicio con la modalidad de que optase por no fumar.

Modelo teórico de Bandura (1977, 1982)

Conforme a esta teoría, la **motivación humana** y la **conducta** están reguladas por: 1) las **expectativas de situación** (creencia de que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal), 2) las **expectativas de resultados** y 3) las expectativas de **autoeficacia o eficacia percibida** (creencia que tiene una persona de poseer las capacidades necesarias para obtener los resultados deseados).

La autoeficacia influye en los sentimientos, pensamientos y comportamientos de las personas, determinando sus *decisiones, el esfuerzo y el tiempo* que llevan a cabo una determinada acción.

Explicar la importancia de la percepción de eficacia ante posibles situaciones de riesgo. Devolver a los miembros del grupo las puntuaciones obtenidas en la *Escala de autoeficacia/tentaciones*.

Partiendo del modelo anterior, se analiza en grupo la Escala de autoeficacia/tentaciones y se valoran las puntuaciones obtenidas. A través de las experiencias personales de los participantes, el terapeuta explica la importancia de las **expectativas de eficacia** para mantenerse abstinentes en dichas situaciones y estar vigilantes en las situaciones donde las puntuaciones son menores.

Trabajar la autoeficacia a través del “autorregistro de deseo durante la abstinencia”.

El terapeuta explica que se trabajarán sus expectativas de eficacia ante posibles situaciones de riesgo, a lo largo de la semana, a través del *registro del deseo*. Así, se registran las situaciones de riesgo (internas y externas), el grado de deseo, la estrategia

que usa para controlarlo y el valor que da a su comportamiento para resistir el deseo (1 a 10).

Otra opción es que el terapeuta explique la importancia de que a lo largo de la semana valoren sus *estados emocionales y su relación con el deseo de fumar*.

ANEXO 8

☐ **Sesión 7**

Revisión del estado de los sujetos respecto al consumo

El terapeuta indaga si los participantes han fumado durante este último periodo y si se han mantenido abstinentes. Para ello, es importante que recuerde la diferencia entre caída y **recaída** (incidiendo en que el hecho de continuar con el tratamiento es un buen pronóstico, además de formular nuevamente el compromiso y la lista de valores y barreras), y que refuerce positivamente el comportamiento mantenido tanto si no se ha producido consumo, como si se ha producido una **caída** y se sigue manteniendo el compromiso y el propósito de dejar de fumar.

Revisión del “autorregistro de deseo durante la abstinencia”.

Si el terapeuta opta por la elección de que los participantes realicen el *autorregistro*, los recoge e incide en los siguientes aspectos: 1) cada situación es una **prueba de realidad** que muestra la **eficacia** para afrontar situaciones de deseo intenso, enfatizando que a pesar de la dificultad se ha mantenido fiel a su propósito de continuar fumando, 2) a medida que vamos pasando por más situaciones, vamos adquiriendo **mayores destrezas** para mantener la abstinencia, y 3) se determinan los **estados emocionales** que predominan en las situaciones en las que se encuentra el participante y que **estrategias** utiliza para controlar el deseo.

En el caso de que no se opte por la realización del registro, el terapeuta inicia una ronda de preguntas sobre las **emociones** que han experimentado a lo largo de la semana.

Trabajar con las emociones.

Es importante trabajar con las emociones para lograr el **mantenimiento de la abstinencia del consumo del tabaco**. Para ello, se tienen en cuenta los siguientes supuestos:

- Las emociones son *inherentes* al ser humano, tanto las positivas como las negativas, cumpliendo funciones importantes para la *supervivencia*.
- Todas las emociones son *legítimas*, no pudiendo ser *desconectadas o evitadas*.
- Podemos aprender a manejar nuestros estados emocionales, trabajando ciertas *habilidades emocionales*.

Modelo teórico de Inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997).

Este modelo parte de la idea de que la **combinación conjunta del sistema emocional y cognitivo** favorece un **procesamiento de la información más exacto y adaptativo** de la realidad.

El modelo propone cuatro habilidades básicas: 1) **Percepción, evaluación y expresión de emociones** (identificación de los estados emocionales, estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas, tanto de uno mismo como de los demás; además de expresar las emociones oportunas en el momento apropiado), 2) **asimilación o facilitación emocional** (tener en cuenta las emociones en la resolución de problemas), 3) **comprensión y análisis de las emociones** (etiquetar emociones, conocer sus causas y consecuencias de nuestras acciones) y 4) **regulación emocional** (regulación de las emociones propias y de los demás, la capacidad de estar abierto para las emociones que ocurran y utilizar la información que nos sea más útil, y moderar las emociones negativas e intensificar las positivas).

▣ **Sesión 8**

Revisión del estado de los sujetos respecto al consumo.

(Idem a la sesión anterior).

Revisión del “autorregistro de deseo durante la abstinencia”.

Idem a la sesión anterior. Se añade la realización de ejercicios de **role-playing** sobre la expresión emocional y el terapeuta solicita que los participantes preparen un ejercicio de **expresión emocional** para la siguiente sesión.

Trabajar con las emociones positivas.

El terapeuta explica la normalidad de que los participantes se puedan sentir “vacíos” ante la pérdida temporal de satisfacciones debido a no consumir tabaco, por ello, es importante que **busquen nuevas situaciones que le produzcan satisfacción**, tanto para cambiar las que hemos perdido como para que se den cuenta de que hay cosas que son muy positivas y que nunca se han percatado de ello.

Fomentar la autorreflexión sobre bienestar emocional.

Los participantes reflexionan sobre sus experiencias emocionales y la forma en que son capaces de **identificarlas, expresarlas y afrontarlas**.

▣ **Sesión 9**

Revisión del estado de los sujetos con respecto al consumo.

(Idem a la sesión anterior).

Revisión del ejercicio de expresión emocional.

Se lleva a cabo el siguiente proceso, tanto a nivel individual como en grupo, con ayuda del terapeuta: 1) el participante **narra** o lee el ejercicio de expresión emocional, 2) se procede a la **identificación de los elementos fisiológicos, cognitivos y situacionales** que han intervenido, 3) se **etiqueta la emoción**, 4) se incide en la **normalidad** de las emociones aparecidas y valora qué hubiese pasado si la persona hubiese decidido fumar para disminuir dichas emociones y 5) se incide en la **imposibilidad de escapar** de los estados emocionales y de su expresión.

Trabajar con emociones positivas

El terapeuta lleva a cabo las siguientes acciones: 1) *revisar las actividades* que se han añadido a la lista, 2) *valoración de las actividades placenteras y el grado de satisfacción* con las mismas, 3) solicitar el *compromiso* de continuar realizando esta

actividades u otras a lo largo de la semana. Por otra parte, el terapeuta puede proponer algunos ejercicios para que los participantes experimenten emociones positivas.

▣ **Sesión 10**

Revisión del estado de los sujetos con respecto al consumo

(Idem a la sesión anterior).

Reforzar la autoeficacia percibida

El terapeuta puede realizar un ejercicio en el que los participantes describan situaciones donde queden reflejadas **las expectativas de eficacia para mantenerse sin fumar** (antes y durante el proceso de dejar de fumar) y **las pruebas de realidad** (situaciones donde han deseado fumar y no lo han hecho), de modo que así queda reforzado su sentimiento de autoeficacia.

Revisión de recursos emocionales

Se realiza la revisión de los recursos emocionales de los que disponen los participantes y cuáles tienen que seguir trabajando, para ello se incide en los siguientes aspectos: 1) **presencia de malestar** (angustia, tristeza), 2) **identificación de emociones**, 3) **expresión de sentimientos** y 3) **reducción posterior de malestar**.

5.2. Descripción de los participantes del grupo de deshabituación tabáquica

A continuación, se describe la evaluación realizada a los usuarios del grupo de deshabituación tabáquica y los resultados obtenidos al terminar la aplicación del programa. Finalmente, se detallan las consideraciones a tener en cuenta en la aplicación y en los resultados obtenidos en dicho programa.

5.2.1. Participante 1.

Descripción

Mujer de 47 años, casada, con nivel de estudios primarios y que actualmente es peluquera, acude a la AECC con el propósito de dejar de fumar.

El motivo por el cual comenzó a fumar residía en que se sentía más independiente y mayor, ocurriendo este hecho a los 17 años; por lo que lleva fumando

regularmente 30 años. Suele consumir aproximadamente 20 cigarrillos diarios de tabaco rubio, cada uno de los cuales fuma hasta el filtro.

Suele relacionarse con personas que fuman, como su marido y sus amigos, aunque en su trabajo no suele estar rodeada de gente fumadora.

Nunca ha intentado dejar de fumar, pero refiere que es importante dejar este hábito, pues considera que puede afectar gravemente a su salud. Muestra muy buenas expectativas con respecto al tratamiento que va a llevar a cabo.

Evaluación

La participante se encuentra en la fase de preparación para dejar de fumar, dispone de una motivación moderada, y un grado de dependencia a la nicotina y resistencia leves a la urgencia de fumar.

ANEXO 12

5.2.2. Participante 2

Descripción

Hombre de 50 años, divorciado, con un nivel de estudios de diplomatura universitaria y que actualmente es arquitecto técnico, acude a AECC con el propósito de dejar de fumar.

El motivo por el que comenzó a fumar residía en que su grupo de iguales tenían este hábito, ocurriendo este hecho a los 20 años; por lo que fuma regularmente desde hace 30 años. Suele consumir aproximadamente 20 cigarrillos diarios de la marca Camel, cada uno de los cuales fuma casi hasta el filtro. Normalmente se relaciona con personas que fuman, como sus amigos, aunque en su trabajo no suele estar rodeado de gente fumadora.

Anteriormente, dejó de fumar durante 6 meses mediante el procedimiento de la terapia sustitutiva de nicotina, volviendo posteriormente a fumar debido a una celebración. Actualmente se encuentra en tratamiento psicológico y refiere que es

importante dejar este hábito, pues considera que puede afectar gravemente a su salud. Muestra muy buenas expectativas con respecto al tratamiento que va a llevar a cabo.

Evaluación

El participante se encuentra en la fase de preparación para dejar de fumar, dispone de una motivación alta, y un grado de dependencia a la nicotina y resistencia moderadas a la urgencia de fumar.

ANEXO 13

5.2.3. Resultados

Al finalizar el programa, ambos participantes lograron su objetivo de dejar de fumar y actualmente se mantienen abstinentes. La psicóloga que llevó a cabo el programa está realizando el seguimiento de ambos participantes, realizándose éste a los quince días tras finalizar el programa, y posteriormente, tras tres semanas, un mes, tres meses y seis meses; completándose de este modo un año desde que dejaron de fumar.

5.2.4. Consideraciones a tener en cuenta

El grupo de deshabituación tabáquica, como se ha expuesto anteriormente, es un servicio ofrecido por la AECC para las personas que desean dejar de fumar. El procedimiento para ser participante de dicho grupo es, en primer lugar, rellenar una hoja de inscripción que se encuentra en la sede y posteriormente, cuando existen entre veinte y veinticinco solicitudes, AECC se pone en contacto con los usuarios para poner en marcha dicho programa. Por ello, el grupo se lleva a cabo con los participantes existentes, a pesar de que este no llegue al número recomendado que oscilaría entre doce y quince personas. En este grupo contamos con la presencia de cuatro participantes, de los cuales dos abandonaron y los otros dos lograron dejar de fumar.

Así, si analizamos los resultados del tratamiento en términos grupales éstos no son exitosos debido a que tan solo dos participantes consiguen dejar de fumar, partiendo de que el grupo inicialmente estuvo formado por 20 participantes. Por otra parte, si analizamos los resultados atendiendo a los miembros que continuaron el programa hasta

el final, podemos afirmar que se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la aplicación del programa. También hay que tener en cuenta la época en la que fue realizado el programa, pues éste se llevo a cabo en los meses de Noviembre y Diciembre; época en la cual los participantes se encontraban con ambientes en los que el hábito de fumar es muy común.

Una de las variaciones realizadas en el programa expuesto, fue ahondar de un modo más profundo en la calidad de vida de los participantes, debido al número de participantes tan reducido.

5.3. Prevención cáncer de mama

El diagnóstico se realiza de **modo precoz**, ya que las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%. Además de que gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, la **mortalidad** por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa, al menos cuando se realiza en la edad de mayor incidencia (por encima de los 50 años).

La técnica utilizada y mundialmente aceptada es la **mamografía**, que consiste en una radiografía de las mamas capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad. La dosis de radiación empleada en la mamografía es mínima, por lo que resulta inofensiva.

Desde la AECC se llevan a cabo programas de **screening** de cáncer de mama dirigidos a las mujeres de mayor riesgo, cuya edad está comprendida **entre los 50 y los 65 años, realizando las mamografías cada 1-2 años.**

6. Tratamiento: Intervención psicológica hospitalaria

A continuación, se detalla el procedimiento llevado a cabo para evaluar e intervenir con pacientes con diagnóstico de cáncer, tanto a nivel individual como familiar, durante el proceso de enfermedad y al concluir éste.

6.1. Diagnóstico de cáncer. Descripción psicológica.

El diagnóstico de cáncer afecta de un modo distinto a las personas que lo padecen, dependiendo de tipo de **personalidad**, el modo de **afrentamiento** disponible,

sus **creencias y valores**, y la forma que tiene de **ver el mundo**. A pesar de ello, suelen aparecer una serie de emociones negativas comunes que transcurren en diferentes fases: 1) **shock o fase de crisis** (sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad, confusión, inseguridad, pérdida, que puede durar desde unos días a unas pocas semanas), 2) **negación e incredulidad**, 3) **emociones negativas**: tristeza, depresión, llanto, impotencia, miedo... y 4) **aceptación**: suele coincidir con el tratamiento y el alivio que supone estar haciendo algo. Así la mayoría de las personas suelen sufrir un shock emocional al recibir el diagnóstico, necesitando tiempo para asimilar lo que le está ocurriendo (Bayés, 1996).

El diagnóstico y los tratamientos suponen una **interrupción en la vida** de la persona y una gran incertidumbre con respecto al futuro, obligándola en ocasiones a abandonar sus *responsabilidades familiares y laborales*, contribuyendo a que deje de *sentirse útil* e incluso llegar a considerarse *dependiente* (Centeno y Núñez, 1998). Por otra parte, la hospitalización, la cirugía y los posibles cambios en la **imagen corporal** serán circunstancias difíciles, además de que los tratamientos conllevan **efectos secundarios** que pueden ocasionar malestar. Todo ello puede repercutir en una serie de **eventos estresantes** en la vida del paciente (Bayés, 1985).

Algunos de los comportamientos que pueden aparecer son: nervios, agitación, irascibilidad, preguntas sobre la razón de que les ocurra esto a ellos o sobre su muerte..., a la vez que pueden sentir: tristeza, colera, miedo (a sufrir y al futuro), confusión, inutilidad, desesperanza, incertidumbre, inseguridad, culpa..., siendo estos comportamientos y emociones normales, formando el proceso de **adaptación a la enfermedad**. Todo esto está relacionado con la vivencia de la enfermedad, la pérdida de gratificaciones, el abandono de la actividad habitual y de roles sociales que suelen coincidir con el diagnóstico; ocasionando en ocasiones la **aparición de síntomas de ansiedad o depresión** (Ibañez, 1984; Olivares y Cruzado, 1998).

Los **miedos** más frecuentes suelen ser: 1) **preocupación por su familia y trabajo**, 2) **preocupación por el estado físico** (dolor e imagen corporal), 3) **preocupación por la muerte** y 4) **preocupación por los hijos**.

En otras ocasiones, la persona puede sentirse desbordada por esta situación, experimentando **sentimientos de apatía y depresión**, perdiendo el interés por todo, las ganas de relacionarse y de continuar con sus actividades cotidianas, de modo que

cualquier pequeño esfuerzo le supone una gran dificultad (levantarse de la cama, mantener relaciones sociales...). También puede actuar como si **“no pasase nada”**, negándose a recibir los tratamientos existentes.

6.2. Evaluación

La evaluación se lleva a cabo cuando el paciente, sus familiares o el médico de referencia se ponen en contacto con la psicóloga del servicio de Oncología del Hospital, con el fin de indagar en la adaptación que están teniendo los familiares y el paciente con respecto a la enfermedad y acompañarles en este proceso.

ANEXO 14

6.3. Intervención psicológica con pacientes oncológicos

En primer lugar, es importante reflejar que a pesar de que varias personas tengan el mismo diagnóstico de cáncer, sus síntomas, tratamientos y evolución pueden ser diferentes.

6.3.1. Marco teórico de referencia

La terapia empleada en dicha intervención es la **Cognitivo-Conductual**, que parte del siguiente supuesto (Prieto, 2004):

Esta terapia pretende favorecer un **cambio de pensamiento** enfocado hacia el **positivismo y la esperanza**, en la manera de **interpretar y entender la enfermedad** por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. Así, según la TRE (terapia racional emotiva): las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la **manera en que los interpretan**. Las **alteraciones emocionales** tienen su origen en el **pensamiento irracional** o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la **consecución de metas**. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en: su *aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad*.

La TRE emplea para conseguir su finalidad las **siguientes técnicas**:

1. Técnicas puramente cognitivas:

- a) Entrenamiento en **detección de creencias irracionales**: se le pide al sujeto que anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad.
- b) Técnicas de **persuasión verbal**: debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que el paciente tiene respecto al cáncer.
- c) Entrenamiento en **autoinstrucciones**: repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia.
- d) **Distracción cognitiva**: invitar al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias invadiendo los pensamientos del paciente (leer, escuchar música, relajarse...).

2. Técnicas conductuales:

- a) Entrenamiento en **habilidades sociales y asertividad**: entrenar al paciente en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas orientadas a la superación de determinados problemas como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación.
- b) **Programación de actividades**: promover un aumento de la motivación del paciente.
- c) **Entrenamiento en resolución de problemas**: resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad (conflictos profesionales, matrimoniales, de relación y sexuales).
- d) **Intervención del rol racional**: invitar al paciente a que adopte la postura del terapeuta mientras éste asume el rol del paciente y observar los consejos que en su lugar le daría al enfermo.
- e) **Exposición a las situaciones temidas**: conducir al paciente al enfrentamiento con las situaciones más temidas por él y debatir sobre ellas.

3. Técnicas emotivas:

- a) **Imaginación racional emotiva:** emplear la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por el paciente y lograr su inversión.
- b) **Técnicas humorísticas:** intentar promover la ausencia de dramatismo y reducir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad a través del empleo del sentido del humor.
- c) **Biblioterapia:** ofrecer la lectura de libros como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias.

De este modo, los **objetivos principales de la intervención psicológica** son: 1) que el enfermo realice las **actividades importantes** de su vida a pesar del malestar (que la vida no gire en torno a la enfermedad), 2) parar los **pensamientos negativos** y ponerlos en positivo o neutros, 3) comparar los pensamientos negativos con **pruebas de realidad** (lo que realmente está ocurriendo), 4) poner pensamientos en **voz alta**, 5) quitar el **dolor físico y emocional** añadido, 6) mejorar la **calidad de vida** del enfermo, 7) desarrollar **conductas y habilidades** que le resulten beneficiosas, 8) aprender la manera de **afrontar** situaciones difíciles, 9) **manejar** emociones y pensamientos que resultan desagradables y/o a modificar los **factores del ambiente** que contribuyan a los problemas anteriores, 10) mejorar las **relaciones sociales y familiares** (comunicación), y 11) apoyo en la **relación de pareja** (comunicación y sexualidad).

En ningún caso **empujar o dirigir** al paciente, ni **proyectar** los problemas o asuntos no resueltos del terapeuta en el enfermo, además que es fundamental establecer una **relación terapéutica** que se componga de (*empatía, escucha activa y la no emisión de juicios*).

6.3.2 Intervención psicológica tras el diagnóstico de cáncer

A continuación, se describe el procedimiento de intervención que se lleva a cabo con los pacientes después de recibir el diagnóstico de cáncer, a nivel individual y familiar.

6.3.2.1. Manejo de reacciones frente al cáncer

En primer lugar, es importante **contactar** con lo que está sucediendo, tanto los **cambios** que se están produciendo en la vida del enfermo, como los **eventos privados** (emociones, sensaciones, pensamientos) que conllevan estos cambios, no intentando **luchar** contra lo que está sucediendo.

Así, el modo con el que la persona maneja la enfermedad repercute en su calidad de vida, siendo **recomendable** (Cruzado y Olivares, 1996).

1) **Aceptar y expresar** sus emociones, sensaciones y pensamientos (fomentando que se dé cuenta de lo que está ocurriéndole y le permita tomar distancia para poder buscar posibles soluciones), además de actuar conforme a lo que a la persona realmente le importa (valores) a pesar del malestar que en ocasiones conlleva la enfermedad.

2) Mostrar **tolerancia, aceptación y respeto** por uno mismo.

3) **Compartir** sus sentimientos, sensaciones y pensamientos con personas de confianza.

4) No **cargar** sólo con esta situación (pues aumenta el malestar al no expresar lo que le está aconteciendo). Para ello, buscar apoyo en los familiares, amigos, en el equipo médico (participando en las decisiones sobre el tratamiento) y en personas que hayan pasado por la misma situación.

5) No anticipar **problemas** que no tiene la certeza que van a ocurrir.

6) Si se presenta una situación difícil analizar del modo más **objetivo** las soluciones existentes. Lo importante es que se puede elegir cómo responder ante las situaciones que se presentan, a pesar de no poder determinar las circunstancias que se están viviendo.

7) Mantener la **mente ocupada** en actividades útiles y agradables, y realizar actividades nuevas; pues la inactividad lleva a más inactividad y a generar pensamientos negativos.

8) Disfrutar de lo **positivo** de cada momento, centrandose en lo presente (vivir el aquí y el ahora), sin estar pendiente del pasado o del futuro.

9) Poner en práctica los **recursos y estrategias** para manejar las dificultades que se van presentando (**afrentamiento**), llevando a cabo las estrategias que le han servido para

solucionar problemas anteriormente. Por otra parte, es fundamental intentar cambiar lo que puede cambiarse y no centrarse en lo que no se puede cambiar.

9) No estar excesivamente pendiente de los **síntomas** que van apareciendo, pues de este modo la persona estará todo el rato pendiente a su cuerpo produciéndose mucho malestar. En definitiva, no permitir que la enfermedad sea el centro de su vida (la persona es mucho más que enfermedad).

10) Mantener el **cuidado** para uno mismo. Hacer ejercicio físico moderado (siempre que el médico lo considere adecuado), descansar lo necesario, alimentarse adecuadamente y cuidar su imagen corporal.

11) Búsqueda de **información adecuada** que le permita comprender lo que está ocurriendo y tomarse su tiempo para pensar en lo que está ocurriendo.

12) Consultar al **médico** en el caso de que experimente dolor, ya que no hay necesidad de añadir más sufrimiento al proceso de la enfermedad si esto se puede controlar.

6.3.2.2. Comunicación del paciente con los familiares y el personal médico

■ *Comunicación con los familiares*

Es fundamental que exista una comunicación fluida entre el enfermo y sus familiares, ya que facilita la expresión de los sentimientos y las preocupaciones de ambos, facilitando **el bienestar de todos y la búsqueda de soluciones**. Una buena comunicación con los demás favorece la aparición de sentimientos positivos, ayuda a reducir la sobrecarga emocional y facilita que los demás puedan proporcionarle al enfermo el apoyo que necesita.

Hay que tener en cuenta que los miembros de la familia pueden tener miedo ante lo desconocido de la enfermedad, y sentir tristeza y abatimiento porque no saben qué hacer o decir. Para facilitar un buen nivel de comunicación con los demás el enfermo puede seguir las **siguientes pautas**:

1) **Compartir sus miedos y preocupaciones**. Mantenerlos en secreto no los elimina ni evita que las personas que le rodean se preocupen por él.

2) Él decide **con quién** compartir sus sentimientos y **cuándo** hacerlo.

- 3) Hablar con **franqueza y sinceridad**, y expresar claramente la necesidad de **silencio y/o soledad**.
- 4) **Pedir ayuda. Expresar lo que le gusta, ayuda o necesita de los demás.** De este modo recibirá la ayuda adecuada y facilitará las cosas a los demás.
- 5) **Agradecido** con las personas que le apoyan.
- 6) Contar con las personas cercanas a la hora de **tomar decisiones**, ya que hablar con los familiares puede facilitar el proceso.
- 7) **Decidir lo que quiere hacer**, aunque los demás no estén de acuerdo, explicándoles **las razones** y por qué lo quiere así.
- 8) **Escuchar con atención y respeto las opiniones y sentimientos** de los seres queridos aunque no este de acuerdo con lo que plantean.

■ *Comunicación con el equipo sanitario*

El equipo médico es un gran soporte para el paciente, pues le proporciona cuidados médicos, apoyo, información y orientación. El enfermo tiene **derecho a preguntar** todo lo que considere adecuado y a **expresar su opinión** cuando vaya a tomarse alguna decisión importante. No siempre es fácil solicitar información. El nerviosismo, el miedo, las prisas impiden que el enfermo solicite aclaraciones a muchas de las dudas que le surgen (Ibáñez y Durá, 1989).

Por ello es importante seguir una serie de **recomendaciones**:

- 1) **Definir la información** que quiere antes de acudir a la cita médica. Pensar en lo que sabe y lo que desea saber. De este modo evitará que los nervios o las prisas faciliten el olvido de algo importante.
- 2) **Buscar el momento adecuado.** El tiempo de las consultas es limitado. Para facilitar que el médico le preste la máxima atención es conveniente **comentarle**, desde el principio, la **intención** de realizarle una serie de preguntas.
- 3) Llevar un **cuaderno de anotaciones médicas**. Llevar la información bien organizada le permitirá poder explicarla de forma rápida y breve.

- 4) Realizar **preguntas cortas y directas**. Una cada vez, y esperar a que el médico responda y a que lo haya entendido para realizar la siguiente.
- 5) Expresar sus **preocupaciones** sin sentirte inhibido. El médico está para ayudarle, no para juzgarle. Necesita disponer de toda la información que pueda proporcionarle para poder realizar valoraciones más adecuadas sobre su situación.
- 6) Ser **claro y directo** a la hora de expresar sus preferencias, deseos y necesidades.

6.3.3. Intervención psicológica durante el tratamiento

Algunos de los **efectos secundarios** que nos podemos encontrar durante el tratamiento son: 1) Problemas de **concentración y memoria**, 2) cambios de **humor**, 3) **preocupación** constante y obsesiva (por la enfermedad y por el aspecto físico), 4) **observación excesiva** de los síntomas (la vida puede girar alrededor de los síntomas físicos, las medicinas y el hospital) y 6) **temor** al dolor y al sufrimiento.

Además de intervenir en los mismos aspectos tratados en el momento que aparece la enfermedad, también se tendrán en cuenta los siguientes (Ibáñez y Andreu, 1988):

- 1) Algunos de los **efectos** que están ocurriendo están **asociados** a los efectos secundarios del tratamiento y no a un **empeoramiento** de la enfermedad, y muchos de ellos son temporales.
- 2) Si aparecen problemas de concentración y memoria, realizar aquellas actividades que no requieran mucha **atención** o aquellas para las que se sienta **preparado**.
- 3) Respecto a los cambios físicos que la enfermedad y los tratamientos pueden producir, es fundamental cuidar su propia **imagen** (maquillarse, utilizar ropa que le favorezca, prótesis y pelucas, pañuelos o gorros que le hagan sentir más cómodo).
- 4) Dirigir los esfuerzos a **metas cortas**, día a día.
- 5) Poner en práctica todo aquello que le ayude a **disminuir los efectos secundarios**, siguiendo las recomendaciones de su médico y dedicando tiempo a realizar **actividades agradables**.

6.3.4. Intervención psicológica después del tratamiento

Es el momento de **volver a la rutina** cotidiana, con las responsabilidades, dudas y miedos que eso a veces supone, siendo frecuente la aparición de **emociones contradictorias** (alivio y alegría por terminar los tratamientos, pero también sensación de vacío e inseguridad), y de **dudas y preocupaciones** (sobre la capacidad para volver a desarrollar la vida que tenía anteriormente y recaídas en la enfermedad) que constituye el proceso de **adaptación** en esta nueva etapa.

Generalmente, los pacientes consideran que la experiencia les ha aportado una nueva forma de ver la vida **más positiva** y una mejor relación con sus seres queridos, aunque también puede ocurrir que este proceso **afecte negativamente** el trato y valor que el paciente se da a sí mismo y a su vida, que haya debilitado sus *relaciones sociales y de pareja* (comunicación y sexualidad), que se hayan producido *alteraciones en su imagen corporal* y no le permita desempeñar su *trabajo* anterior. Sea un caso u otro, estos cambios afectan tanto al enfermo como a su entorno, pareja, familiares y amigos. Por ello, es fundamental que exista una **comunicación fluida** entre el enfermo y los demás para ir adaptándose a las nuevas situaciones que le acontezcan.

En línea a la información anteriormente citada, conviene tener en cuenta las **siguientes pautas**:

- 1) **Recuperar** las actividades, intereses, inquietudes que tenía antes de la enfermedad, por lo que hay que **reorganizar** las prioridades.
- 2) **Darse un tiempo**, para recuperarse física y psicológicamente (es normal que aparezcan altibajos emocionales).
- 3) Experimentar y disfrutar de las **satisfacciones de la vida**. A la vez que realizar todas las actividades que le sean posibles.
- 4) Mostrar **respeto** por uno mismo y no caer en la culpa.
- 5) No dejarse vencer por la sensación de **amenaza**. Los tratamientos han finalizado y la enfermedad está controlada no hay motivos para que se sienta amenazado cada día.
- 6) Expresar a los familiares, amigos y pareja, los pensamientos que le preocupan y aconsejarles que no tienen que estar fozandole a sentirse siempre bien (**comunicación**).

7) **Ocuparse** de su vida y no sólo de su enfermedad. Los cambios producidos por la enfermedad es una nueva oportunidad para marcarse nuevas metas.

8) **Aceptar** lo que no se puede cambiar y cambiar lo que si se puede.

▣ ***Si la enfermedad vuelve a aparecer***

Esta situación conlleva que la persona tenga que **enfrentarse de nuevo** a la enfermedad, a la aplicación de nuevos tratamientos, a los miedos por las complicaciones que aparecen...Por lo que es normal experimentar **reacciones emocionales** similares, e incluso más intensas, a las que aparecieron con el primer diagnóstico (miedo, tristeza, impotencia...).

El médico pondrá a disposición de la persona toda la **información** que necesite sobre la recaída y los tratamientos que se van a emplear. Así en este momento, es importante que la persona emplee todos los **recursos, estrategias y habilidades** adquiridas anteriormente para abordar la enfermedad en esta nueva etapa.

Algunas de las **pautas** para llevar a cabo son las siguientes (Urraca y Die-Trill, 1987):

1) **Confiar** en él médico y en el resto del equipo que le va a tratar. Es importante la colaboración del paciente. Si necesita información que la solicite a los profesionales.

2) **Desechar ideas** como: “no hay nada que hacer”, “ya no va a funcionar nada”..., pues generan sentimientos de **desolación**. Hay que tener en cuenta que existen muchas posibilidades de tratamiento y control de la enfermedad que reaparece.

3) Es fundamental que el enfermo se **cuide** más que nunca (descanso, alimentación sana y equilibrada, paseo...).

4) **Confianza** en sí mismo y en sus propios recursos. Es un nuevo reto que puede superar con éxito. No tirar la toalla.

5) **Expresión** de sentimientos, sensaciones y pensamientos a los demás, que fomenta el conocimiento de sí mismo y facilita que los demás puedan ayudarle. También puede emplear actividades para dicha expresión (relajación y masajes).

6) **Vivir el presente.** Disfrutar de cada momento, de su familia y amigos, de actividades de ocio...

7) Emplear los **recursos, estrategias y habilidades** que fueron útiles con anterioridad.

6.4. Tratamiento psicológico con familiares y amigos del paciente oncológico

La enfermedad de cáncer también afecta a los familiares y amigos del paciente, apareciendo en éstos signos de malestar y preocupación. Por este motivo, es esencial que estén **informados** respecto a la enfermedad y acerca de qué **pautas** pueden seguir para ayudar al enfermo, contribuyendo a **afrentar** la enfermedad con naturalidad, sin dramatismos innecesarios, y atendiendo a las necesidades del paciente en cada etapa de dicha enfermedad (Moro, 1994).

Cuando la persona enferma es la **pareja**, la otra persona suele experimentar incertidumbre, sentimientos de impotencia o fracaso, ira, problemas sexuales, soledad, alteraciones del sueño y dificultades en el trabajo. Para ello, existen una **serie de recomendaciones**: 1) **informarse** acerca de las *reacciones emocionales más habituales y las preocupaciones más frecuentes de los pacientes oncológicos*, 2) tratar de comportarse con **naturalidad**, sin dramatismos, intentando mantener una actitud positiva y tratando de transmitirle apoyo y energía, sobre todo en los momentos en que lo vea más débil, 3) aprender a **escuchar** a su pareja, permitiéndole que exprese sus sentimientos, para así encajar todo lo que le está pasando y adaptarse mejor, 4) tratar de **entenderlo** y de ponerse en su lugar, 4) es importante que le exprese a su pareja cómo se siente, que sea sincero, pues esto facilitará la **comunicación**, 5) tratar de enfocar la situación desde una **perspectiva positiva**, centrándose en todo lo que se puede hacer, 6) no negar lo que está ocurriendo, intentando **normalizar** la situación y hablando de la enfermedad sin tabúes, 7) utilizar el sentido del **humor**, pues es un buen recurso para desdramatizar, siempre que se use adecuadamente y con tacto, 8) tratar de **resolver** los problemas aparecidos juntos, 8) **cuidarse** tanto física como psíquicamente, ya que necesita estar fuerte para poder acompañar al enfermo y 9) favorecer el establecimiento de **relaciones sexuales** (transmitiéndole sus deseos hacia el/ella y empleando los medios necesarios recomendados).

Cuando la persona enferma es su **padre/madre**, los hijos se sienten preocupados o con un estado de apatía, rinden menos en los estudios/trabajo, sienten que cualquier

cosa les molesta, tienen miedo, nerviosismo, rabia, pena, culpa, menos valiosos... De este modo, es recomendable seguir una serie de pautas: 1) **hablar** con los padres, no dejando que el cáncer se convierta en un tabú, 2) **desahórgarse** con amigos o con alguna persona de confianza, 3) tratar de sentirse **útil** ya que así puede que se sienta mejor, 4) ser **paciente**, 5) tratar de continuar en lo posible con la **actividad habitual**, 6) mostrar **afecto y cariño** hacia la persona enferma, 7) visitar o hablar por teléfono frecuentemente con el paciente para conservar el **contacto**, 8) mantener a la persona enferma al tanto de lo que ocurre y pedirle opinión (sin abrumarlo) para que siga sintiéndose **útil** a pesar de su situación.

Cuando la persona enferma es un **familiar**, pueden aparecer signos de fatiga, problemas físicos, sentimientos de impotencia, de culpa, ira, tristeza... en definitiva, un importante **desgaste físico y emocional**. Por ello, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones: 1) **dar tiempo** a que la persona enferma asimile la noticia de la enfermedad, 2) **dedicar un tiempo** a observar, escuchar y comprender; de esta forma, se podrá conocer qué es lo que sabe o piensa sobre lo que le está ocurriendo, 3) **permanecer atento** a lo que el enfermo quiere o necesita, 4) **escuchar y compartir** sus sentimientos y emociones (supone un apoyo importante que ayuda a amortiguar las emociones negativas), 5) respetar el **silencio** (el silencio compartido transmite respeto a su dolor, a su deseo de permanecer callado en ese momento y facilita estar tranquilo y reposado), 6) permitir el **llanto** (actúa como válvula de escape y desahogo que permite que el enfermo se encuentre más sereno para afrontar el proceso de enfermedad), 7) **no suponer** los hechos, preguntar sin dirigir la respuesta deseada, 8) **no imponer** al enfermo lo que debe hacer (genera sentimientos contrarios), 9) **no transmitir juicios** de valor negativos, 10) evitar **frases hechas** (suelen provocar incomodidad y malestar), 11) **no interrumpir** (generalmente, el enfermo no busca soluciones, sino sentir el apoyo de los demás), 12) **animar** a consultar con el médico todas aquellas dudas que puedan surgir, 13) permanecer **tranquilo** ante la ira (normalmente estas reacciones son descargas emocionales ante el estrés al que se ve sometido por el proceso de la enfermedad), dejarle hablar, esperar a que se calme, evitar ofrecer juicios y una vez que se haya desvanecido, mostrar interés por el problema, buscando alternativas de solución.

Con respecto a sí mismo: 1) **autocuidado**: descansar, relajarse, organizar el tiempo, dormir lo suficiente, realizar turnos para el cuidado del enfermo, buscar tiempo para ocio y relaciones sociales, 2) **expresar y compartir** con los familiares y amigos las

emociones, sensaciones y pensamientos que le están ocurriendo, 3) buscar **ayuda** cuando sea necesario, 4) **anticipar los problemas** que puedan ocurrir para preveer las soluciones y 5) establecer **límites** con los enfermos.

Cuando la persona enferma es un **amigo/a** pueden aparecer malestar y emociones, pensamientos y sensaciones negativas, para ello, es importante: 1) que le demuestre que esta ahí y que puede **contar contigo**, 2) procurar no **importunar** (llamando siempre antes de hacer una visita y siendo comprensivo si el paciente no puede atenderle), 3) no descuidar el **contacto físico**, 4) a veces son preferibles **visitas** y llamadas **breves** y frecuentes, en lugar de largas y esporádicas, 5) en las visitas, si hay más personas presentes, no olvidar **hacerle participe** de las conversaciones, y sacar **temas positivos** y diferentes a la enfermedad, que sean de su interés, 6) ayudar al paciente a mantener un **papel activo** en la relación: pedirle consejo, opinión, hacerle preguntas, 7) **no mentirle**, 8) darle **permiso** a la persona enferma para sentirse triste, negativo, o para estar en silencio si lo desea (si llora, no interrumpir su llanto), 9) **no presionar** al paciente para que luche contra la enfermedad si no se siente con fuerzas, 10) **no agobiarle** con consejos médicos, opiniones personales sobre alimentación, otros casos de cáncer de conozcas, medicación..., 11) ofrecerse para **ayudar** al paciente y a la familia con los recados o resolviendo cuestiones prácticas.

En cualquier caso, la pareja, hijos, familiares o amigos pueden consultar a los profesionales para expresar sus preocupaciones y miedos, ayudándoles en la toma de decisiones necesarias para afrontar de un modo más **adaptativo la enfermedad**.

6.4.1. Conspiración del silencio

Es fundamental tener en cuenta que es necesario que el paciente oncológico disponga de la **información adecuada** para poder afrontar la enfermedad de un modo más eficaz (Alonso, 2000). Muchas personas piensan que es mejor no decirle nada para evitarle más sufrimiento al enfermo, pero lo primero es el paciente y la información que necesita, respetando siempre la **elección** del mismo.

Esto no significa que el enfermo no se sienta más triste o nervioso al conocer su estado de salud, pero posteriormente, su estado de ánimo mejorará, estará **más preparado** para luchar contra su enfermedad y se sentirá más unido a sus familiares al poder hablar con naturalidad de lo que le pasa y de sus preocupaciones. Aquí es donde

entra en juego el papel de los familiares, ofreciéndoles su apoyo y mostrando empatía por él.

En general, es **conveniente informar al enfermo enseguida**, tras la confirmación del diagnóstico. El paso del tiempo puede provocar: 1) la **imposibilidad** de expresar emociones y sentimientos tanto en el enfermo como en los familiares, 2) la falta de **confianza** del enfermo hacia los familiares, 3) la pérdida de la **sensación de control** del enfermo ante la enfermedad y los tratamientos, 4) el **aislamiento** y la tristeza del enfermo como consecuencia de los puntos anteriores, 5) la consiguiente falta de **comunicación** entre enfermos y familiares que lleva consigo la aparición de la “conspiración del silencio” entre ellos.

La información puede ser dada tanto por el médico como por los familiares, en el caso de los **familiares** es recomendable: 1) **informarse** adecuadamente del tipo de cáncer y de las posibilidades terapéuticas del mismo, 2) recibir **asesoramiento** del médico, 3) elegir fuentes de **información fiables**, objetivas y claras, 4) evitar **comparaciones** con otras personas diagnosticadas de cáncer, 5) mostrar **apoyo y cercanía** (mantener la mirada y el contacto físico), 6) **dejar** al enfermo llorar, expresar sus miedos, su rabia o su tristeza... siendo necesario para facilitar el **desahogo emocional**.

Es importante que al transmitir la información el enfermo se busque un **lugar tranquilo**, confortable, en el que no haya interrupciones y, sobre todo, sin prisas.

En resumen, hay que tener en cuenta que la información debe ser adecuada y provenir de fuentes fiables y objetivas, para ello esencial consultar a los profesionales las posibles dudas y contrastar con él todo lo que necesite saber, teniendo en todo momento en cuenta a la persona que tenemos delante.

Cuando la información es adecuada para las necesidades de los pacientes, encontramos los siguientes **beneficios**: 1) se produce una reducción de los **niveles de ansiedad** del enfermo al hacer disminuir considerablemente la incertidumbre con respecto a las dudas y el misterio de la enfermedad que se tiene, 2) permite al enfermo participar activamente en la **toma de decisiones** respecto a los tratamientos, pruebas..., 3) el paciente puede **expresar** a los profesionales sanitarios sus preocupaciones, miedos y temores ante la enfermedad, los tratamientos o ante el futuro, 4) ayuda al enfermo a

tener la **sensación de control** ante la enfermedad y los tratamientos y 5) permite tanto a los enfermos como a los familiares una **comunicación** más fácil, cercana y sin tabúes, facilitando el **desahogo emocional** y el **apoyo familiar**.

Cuando se produce la conspiración del silencio, se forma una especie de obra de teatro, en la que todos representan un papel, día tras día. El enfermo conoce y sabe su enfermedad, pero disimula ante sus familiares, y éstos piensan que el enfermo no sabe nada y “actúan” como si todo fuera bien.

Es importante conocer que los pacientes van a captar **numerosas señales de su entorno** (expresión de la cara del médico o de los familiares, síntomas nuevos, empeoramiento físico, etc.), o que reciban **información por otras vías** (otros enfermos, otros familiares más lejanos, a través de Internet...). Debido a ello, en esta situación es más recomendable que el enfermo esté informado, más que vivir en la incertidumbre y la soledad o aislamiento por falta de apoyo o confianza con los seres más cercanos.

6.5. Descripción de un caso clínico

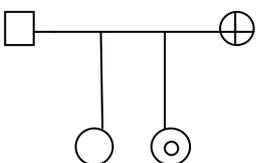
Datos personales

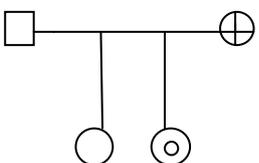
Nombre _____ Apellidos _____

Nº Historia _____ Nº Navisión _____

Profesión: Estudiante Fecha de nacimiento: 1982

Teléfono: _____

Estructura familiar:  Ca de mama cuando la paciente tenía 15 años.



Datos médicos

Diagnóstico: Leucemia aguda no linfoblástica

Tratamiento: Quimioterapia

Situación sanitaria: ingresada

Antecedentes oncológicos: madre fallecida con cancer de mama

Médico de referencia: _____

Derivado por: _____

Evaluación psicológica:

Motivo de consulta: Sintomatología ansiosa

Antecedentes psicopatológicos: no constan

Tipo de intervención: Terapia

Nº sesiones _____

Comentarios _____

Descripción:

Paciente de 27 años, soltera, convive con su padre en Almería, diagnosticada de leucemia aguda no linfoblástica, a Septiembre de 2010.

Es derivada a través de Hematología de referencia por sintomatología ansiosa que se traduce en **preocupación excesiva** por los efectos secundarios del tratamiento.

La paciente conoce la información médica referente a su diagnóstico y a su tratamiento, esta satisfecha con la información recibida, aunque suele buscar en internet sobre los efectos secundarios del tratamiento.

Tiene experiencia con la enfermedad oncológica, debido a que su madre falleció a causa de cáncer de mama cuando ésta tenía 15 años.

Durante la entrevista se observa que manifiesta comportamientos infantiles, que se traducen en una preocupación excesiva por los efectos secundarios del tratamiento, además de sus verbalizaciones constantes sobre su hipocondría. Por ello, le remitimos a que solicite la información adecuada a su hematólogo de referencia.

● 1ª Sesión:

Se indaga sobre el afrontamiento que llevó a cabo cuando murió su madre, ésta supuso un mal trago para ella, encargándose de cuidar a su hermano pequeño. Afirma que quizás no hizo todo lo que pudo cuando su madre estaba enferma. Manifiesta un

gran temor sobre la enfermedad, emitiendo expresiones verbales acerca de que pueda ocurrirle a ella lo mismo que a su madre. Por ello, observamos que enfoca su vida en el pasado y en el futuro, pero no vive en el presente.

Actualmente, se ha dado de baja de instituto hasta que se cure, aunque mantiene el contacto con sus amigos a través de internet.

Intervención con la paciente

Se **valora su actuación** cuando la madre se encontraba enferma y se reconoce que actuó de modo adecuado.

Se le informa que intente actuar conforme a lo que le está pasando a **día de hoy** y que sus pensamientos se centren en el **presente**.

Se le propone que su vida no se quede **paralizada** por la enfermedad y que siga realizando **las actividades** que a ella le agradan.

● 2ª, 3ª y 4ª Sesión

En general, se muestra muy preocupada por su enfermedad, todo lo anticipa como negativo y sufre antes de que ocurran los acontecimientos, queriendo tener todo controlado.

Se define como una persona muy fuerte, ya que ha sido la que se ha encargado de su casa desde que su madre murió, pero ahora se encuentra manifestando un comportamiento que califica de “infantil” y se insulta diciendose “tonta y que tiene que ser positiva”.

Le acompaña en todo momento su hermana, que según ella, está psicológicamente peor, ya que también muestra un comportamiento muy ansioso y es muy negativa. La paciente afirma que ahora preferiría tener alguien fuerte y positiva a su lado.

Intervención con la paciente

Se le aconseja que no deje de hacer lo que le **resulta valioso**, a pesar de la enfermedad.

Es importante que ponga sus asuntos en su lugar y que los pensamientos, aunque no sean negativos, sean neutros.

Por otro lado, que saque sus **recursos** de “mujer fuerte” de los que dispone como ya muestra en su vida cotidiana.

Convendría que sus familiares lleven a cabo turnos para que su hermana pueda acompañarla sin perjudicarle.

Se le propone que **pregunte** lo que necesite para estar menos ansiosa ante la enfermedad y que busque estrategias para poder llevarla con más calma.

También se le indica que se centre en lo que le está ocurriendo ahora y que no anticipe negativamente los acontecimientos del futuro.

Intervención con los familiares

La tía y el padre de la paciente preguntan por el proceso de adaptación a la enfermedad de ésta, por lo que se les ofrece la información necesaria para que puedan acompañarla (ayudarla a poner la información de un modo neutro, que fomenten que saque sus recursos para afrontar la enfermedad y realizar turnos para poder acompañarla mejor en este proceso).

■ ***Posibles intervenciones futuras.***

■ Con la paciente.

1) **Contacto y aceptación** de los cambios que se están produciendo en su vida, tanto a nivel físico como psicológico, no tratando de luchar contra la que está sucediendo. Para ello, es recomendable que la paciente exprese sus emociones, sensaciones y pensamientos, de modo que le permitirá darse cuenta de lo que le acontece y tomar distancia para poder buscar posibles soluciones.

2) **Actuación** dirigida hacia sus valores y no hacía la evitación del malestar que conlleva la enfermedad.

3) **Mostrar** respeto, tolerancia y aceptación por sí misma, enfatizando sus aspectos positivos (habilidades y recursos de los que dispone) y no centrandose en los negativos.

4) Centrar la actuación de la paciente en el **aquí y ahora**, extinguiendo emisiones verbales respecto al pasado o futuro, si éstas no favorecen el proceso terapéutico.

5) Enfatizar que a pesar de que hayan circunstancias que escapen a sí misma, sí existen situaciones donde puede **decidir** y tomar distintas alternativas. Para ello, se pueden resaltar las situaciones que se le vayan presentando y que ponga en práctica los **recursos y estrategias** de los que dispone, para experimentar qué planes de acción le sirven en determinadas situaciones y cuáles no.

6) Realizar actividades agradables y mantener el contacto con sus personas cercanas, es decir, que lleve a cabo las **acciones encaminadas a conseguir las metas** que realmente le importan, de modo que su vida no gire en torno a la enfermedad y a lo que ahora no puede hacer.

7) Mantenimiento del **cuidado**. Realización de ejercicio físico moderado (siempre que el médico lo considere adecuado), descansar lo necesario, alimentarse adecuadamente y cuidar su imagen corporal.

8) Solicitar **información** a su médico de referencia, de modo que la información de la que disponga sea certera y adecuada a su situación y características personales, y no que la obtenga mediante la búsqueda por internet, que sólo provoca confusión en ella.

■ A nivel familiar.

1) **Informar** a los familiares respecto a la enfermedad y acerca de qué **pautas** pueden seguir para ayudar al enfermo, para que así puedan afrontar la enfermedad y que puedan atender las necesidades de la paciente.

2) Los familiares deben **respetar el proceso** de la paciente, observarla y escucharla atentamente para cubrir sus necesidades, dar cabida a las emociones y pensamientos que le acontezcan, no suponer o imponer lo que debe hacer y no transmitirle juicios de valor.

3) Establecer una **comunicación fluida** para que la paciente pueda expresar lo que le está sucediendo, y que los familiares hablen abiertamente con ella de la situación, no haciendo de esta enfermedad un tema tabú. También fomentar la toma de decisiones conjunta, disminuyendo así la carga que tiene tanto la paciente como la hermana.

4) **Animar** a la paciente para que solicite información a su médico de referencia.

5) Para los familiares (especialmente la hermana) es recomendable: fomentar el **autocuidado**, (ejercicio físico, alimentación, higiene del sueño, imagen corporal,

realizar turnos, tiempo de ocio y relaciones sociales), **expresar y compartir** sus emociones, sensaciones y pensamientos, buscar **ayuda** cuando sea necesario, **anticipar los problemas** que puedan ocurrir para prever las soluciones y 5) establecer **límites** con la paciente.

7. Intervención psicológica en cuidados paliativos

A continuación, se describe el servicio de cuidados paliativos y la intervención llevada a cabo con los pacientes y con sus familiares.

7.1. Descripción de cuidados paliativos.

A pesar de que existen grandes avances médicos, muchos de los enfermos llegan al final de su evolución a una **etapa terminal**, donde la enfermedad no responde a los tratamientos empleados habitualmente, y se acompaña de múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida y la de la familia. Este periodo está marcado por un intenso dolor, pero también es de trascendental importancia, pues si el enfermo y la familia se han preparado, este tiempo facilita el reencuentro con uno mismo y con los seres queridos.

Para ello, existe un servicio denominado **cuidados paliativos**, cuyo objetivo fundamental es **aliviar el sufrimiento** y mejorar en lo posible la **calidad de vida** de estos pacientes, mediante la prestación de una atención integral que tiene en cuenta tanto los *aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales*, como un lugar idóneo (sobre todo en el periodo agónico), y donde se tiene en cuenta a los familiares en el proceso de duelo cuando se considera necesario (Arranz, 1992).

De este modo, los objetivos principales de dicha intervención son: 1) **atención al dolor**, otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales y espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares, 2) **información, comunicación y apoyo emocional** (asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones), 3) **evitar una prolongación** inapropiada de su situación, 4) **estrechar los lazos** con sus seres queridos, 5) disfrutar el presente y dar la oportunidad de realizar aquellas actividades que siempre quiso hacer, 6) ofrecer un **sistema de soporte** para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo, y 7) asegurar la

continuidad asistencial a lo largo de su evolución (estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados).

Este servicio es aplicable de modo precoz en el curso de la enfermedad, junto con otros tratamientos (quimioterapia o radioterapia), incluyendo las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es generalmente gradual, y se basa en las **necesidades individuales de la persona** más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

7.2 Necesidades del paciente terminal e intervención familiar

Cuando las personas se encuentran en fase terminal se intensifican aún más sus necesidades y frecuentemente abarcan todas las esferas que constituyen el ser humano.

Entre ellas encontramos:

1) **Cambios físicos.** Los pacientes pueden presentar una media de doce síntomas físicos y emocionales a la vez, algunos de ellos intensos, y es importante saber que la mayoría pueden ser controlados, mejorando la situación del enfermo y de su familia.

Intervención llevada a cabo por la familia

La familia puede colaborar eficazmente en el cuidado del enfermo no sólo en el control de los síntomas, sino también en otros aspectos higiénico - sanitarios como son la alimentación, los cambios posturales y la higiene personal.

2) **Reacciones emocionales** (negación, ira, miedo, ansiedad, tristeza, rabia, agresividad, aislamiento, sentimientos de culpa...), que pueden ser originadas por los síntomas físicos existentes, a la vez que estas reacciones pueden aumentar o disminuir la intensidad del síntoma dependiendo del manejo que se haga de dicha manifestación.

Intervención llevada a cabo por la familia

Las familias también pueden presentar diversas reacciones emocionales (negación, ira, miedo, ambivalencia afectiva y claudicación).

La negación en el enfermo no debería ser modificada, siempre y cuando no interfiera en su cuidado. Sin embargo, la negación de la familia debería resolverse para que ésta tome contacto con la realidad y no dificulte el cuidado del enfermo.

La ira o la cólera pueden considerarse como un sentimiento normal siempre y cuando no se prolongue en el tiempo y no sea el sentimiento familiar preponderante.

El miedo es una reacción emocional normal y suele estar presente a lo largo de todo el proceso, apareciendo sobretodo en el cuidador principal. En estos casos, la familia puede solicitar apoyo en el equipo de cuidados paliativos siempre que lo necesite.

La ambivalencia afectiva es la presencia simultánea de sentimientos contradictorios. Su aparición es normal cuando la persona enferma o la familia está sometida a un alto grado de estrés o sufrimiento.

La claudicación familiar, se origina en el cuidador principal debido a una elevada sobrecarga afectiva, (cansancio, miedo, sentimientos de impotencia...), siendo traducida en una **crisis emocional**, que puede conllevar en determinadas ocasiones una disminución de los cuidados del enfermo. Por ello, es recomendable **prevenir** esta claudicación, controlando los síntomas del paciente, compartiendo las responsabilidades en la toma de las decisiones y buscando apoyo en el cuidado del enfermo.

3) **Crisis sociales.** Debido al cambio del estilo de vida y de la restricción de las actividades familiares e individuales puede producirse el aislamiento de ambos. Por esto, es apropiado que se produzca un reajuste del entorno social de la familia y del enfermo, siendo fundamental que el apoyo social (emocional y afectivo) recibido sea adecuado. De esta forma, en muchas ocasiones, el equipo de cuidados paliativos debe asumir el apoyo social que cubre las necesidades de información y consejo del enfermo y su familia (Arranz y Bayés, 1996)

Intervención llevada a cabo por la familia

Aquí la familia debe tener en cuenta la conveniencia de mantener su entorno social y la importancia que tiene el mismo en el enfermo y sus cuidados. En el caso de que los amigos y/o compañeros del enfermo eludan realizar visitas al enfermo, es aconsejable

hablar con éstos, orientándoles acerca de los deseos del enfermo y la ayuda que le pueden aportar en estos momentos.

4) **La dimensión espiritual.** Ésta supone la capacidad de trascendencia del ser humano, la cual origina esperanza, pensamientos hacia el futuro y consciencia de la finitud.

Intervención llevada a cabo por la familia

Es importante que las personas que se encuentran alrededor del enfermo sean sensibles a la necesidad de hablar de estos aspectos o le faciliten a la persona o personas con la que ellos se sientan mejor para tratarlos (Buckman, 1993).

Por todo esto, es fundamental que la familia pueda identificar tanto las necesidades del paciente como las propias, ya que de ese modo se podrá dar al enfermo y a su familia la atención específica que su estado requiere en cada momento (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996).

7.3. Síntomas más frecuentes de los pacientes de cuidados paliativos.

A continuación, se describen los síntomas que suelen aparecer en los pacientes que se encuentran en la etapa de cuidados paliativos.

7.3.1. Dolor

Suele ser uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con enfermedades terminales, siendo debido a: 1) a su enfermedad, 2) a algunos tratamientos, 3) o estando relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general.

El dolor es más que una sensación nociceptiva e incluye aspectos psicológicos como la personalidad, afectividad, emociones y las relaciones psicosociales). Por ello, se requiere un **modelo de intervención** que comprenda medidas **farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras**. De este modo, los aspectos psicológicos y físicos de dolor están íntimamente relacionados, pues los tratamientos psicosociales mejoran el dolor mientras que los tratamientos dirigidos a la nocicepción tienen efectos psicológicos beneficiosos.

En la mayoría de los pacientes se consigue un control adecuado del dolor añadiendo a los fármacos empleados medidas de apoyo general (soporte emocional,

atención continuada, facilitar el descanso del paciente, etc.). En aquellos casos en los que el dolor no cede se deben emplear **estrategias más complejas**, utilizando vías de administración distintas a la vía oral y en determinados casos puede ser preciso un ingreso hospitalario para buscar la máxima efectividad en el menor tiempo posible.

Las **pautas** que se pueden llevar a cabo son las siguientes:

- 1) Es importante que el enfermo se sienta **acompañado** a lo largo del día y sobretodo por la noche.
- 2) Procurar que el ambiente que rodea al enfermo sea **confortable** (regule la temperatura, ponga música suave, disminuya la luz si quiere dormir, etc).
- 3) Si el paciente no descansa suficiente **informar** al médico, pues puede provocar que el dolor se intensifique.
- 4) Si el paciente tiene malestar **consultar** al médico, pues los fármacos pueden tener efectos secundarios que le estén afectando.

7.3.2 Astenia

Es el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional. Es el síntoma más frecuente en el seno de los cuidados paliativos. Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente. Ésta puede aparecer por muchas causas (anemia, infecciones, depresión) y tiene un componente subjetivo individual muy importante.

Son útiles el ejercicio físico (solo en algunos casos) y las intervenciones psicosociales, por otro lado no existe evidencia empírica sobre la eficacia de la terapia farmacológica.

7.3.3 Trastornos alimentarios (anorexia-caquexia)

La anorexia (falta de apetito, y la pérdida de peso) y la caquexia (cuadro de desnutrición y pérdida de peso) se asocian al paciente oncológico, sobre todo en la fase final del cuidado paliativo. Se debe principalmente a los **cambios metabólicos** que

ocasionan tanto las sustancias secretadas por el tumor como la respuesta inmunológica al mismo y conllevan cambios psicosociales en el paciente (soledad, ansiedad, depresión).

Cuando un paciente es incapaz de alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad se genera, tanto en él como en su familia, un estado de angustia y malestar. Pero hay que tener en cuenta que el paciente terminal **no necesita la misma cantidad de alimento** que una persona sana, ya que tanto su actividad como sus necesidades se han reducido considerablemente.

Aún así, la finalidad del tratamiento es que el paciente comience a **comer** y que para él sea un acto placentero y, por otro lado, que disminuya la **angustia** que produce en la familia su falta de apetito. Por ello, en este tratamiento se llevarán a cabo distintas medidas:

- *Medidas generales*

Condimentar bien los platos con las especias que le gusten.

No establecer un horario de comidas, el enfermo debe comer cuando lo pida.

No forzar al enfermo a ingerir alimento si no tiene apetito, esto le provoca mayor ansiedad.

Es aconsejable servir la comida en platos pequeños y cantidades reducidas.

Se deben cuidar los detalles de la presentación.

Es preferible la comida triturada y con salsas, ya que facilitan la deglución.

Se debe tratar de evitar los olores, ya que pueden incrementar la inapetencia del paciente.

Siempre que sea posible, es importante que el paciente coma con el resto de la familia.

Ofrecer al paciente no sólo agua, sino leche, zumos o refrescos.

Explicar al enfermo y la familia por qué ha disminuido el apetito.

- *Medidas dietéticas*

El uso de suplementos nutricionales supone un buen aporte nutricional para el enfermo, generalmente son líquidos y son fáciles de tomar. Su ingesta debe asociarse a la de los alimentos sólidos, líquidos o semisólidos (purés) habituales, constituyendo un complemento de la alimentación diaria y no la base de la misma.

- *Medidas farmacológicas*

El médico prescribirá los fármacos que considere adecuados a cada situación. La familia ha de adaptarse al síntoma facilitando y ayudando al enfermo en su alimentación e hidratación diaria.

También se pueden presentar otros problemas como boca seca (xerostomía), dificultad para tragar (disfagia), náuseas y vómitos y estreñimiento.

7.3.4 Agonía

Los últimos días en la vida del enfermo, **fase terminal**, requieren una atención especial, pudiendo aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia.

Estas necesidades requieren: 1) potenciar el **bienestar y el confort físico, emocional y espiritual**, 2) fomentar la consecución de una **muerte digna** y en paz, y 3) y **apoyar** a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible.

La atención en los últimos días del paciente implica: 1) un diagnóstico **adecuado**, 2) **comprender** las características del sufrimiento del enfermo, 3) **proporcionar** los mejores cuidados y 4) **apoyar** a la familia y a los allegados.

Las **características** que suelen presentar los pacientes en esta fase son:

- 1) Aumento de la **sensación** de cansancio, debilidad y somnolencia
- 2) Menor **interés** por levantarse de la cama o recibir visitas y por lo que sucede alrededor.
- 3) Mayor **frecuencia** de confusión, ocasionalmente acompañada de angustia y agitación

Por todo ello, los **objetivos** que se deben cumplir en esta fase son los siguientes:

- 1) **Informar** a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.
- 2) **Explicar y consensuar** el plan de cuidados con el paciente y su familia.
- 3) **Valorar** la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos.
- 4) **Tratar** los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio.
- 5) **Interrumpir** intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente.
- 6) **Valorar** las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores.
- 7) **Facilitar** la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos.
- 8) **Facilitar** las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.

7.3.5 Sedación Terminal

En el marco de los cuidados paliativos, el objetivo de la sedación es el **alivio del sufrimiento** del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de **consciencia**, con el objetivo de disminuir o anular la percepción por parte del paciente de síntomas, que por su elevada intensidad o nula respuesta a los tratamientos habitualmente empleados, producirían un sufrimiento innecesario.

Es necesario tener en cuenta que:

- 1) Es una maniobra terapéutica destinada al **alivio de síntomas** refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica.

- 2) Debe seguirse un **protocolo definido** y disponerse del conocimiento, de las habilidades técnicas y de las actitudes éticas requeridos.
- 3) La correcta identificación de la fase agónica implica un cambio de **actitud profesional** que conduzca a un menor intervencionismo y a la aplicación de los cuidados que garanticen una muerte digna, incluida la sedación terminal, cuando es necesaria y contamos con el consentimiento informado.
- 4) Los **principios éticos** de la asistencia (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) el principio del doble efecto y el respeto a los derechos de las personas en situación terminal, guiarán la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en la sedación paliativa y terminal.

7.4. Intervención en duelo

Es el conjunto de sentimientos, emociones, pensamientos y comportamientos que aparecen tras la muerte del ser querido; es un proceso de **adaptación**, donde con el tiempo, se establece el **equilibrio** entre la tristeza por la pérdida de un ser querido y la continuidad de la vida cotidiana (Neimeyer, 2001).

Aunque cada persona suele enfrentar la muerte de un modo diferente, hay algunas reacciones emocionales y sentimientos que suelen ser muy frecuentes:

- 1) **Shock inicial** acompañado por una sensación de incredulidad, donde se presenta confusión, incapacidad de pensar o de concentración. También se puede tener la sensación de que la persona fallecida aún está aquí, debido al deseo de recuperar a la persona.
- 2) Cuando la enfermedad ha sido larga y dolorosa, al principio se puede sentir sensación de **alivio y culpa** por pensar así.
- 2) **Tristeza y soledad**. Es recomendable aceptar este dolor y expresarlo.
- 3) **Culpa, reproche, rabia y enfado**. Acompañados de sensaciones físicas (sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho, falta de energía), dificultades para dormir, falta de apetito, aislamiento social, pérdida de interés por lo que nos rodea, evitación de lugares que recuerden a la persona o por el contrario asistir continuamente a dichos lugares...

El duelo suele tener una **duración variable**, dependiendo de la relación que le unía al ser querido. A medida que pasa el tiempo, disminuye progresivamente la tristeza para dar lugar a recuerdos menos dolorosos (serenidad y sosiego). Llegará un momento en que se logra un **equilibrio** entre el ayer y el mañana.

Pautas para llevar a cabo:

- 1) **Tomarse un tiempo** para aceptar la pérdida y las emociones, pensamientos y sensaciones que surjan.
- 2) **Expresar y compartir los sentimientos**. Se puede usar un diario o carta de despedida para expresar por escrito lo que le está ocurriendo, e ir asumiendo poco a poco la realidad.
- 3) No tomar **decisiones precipitadas**. Llevarlas a cabo cuando se recupere la tranquilidad y paz.
- 4) **Pedir ayuda** a los demás. Facilita la comunicación con los demás y contribuye al desahogo emocional y físico.
- 5) **Descanso y cuidado**. Dejar tiempo para descansar, relajarse, pasear y cuidar la alimentación.
- 6) Volver a mirar la **vida**. Intentar realizar actividades que antes hacía, buscar pequeños espacios para si mismo y para compartir con los demás.
- 5) **Buscar ayuda** médica y psicológica cuando se estime oportuno.

8. Actividades realizadas en el Practicum.

A continuación, se describen brevemente las actividades llevadas a cabo en el Practicum con la AECC.

8/10/2010

La psicóloga lleva a cabo la entrevista inicial con los alumnos que participarán en el practicum, donde se profundiza en los motivos por los cuales eligieron el practicum, la capacidad para afrontar y resolver problemas y las experiencias anteriores en el sector de oncología u otro similar. Finalmente, procede a explicar las normas a seguir en dichas prácticas.

14/10/2010

La psicóloga explica el funcionamiento del servicio de la AECC en el Hospital Torrecárdenas y la función del psicólogo y los voluntarios en dicho servicio. A continuación, explica el método que lleva a cabo para evaluar e intervenir con pacientes oncológicos, proporcionando la bibliografía correspondiente al tema de cáncer, tratamiento e intervención en duelo. Posteriormente, revisa las historias clínicas de los pacientes a los que va a visitar en planta y resuelve las dudas planteadas.

En primer lugar, tomo contacto con la labor de los voluntarios con los pacientes oncológicos y posteriormente, acompaño a la psicóloga a en consulta y planta, donde observo el proceso de evaluación e intervención realizado por la psicóloga.

15/10/2010

Llevo a cabo el registro de la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior.

Acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación/intervención tanto en consulta como en planta, donde se produce la preparación del proceso de duelo con los familiares de una paciente.

18/10/2010

Realizo el registro de la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior.

En primer lugar, subo a planta con los voluntarios para acompañarlos en su labor; posteriormente, realizo las visitas correspondientes al proceso de intervención llevado por la psicóloga.

19/10/2010

Llevo a cabo el registro de la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior.

A continuación, realizo la propuesta de posibles intervenciones futuras con los pacientes en cada uno de los casos presentados.

Durante la visita de la psicóloga al área de onco-pediatría, reviso la bibliografía proporcionada por la psicóloga.

Posteriormente, acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación-intervención con los pacientes en consulta y en planta. En esta última se procede a la preparación del duelo con los familiares de una paciente.

20/10/2010

Registro la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior. A continuación, realizo la propuesta de posibles intervenciones futuras con los pacientes en cada uno de los casos presentados.

Finalmente, acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación-intervención con los pacientes en consulta y en planta.

25/10/2010

Llevo a cabo el registro de la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior. A continuación, realizo la propuesta de posibles intervenciones futuras con los pacientes en cada uno de los casos presentados.

Posteriormente, acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación-intervención con los pacientes en consulta y en planta.

26/10/2010

Registro la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior. A continuación, realizo la propuesta de posibles intervenciones futuras con los pacientes en cada uno de los casos presentados.

Durante la visita de la psicóloga al área de onco-pediatría, reviso la bibliografía proporcionada por la psicóloga.

Finalmente, acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación-intervención con los pacientes en consulta y en planta.

2/11/2010

Llevo a cabo el registro de la información proporcionada por los pacientes y el proceso de evaluación/intervención realizado por la psicóloga, ocurridos el día anterior. A continuación, realizo la propuesta de posibles intervenciones futuras con los pacientes en cada uno de los casos presentados.

La psicóloga me informa de que se va a realizar un curso de voluntariado y me propone participar con ella en dicha exposición.

Durante la visita de la psicóloga al área de onco-pediatría, reviso la bibliografía proporcionada por la psicóloga.

Finalmente, acompaño a la psicóloga en su labor de evaluación-intervención con los pacientes en consulta y en planta.

8/11/2010

Lectura del material empleado para la exposición del curso de voluntariado y preparación de la misma. Posteriormente, acompaño a los voluntarios en su labor en planta.

9/11/2010

Lectura del material empleado para la exposición del curso de voluntariado y preparación de la misma.

15/11/2010

Durante la mañana, llevo a cabo la preparación para el curso de voluntariado. Posteriormente, por la tarde, la psicóloga encargada de trabajar en intervención en cuidados paliativos realiza un cineforum, donde se proyecta la película “Tierras de penumbra”, donde tras la visualización de la película se realiza un debate sobre dicho tema.

16/11/2010

Comienzo en el área de prevención, donde se está llevando a cabo el Programa de Deshabitación Tabáquica en la sede de AECC.

La psicóloga lleva a cabo la explicación del programa que se está llevando a cabo, donde me proporciona los cuestionarios y registros elaborados por los miembros del grupo para conocer la línea base de los participantes y la evolución de los mismos.

Posteriormente, la psicóloga realiza la exposición del tema tratado en la sesión “La motivación”, establecimiento de nuevas pautas comportamentales para los miembros del grupo y expresión de las emociones/pensamientos/acciones que han llevado a cabo durante la semana anterior y los problemas que les han acontecido.

Puesta en común por parte de los miembros del grupo de los comportamientos, emociones y pensamientos que han tenido lugar durante esta semana.

17/11/2010

Se realiza el Curso de Voluntariado Hospitalario, donde la psicóloga expone la importancia del voluntariado hospitalario y las funciones e implicaciones con los enfermos oncológicos. Posteriormente, llevo a cabo la exposición de los siguientes temas: 1) actividades de animación y entretenimiento, 2) trabajo en grupo, 3) pautas de afrontamiento de situaciones difíciles y 4) técnicas y habilidades de comunicación.

23/11/2010

Exposición por parte de la psicóloga del tema tratado en la sesión “La ansiedad”, donde establece nuevas pautas comportamentales para los miembros del grupo y se produce la expresión de las emociones/pensamientos/acciones que les han acontecido la semana anterior, los problemas con los que se han encontrado y finalmente, como han repercutido estos aspectos en la reducida gradual del consumo de tabaco.

24/11/2010

Se realiza la reunión de los miembros del equipo de psicología y los alumnos en prácticas.

En primer lugar, llevo a cabo la exposición del tema “Programación Neurolingüística” y posteriormente, debatimos las implicaciones que puede tener este recurso para el tratamiento de los clientes oncológicos.

30/11/2010

Exposición por parte de la psicóloga de las nuevas pautas comportamentales que deberán llevar a cabo hasta la próxima semana (reducida gradual de consumo de tabaco, no llevar tabaco encima, consumir tabaco en peores condiciones para romper la asociación del tabaco con la sensación de placer, como afrontar las recaídas, la importancia del apoyo social y del autorrefuerzo, y establecer el día 0 en el que dejarán de consumir).

Puesta en común por parte del grupo de los comportamientos, emociones y pensamientos que les han acontecido esta semana.

09/12/2010

Exposición por parte de la psicóloga de las nuevas pautas comportamentales que deberán llevar a cabo hasta la próxima semana (reducida gradual de consumo de tabaco y en el caso de un usuario particular consumo 0), importancia del primer día de consumo 0 y que hábitos hay que llevar a cabo, y prevención de recaídas).

Realización de la respiración pulmonar diafragmática con objeto de que los usuarios puedan emplearla en situaciones de ansiedad o estrés.

Puesta en común por parte del grupo de los comportamientos, emociones y pensamientos que les han acontecido durante esta semana.

13/12/2010

Exposición por parte de la psicóloga de la nuevas pautas comportamentales y de las emociones, pensamientos y sensaciones que se pueden producir los primeros días de consumo 0 (señales se alerta de caída, y reconocimiento emocional).

Puesta en común por parte del grupo de los comportamientos, emociones y pensamientos que les han acontecido durante esta semana.

Resto de mes de Diciembre / Enero

Realización del Proyecto de Fin de Máster.

9. Discusión final

Tras la revisión exhaustiva tanto de las características de la enfermedad de cáncer, como de las consecuencias que conlleva dicha enfermedad, queda reflejada la importancia de llevar a cabo un diagnóstico preciso y la puesta en marcha de un tratamiento psicológico dirigido tanto a los pacientes como a los familiares y personas cercanas. Como se ha expuesto anteriormente, es fundamental, que la intervención realizada suponga un trabajo multidisciplinar y en grupo, además de la formación teórica-práctica necesaria para poder conocer con exactitud ante que enfermedad nos encontramos y que consecuencias tiene a nivel físico y psicológico. Otro aspecto primordial, lo compone las herramientas y recursos personales de los profesionales que van a guiar e intervenir en el proceso de la enfermedad del paciente oncológico, pues éstas van a constituir uno de los pilares más fuertes para poder conectar y establecer una relación terapéutica con los pacientes, siendo generalmente el componente principal para la mejora de los aspectos psicológicos de la persona y por tanto de las actitudes y comportamientos que va a tener el enfermo ante la enfermedad. De este modo, es recomendable que cualquier actividad dirigida al paciente oncológico se realice desde la mayor profesionalidad y humanidad posible, poniendo en mi primer lugar a la persona que tenemos delante, teniendo en cuenta sus características personales y su historia personal, sus facultades y sus capacidades a mejorar, sus motivaciones y deseos; además de contar con la misma actitud hacia los familiares o personas allegadas a estos pacientes. Por otra parte, es esencial continuar avanzando en investigaciones que ayuden a mejorar el conocimiento de la enfermedad, sus causas y por lo tanto encontrar herramientas médicas y psicológicas más avanzadas, para continuar progresando en la prevención y tratamiento de dicha enfermedad con mayor éxito y de modo eficaz.

10. Bibliografía

- Alonso, C. (2000). La comunicación con la familia del paciente en fase terminal. La conspiración del silencio. En Die. M. y López I (Eds.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid: Ades (pp. 93-96).
- Alonso, J. M. (1998). Tabaco y cáncer. En CNPT (Ed.). *Libro Blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa, SL. (pp. 57-78).
- Arranz, P. y Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En González, M., Ordoñez, A., Feliú, J., Zamora, P. y Espinosa, E. (Dir.), *Medicina Paliativa*. Madrid: Médica Panamericana. (pp.237-255).
- Arranz, P. (1992) Papel del psicólogo en los cuidados paliativos del enfermo no curable. *Boletín Informativo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. 1, 4-7.
- Bayés R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En: González, M (Ed). *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana (pp. 27-39).
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*. 3, 114-121.
- Buckman R. (1993). Communication in palliative care: a practical guide. En: Doyle D, Hanks GW, McDonalds N. (Eds). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press. (pp 47-61).
- Centeno, C. y Núñez, J.M. (1998). *Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España*. Med Clin (Barc). 110,744-750
- Contrada, R.J., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En Pervin (Ed): *Handbook of Personality*. New York: Oxford University Press.
- Cruzado, J.A. y Olivares M.E. (1996). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (Eds). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide. (pp 495-543).
- Die-Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid: Ades ediciones.

- Die-Trill, M. y Holland, J.C. (1995). *A model curriculum for training in psycho-oncology*. *Psycho-oncology* 4,169-182.
- Hernández, M., Cruzado J.A. y Arana Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*. 4, 179-191.
- Holland, J.C. y Rowland, J.H. (1990). *Handbook of psychooncology: the psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ibáñez, E. (1984). Reflexiones acerca de la relación entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología*. 4, 99-117
- Ibáñez, E. y Andreu, Y. (1988). Calidad de vida y psicología oncológica. *Anuario de Psicología*. 38,7-21
- Ibáñez, E. (1990). *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, R. y Durá, E. (1989). La relación médico-paciente en psicología oncológica. En Ibáñez , E. y Belloch, A. (Eds). *Psicología y medicina*. Valencia: Promolibro. (pp 5-21).
- López , A. (2003). *Hacer frente al cáncer*. Aljibe.
- Moro, L. (1994). *El enfermo de cáncer y su entorno*. Barcelona: Fundación «La Caixa».
- Neimeyer, R. (2001). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Prieto, A. (2004). *Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 2,107-120.
- Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*. 1, 3-12.
- Urraca, S. y Die-Trill, M. (1987). *Psicología conductual en oncología*. Jano (pp 33, 41).

WEBS

www.todocancer.org

<http://www.cancer.org/Espanol/index>

www.secpal.com

<http://www.cancer.gov/espanol/>

<http://www.psicooncologia.org/enlaces.htm>

<https://www.aecc.es/Nosotros/Dondeestamos/Almeria/Paginas/home.aspx>

www.muchoxvivir.org

https://www.aecc.es/SalaPrensa/publicaciones/Documents/Guia_dejar_fumar.pdf

<https://www.aecc.es/Nosotros/Nosmovemos/accionesrealizadas/Documents/2009%20valor%20terapeutico%20en%20oncologia.pdf>

ANEXO 1

RESUMEN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Modelo de evaluación	Variables e instrumentos de evaluación
<p>Primer contacto <i>Sede</i></p> <p><i>Empresa y/o sedes</i> donde no se realice entrevista psicológica</p>	<p>√ Entrevista personal (psicólogo) √ EEC versión reducida √ Test de Fagerström</p> <p>Motivación para dejar de fumar del Hospital Henri Modor Test de Fagerström</p>
<p>1ª Sesión del curso de deshabituación tabáquica</p>	<p>Test de ARU √ Cuestionario Historia tabáquica Cooximetría</p>
<p>2ª Sesión del curso de deshabituación tabáquica</p>	<p>Cooximetría</p>
<p>4ª Sesión del curso de deshabituación tabáquica</p>	<p>√ Escala de autoeficacia / tentaciones</p>
<p>5ª Sesión del curso de deshabituación tabáquica</p>	<p>Cooximetría</p>
<p>7ª Sesión de curso de deshabituación tabáquica 8ª Sesión del curso de deshabituación tabáquica 10ª Sesión, 3 meses Día D 11ª Sesión, 6 meses Día D 12ª Sesión, 12 meses Día D</p>	<p>Cooximetría Consumo / abstinencia Consumo / abstinencia Cooximetría Consumo / abstinencia Consumo / abstinencia</p>

ANEXO 2

Entrevista Psicológica

1. Motivos para dejar de fumar

¿Quieres dejar de fumar?

¿Qué motivo te ha llevado a tomar la decisión de dejar de fumar en este momento?

¿Tienes algún motivo más?

2. Etapas de cambio

Con la ayuda de esta terapia, ¿en cuánto tiempo estás dispuesto a hacer un intento serio para dejar de fumar?

3. Consumo de otras sustancias adictivas (Valorar derivación).

¿Consumes alguna otra sustancia adictiva: porros, cocaína, alcohol, café, té, coca-cola...?

¿Y en el pasado?

4. Equilibrio emocional (Valorar derivación)

¿Tienes en este momento problemas de ansiedad, depresión, o cualquier otro problema psicológico?

¿Tomas medicación para tranquilizarte, o para el estado de ánimo...? En caso afirmativo ¿Cuáles?

¿Sigues alguna terapia con un psicólogo/ psiquiatra?

¿Y en el pasado?

5. Estrés psicosocial actual

¿Estás pensando en este momento por una circunstancia especialmente difícil en tu vida? (Valorar si conviene retrasar)

¿Consideras tu vida estresante? ¿Y tú trabajo?

¿Tienes algún problema con alguien de tu entorno?

6. Análisis de recaídas/ Estilo atribucional

Si ha recaído alguna vez:

¿Por qué motivo volviste a fumar?

¿Por qué crees que no lo conseguiste en aquella ocasión? ¿Por qué recaíste? (atribución ante el fracaso)

Durante el tiempo que lo dejaste en aquella ocasión:

¿Por qué crees que conseguiste mantenerte sin fumar? (Atribución ante el éxito)

7. Referentes de éxito/fracaso

¿Conoces a alguien de tu entorno que haya dejado de fumar? ¿A quién?

¿Conoces a alguien que haya intentado dejarlo y no lo haya conseguido todavía? ¿A quién?

8. Tolerancia al malestar

Si tiene una molestia o dolor pequeño, por ejemplo, si le duele algo la cabeza/muelas ¿Enseguida se toma algo para que se le quite, o aguanta un poco para ver si se pasa solo?

9. Tolerancia a la frustración

Si algo le fastidia, o algún plan se te chafa... ¿cómo reaccionas?

10. Sintomatología emocional de síndrome de abstinencia previo

Si ha tenido intentos (de más de 24 horas) de dejar de fumar:

Recuerde la sensación de malestar que tuvo cuando dejó/intento dejar de fumar... ¿sintió ansiedad, irritabilidad y/o tristeza?

11. Importancia de la figura corporal

Si engorda a causa de dejar de fumar:

Rígida: No quiero coger ni un gramo/ Flexible: Luego me pondré a régimen. No me importa engordar.

ANEXO 3

Contrato Terapéutico

Asociación Española Contra el Cáncer

Banco _____ X _____

Reunidos:

D/D ^a		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 NINGÚN CASO SE COMPROMETE A ABANDONAR SU HÁBITO, PERO SÍ A

1. Asistir a todas las sesiones que componen el programa de desahabitación.
2. Realizar un depósito de (60 €) en las siguientes condiciones:
 - Asistiendo a todas las sesiones prodrá 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.
3. Cumplimentar los cuestionarios del programa.
4. Realizar, entre sesión y sesión, las tareas que se planteen en el grupo.
5. Mantener desconectado el teléfono móvil durante las sesiones.

Por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer:

1. Realizar el programa completo de deshabitación tabáquica.
2. Entregar la documentación específica del programa de deshabitación.
3. Devolver la cantidad que corresponda, una vez finalizadas las sesiones que componen el programa.
4. Establecer un período de un mes para realizar dicha devolución.

5. Extender el correspondiente resguardo, cuando proceda, para incluir en la Declaración de la Renta.

Para que conste, se firma ambas partes en _____, a ___ de _____ de _____

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

El interesado:

Fdo.

Fdo.

ANEXO 4

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"/>	DIVORCIADO/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/FP-2	<input type="checkbox"/>	

Profesión _____

¿A qué edad probó su primer cigarillo? _____ ¿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:

	Enteros hasta el filtro
	Casi todo el cigarrillo
	La mitad del cigarrillo
	Lo enciendo y lo apago

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

	SI		NO
--	----	--	----

En caso afirmativo, señale cuál:

	Padre
	Madre
	Cónyuge/pareja
	Hijos

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

	SI		NO
--	----	--	----

¿Considera usted a su grupo de amigos como fumadores?

	SI		NO
--	----	--	----

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

	SI		NO
--	----	--	----

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

¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?

	SI		NO
--	----	--	----

Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces? _____

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

	SI		NO
--	----	--	----

¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?

	Una semana o menos		Entre un mes y tres meses
	Entre una semana y quince días		Aproximadamente seis meses
	Entre quince días y un mes		Más de seis meses

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

	Terapia sustitutiva de nicotina		Hipnosis		Reducción progresiva
	Terapia farmacológica		Acupuntura		Terapia psicológica individual
	Consejo médico		Homeopatía		Terapia psicológica grupal

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

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

¿Cree que fumar cigarrillos puede afectar gravemente a su salud?

	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 5

EEC versión reducida

¿Intentará dejar de fumar en los próximos 6 meses?

SI

NO

¿Intentará dejar de fumar en los próximos 30 días?

SI

NO

Claves de corrección:

“Si, en los proximos 30 días”, el sujeto se encuentra en fase de **preparación**.

“Si, en los proximos 6 meses”, el sujeto se encuentra en fase de **contemplación**.

“En ninguno de los dos casos anteriores”, el sujeto se encuentra en fase de **precontemplación**.

Test de Richmond

(Test de motivación)

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

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

ANEXO 6

Test de Fagerström

1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?	
En cinco minutos o menos	3
Entre seis y treinta minutos	2
Entre treintauno y sesenta minutos	1
Después de sesenta minutos	0
2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	
Si	1
No	0
3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1
Todos los demás	0
4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Diez o menos	0
Entre once y veinte	1
Entre veintiuno y treinta	2
Treintauno o más	3
5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que dura el resto del día?	
Si	1
No	0
6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?	
Si	1
No	0

Puntuación total: _____ GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA:

1-3 puntos: LEVE 4-6 puntos: MODERADA 7 ó mas puntos: ALTA

ANEXO 7

Motivación para dejar de fumar

Centro de ayuda al cese de tabaquismo Hospital Henri Mondor

1.	Vengo a la consulta espontáneamente, por decisión personal.	2
	Vengo a la consulta por indicación médica.	1
	Vengo a la consulta 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 16.....Bastantes probabilidades

6 a 12.....Oportunidades reales, pero con dificultades a tener en cuenta

6 y menos..... ¿Es éste el momento?

ANEXO 8

Escala de autoeficacia/tentaciones

Velicer, Diclemente, Rossi y prochaska (1990)

Seguidamente encontrará situaciones que conducen a algunas personas a fumar. Nos gustaria 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					
2. Cuando me apetece un cigarrillo					
3. Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado					
4. Cuando estoy con mi pareja o amigos que están fumando.					
5. Cuando tengo discusiones o conflictos familiares.					
6. Cuando estoy feliz y celebrando algo.					
7. Cuando estoy muy enfadado con alguien por algo.					
8. Si experimentara una crisis emocional, a raíz de un accidente o una muerte en la familia.					
9. Cuando veo a alguien fumando y disfrutándolo.					
10. Durante el café mientras hablo y me relajo.					
11. Cuando me doy cuenta de que dejar de fumar es una tarea muy difícil para mí.					
12. Cuando siento “ansia” (deseo intenso) de un cigarrillo					
13. Nada más levantarme de la cama.					
14. Cuando siento que necesito levantar el ánimo.					

15. Cuando empiezo a preocuparme menos de mi salud y estoy menos activo físicamente.					
16. Con amigos en una fiesta.					
17. Cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a un día duro.					
18. Cuando estoy extremadamente deprimido.					
19. Cuando estoy extremadamente nervioso o estresado.					
20. Cuando me doy cuenta de que hace tiempo que no he fumado.					

Clave de corrección para la escala de autoeficacia/tentaciones:

La escala de autoeficacia/tentaciones (formato extenso) proporciona una medida de confianza en la resistencia al tabaco en diferentes situaciones.

La puntuación global se obtiene a través del sumatorio de las puntuaciones señaladas en cada uno de los 20 ítems. El intervalo de las puntuaciones de la escala es desde 20 a 100 puntos.

Además, hay tres sub-escalas que miden amplios aspectos de la autoeficacia percibida para resistir el tabaco:

- Situaciones sociales/situaciones que provocan sentimientos positivos (ítems 1, 4, 6,9, 10 y 16). Las puntuaciones van desde 6 a 30 puntos.
- Situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto (ítems 3, 5, 7, 8,18 y 19). Las puntuaciones oscilan desde 6 a 30 puntos.
- Situaciones de hábito y ansiedad (ítems 11, 13, 14, 15 y 20). Las puntuaciones van desde 5 a 25 puntos.

Las puntuaciones de las sub-escalas se obtienen sumando las respuestas a los ítems correspondientes a cada sub-escala.

ANEXO 9

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 no puede resistir la urgencia o el deseo de fumar en cada una de estas situaciones. Índiquelo 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 representada en la siguiente escala.

Ninguna resistencia

Total resistencia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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

Puntuación total (maximo 140, minimo 0)

ANEXO 10

Balance decisional

Beneficios

¿Qué quiero conseguir dejando de fumar?

¿Por qué es importante para mí?

Barreras

¿Qué barreras se van a interponer en esta dirección?

¿Qué cosas van a ser difíciles de superar?

ANEXO 12

Evaluación. Participante 1

Cuestionario	Puntuación
EEC (versión reducida)	En los próximos 30 días. Fase de preparación.
Test de Richmond	8. Motivación moderada para dejar de fumar.
Test de Fagerström	2. Grado de dependencia a la nicotina leve.
Confi-s	53. Resistencia leve a la urgencia de fumar.
Henri Mondor	14. Bastantes posibilidades para dejar de fumar.
Escala de Autoeficacia/tentaciones	Situaciones sociales / tentaciones que provocan sentimientos positivos: 24. Situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto: 16 Situaciones de hábito y ansiedad: 12

ANEXO 13

Evaluación. Participante 2

Cuestionario	Puntuación
EEC (versión reducida)	En los próximos 30 días. Fase de preparación.
Test de Richmond	10. Motivación alta para dejar de fumar.
Test de Fagerström	2. Grado de dependencia a la nicotina moderada.
Confi-s	69. Resistencia moderada a la urgencia de fumar.
Henri Mondor	14. Muchas posibilidades para dejar de fumar.
Escala de Autoeficacia/tentaciones	Situaciones sociales / tentaciones que provocan sentimientos positivos: 27 Situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto: 17 Situaciones de hábito y ansiedad: 13

ANEXO 14

Historial clínico

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
Suicidio

Historia psicosocial. { Vida personal
Vida laboral
Ocio/social
Pérdidas previas
Sistemas de apoyo

Examen del estado mental { Estado físico
Comportamiento y actitudes durante la entrevista
Habla: tono y ritmo
Estado afectivo
Pensamiento: proceso y contenido
Percepción
Funcionamiento cognitivo
Capacidad de juicio
Alteración de apetito y sueño

Impresión