

# **MÁSTER EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES**

**\*\*\*\***

**Prácticas Asociación Española Contra el Cáncer**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Autor: Luis Enrique Gonzávez Conde**

**Tutora académica: Francisca López Ríos**

**Tutora profesional: Beatriz Góngora**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Agradecimientos</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2. DESCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER.</b> | <b>4</b>  |
| 2.1 MISION Y VALORES  | 5         |
| 2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS                                       | 6         |
| 2.3. PRESIDENCIA DE HONOR   | 7         |
| 2.4. ÓRGANOS DE GOBIERNO  | 8         |
| 2.5 RECURSOS HUMANOS  | 8         |
| 2.6 AECC INTERNACIONAL  | 9         |
| <b>3. INTERVENCIÓN EN AECC</b>                                    | <b>12</b> |
| 3.1 Sede aecc   | 12        |
| 3.2 Unidad de cuidados paliativos                                 | 12        |
| 3.3. Complejo hospitalario de Torrecárdenas                       | 13        |
| <b>4. PROGRAMA DESHABITUACIÓN DE TABACO</b>                       | <b>14</b> |
| <b>5. ESTUDIO DE CASO. PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL</b>         | <b>22</b> |
| 5.1. Introducción al estudio de caso                              | 22        |
| 5.2. Identificación del paciente                                  | 24        |
| 5.3. Genograma  | 25        |
| 5.4. Análisis del motivo de consulta                              | 26        |
| 5.5. Historia del problema  | 26        |
| 5.6. Evaluación   | 27        |
| 5.7. Análisis y descripción de las conductas problema             | 28        |
| 5.8. Intervención   | 30        |
| 5.9. Resultados y discusión                                       | 42        |
| <b>Referencias</b>  | <b>44</b> |
| <b>ANEXOS</b>   | <b>47</b> |

## **AGRADECIMIENTOS:**

Este trabajo no podría haberse realizado sin los conocimientos adquiridos en el presente Máster que me ha aportado las nociones necesarias para llevar a cabo este estudio.

Los resultados de este trabajo han sido fruto de los consejos y apoyo de Francisca López Ríos quién me ha guiado durante estos meses ante las dudas que se me han ido planteando.

También deseo agradecerle a la Asociación Española Contra el Cáncer, por brindar esta oportunidad a estudiantes como yo, dando a conocer la gran labor que están realizando. Mi más sentido de respeto a todos sus miembros y voluntarios que hacen posible todo el excelente trabajo.

Hubiese sido imposible el desarrollo de la intervención sin todos los profesionales de aecc, que sin prejuicio alguno, me han apoyado incondicionalmente, incorporándome en el equipo y haciendo partícipe de la actividad, pero especialmente quiero mencionar a Francesca Villafaña, por trasmitirme su profesionalidad y actitud ante el trabajo en el grupo de terapia de deshabituación de tabaco y Beatriz Góngora, por haber sido la que primera en despertar mi inquietud hacia esta disciplina en la exposición de prácticas en la Universidad de Almería haciéndose realidad mis expectativas ante el trabajo diario en el hospital.

Subrayar a Marga Martínez como responsable en provocar en mí la necesidad de estudiar más en profundidad los cuidados paliativos en enfermos terminales, gracias a su apoyo, consejos, profesionalidad, cercanía, pero más especialmente por la fortaleza y delicadeza a la hora de intervenir con los pacientes y familiares, lo que demuestra su gran vocación a labor que realiza.

No puedo terminar sin hacer especial mención al objeto de estudio de caso de este trabajo, al paciente y sus familiares que me han aceptado como uno más de la asociación y su cercanía durante las intervenciones. En general a todos los enfermos de cáncer que he tenido oportunidad de conocer durante este proceso.

Por último a mis familiares y amigos que han sabido apoyarme.

## **1. INTRODUCCIÓN:**

En el siguiente trabajo se expone la realización de las prácticas profesionales externas del Máster de Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales, de la Facultad de Psicología en la Universidad de Almería. Las actividades formativas se han realizado gracias al convenio existente con la Asociación Española Contra el Cáncer.

Gracias a la oportunidad que nos brindó la organización del Máster en la ponencia de la asignatura *intervención en psicología de la salud* con la colaboración de la psicóloga Beatriz Góngora (aecc) y a mi propia trayectoria formativa, hizo descubrir en mí una parte de la psicología con la que nunca había tenido contacto directo, lo que conllevó a plantearme una serie de inquietudes que van desde la forma de trabajar, de coordinación, hasta la propia intervención con los pacientes y familiares.

La intervención que se ha llevado a cabo en los diferentes recursos que dispone aecc se comprende entre los meses de octubre y marzo del año 2011. El primer periodo ha sido en la sede de la aecc interviniendo en el tratamiento grupal de deshabituación del tabaco, en segundo lugar, la intervención psicológica domiciliaria con pacientes en situación terminal, y por último ofreciendo tratamiento psicológico en la unidad de psicooncología del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas.

Debido a la amplitud de la disciplina de la psiconcología, la variedad de servicios prestados por aecc y mis preferencias personales que han ido surgiendo durante el desarrollo de las actividades desempeñadas, he optado por hacer un especial énfasis en la intervención psicológica en domicilio con pacientes en situación terminal, reflejado en las siguientes páginas mediante un estudio de caso.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER.**

La Asociación Española Contra el Cáncer es una entidad privada, sin ánimo de lucro y declarada de “Utilidad Pública”. Se fundó el 5 de marzo de 1953 con el objetivo de lucha contra la enfermedad del cáncer en todas sus modalidades conocidas y por

conocer. El 29 de septiembre de 1966 fue inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones.

Fue declarada de “utilidad pública” por acuerdo del Consejo de Ministros adoptando en su reunión del día 24 de abril de 1970.

La AECC está formada por sus 52 Juntas Provinciales, con representación en más de 2.000 localidades en todo el país.

### **2.1 MISION Y VALORES:**

La misión es la lucha contra el cáncer liderando el esfuerzo de la sociedad española para disminuir el impacto causado por esta enfermedad y mejorar la vida de las personas.

Los valores que definen a la aecc son los principios, señas de identidad que dotan a la organización de los elementos necesarios para cumplir su función social con total eficacia.

- *Ayuda:* compromiso para ofrecer apoyo y servicio al paciente y a sus familiares, con la información para la prevención y con el impulso de la investigación.
- *Unidad:* constituida con un gran equipo con un único fin y unos mismos objetivos y trabajando desde la cohesión, respetando la diversidad y promoviendo la participación ciudadana en la lucha contra el cáncer.
- *Trasparencia:* comunicación abierta y claramente transmitiendo credibilidad y confianza en la gestión de los recursos, el desarrollo de las actividades, órganos de gobierno y obligaciones legales, al tiempo que transmiten la información disponible a disposición de todos los interesados tanto interna como externamente.
- *Independencia:* Actuación con libertad ante cualquier organismo e institución de carácter político, económico o religioso para defender los intereses de los afectados y la sociedad en general frente al cáncer, desde el respeto de todas las ideologías, creencias, tendencias y valores.
- *Dinamismo:* Evolución e innovación continua y proactiva para alcanzar los objetivos, aportando un mayor valor a la sociedad en cada momento y situación.

El objetivo que pretende es unificar el esfuerzo de la sociedad, la Administración, las instituciones no lucrativas y el mundo empresarial en la lucha contra el cáncer.

La Asociación trabaja bajo los principios de:

- *Independencia:* frente a cualquier organismo o institución.
- *Trasparencia:* en la gestión.
- *Dinamismo:* y constante adaptación a la evolución de las necesidades de la sociedad, en colaboración con otras entidades e instituciones.
- *Vocación de ayuda y servicio:* implica solidaridad, generosidad, espíritu de cooperación y participación positiva.
- *Eficiencia:* en el aprovechamiento de los recursos disponibles para maximizar la utilidad social aportada.
- *Responsabilidad y compromiso:* actuando como plataforma de cambio de la sociedad, por la equidad y dignidad de las personas.
- *Profesionalidad e integridad:* en todas sus actividades y funciones.
- *Unidad y cohesión:* trabajando juntos por y para todos los afectados, presentes y futuro.

## **2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

Estos objetivos se materializan en una serie de líneas de actuación que marcan el camino a seguir y permiten cumplir la misión.

Las actividades clave:

- *Informar y concienciar:* educar a la sociedad en todas las medidas y mecanismos posibles para la prevención de la enfermedad.
- *Apoyo y acompañamiento:* estar cerca de los enfermos y de sus familias, ofreciéndoles aliento y soporte para disminuir su sufrimiento.
- *Promover la investigación:* promover una investigación oncológica excelente, sirviendo de puente entre la sociedad y la comunidad científica.
- *Movilizar e influir:* hacer partícipe a la sociedad de la trascendencia de la enfermedad y la necesidad de actuación. Presionar a los diferentes

estamentos públicos y privados de la sociedad para que se impliquen activamente en la lucha contra el cáncer.

Actividades de soporte:

- *Voluntariado:* más de 15.000 voluntarios formados colaboran en todas las actividades de la aecc.
- *Sostenibilidad económica:* a través de cuotas de socios, colaboración con empresas, donativos, cuotación, subvenciones....
- *Organización interna:* una estructura eficaz y cohesionada, con más de 700 profesionales.
- *Alianzas y colaboraciones:* con entidades nacionales e internacionales que persiguen un fin análogo.

**2.3. PRESIDENCIA DE HONOR:**

Es un cargo honorífico, sin responsabilidad ejecutiva y de reciente creación, asumido con carácter permanente por Su Alteza Real la Princesa de Asturias.

Es nombrada por el Consejo Ejecutivo, máximo órgano de gobierno de la aecc, la Presidencia de Honor es de duración indefinida y tiene entre sus funciones:

- Representar a la Asociación en actos de carácter institucional, tanto a nivel nacional como internacional. Durante el año 2011, la Princesa de Asturias presidió los siguientes eventos de la aecc:
- Acto de entrega de las Ayudas a la Investigación oncológica de la Fundación Científica y galardones “V de Vida”. Acto institucional de la aecc en Zaragoza.
- Asistir a actos y reuniones de trabajo de la aecc y sus Juntas Provinciales con el fin de conocer y participar de la misión y las acciones de la asociación.
- En el año 2012, la Presidenta de Honor ha participado en los siguientes actos públicos:
- Foro Contra el Cáncer “Por un enfoque integral. Prevención y atención multidisciplinar” con motivo del Día Mundial del Cáncer.

- Presentación de la primera campaña institucional de la aecc “Siendo más, seremos más fuertes”.

#### **2.4. ÓRGANOS DE GOBIERNO:**

La estructura interna de la AECC viene determinada por sus Estatutos, registrados en el Ministerio del Interior. Éstos establecen los órganos de gobierno de la organización.

- Asamblea General: es el órgano de gobierno supremo de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Consejo Ejecutivo: es el órgano de gobierno de administración y representación.
- Comisión Permanente: es el órgano delegado del Consejo Ejecutivo de la Asociación.
- Comité Técnico: es el órgano permanente de asesoramiento del Consejo Ejecutivo de la Asociación en todos los asuntos de orden técnico y sanitario.

En el ámbito territorial autonómico, las actividades propias de la Asociación se coordinan por entidades jurídicas autonómicas.

En el ámbito territorial provincial y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, cada Junta Provincial cuenta con un Consejo Ejecutivo Provincial y un Comité Técnico Provincial.

En el ámbito territorial local existen Juntas Comarcales y Locales.

#### **2.5 RECURSOS HUMANOS:**

Todas las actividades que se llevan a cabo en la aecc son gracias a un equipo humano profesional que las llevan a cabo. En la finalización de 2010 la asociación contó con una plantilla de 718 trabajadores, de los cuales el 81,7 % son mujeres y el 78,7% tienen contrato indefinido. De todos los profesionales contratados por la aecc, el 48,68% son profesionales relacionados con la ejecución directa de programas y servicios que ofrecen.

Una de las prioridades de la aecc es la formación continua de sus profesionales con el objetivo de ofrecer mejores servicios a personas enfermas y sus familiares, y a la sociedad en su conjunto.

## **2.6 AECC INTERNACIONAL:**

La asociación española contra el cáncer participa activamente en numerosas organizaciones internacionales, extendiendo así acciones de lucha contra las enfermedades oncológicas.

Las actividades en estos foros se centran en:

- Campañas de concienciación y sensibilización sobre el cáncer.
- Acciones de presión política.
- Comunicación y difusión de información.
- Participación en estudios y proyectos internacionales.

La aecc es miembro de las siguientes organizaciones y redes internacionales:

- Unión Internacional Contra el Cáncer (Union For International Cancer Control - UICC): Asociación integrada por sociedades científicas, centros de investigación o tratamiento del cáncer y organizaciones no gubernamentales de todo el mundo. Entre sus objetivos se encuentra la promoción de campañas contra el cáncer, la formación profesional, la educación sobre el cáncer a la población general, y el intercambio de conocimientos científicos y médicos.
- Coalición Europea de Asociaciones de Pacientes de Cáncer (European Cancer Patient Coalition - ECPC): Entidad dedicada a la mejora de la prevención, el cribado, el diagnóstico temprano y el tratamiento del cáncer así como a reducir las desigualdades en la Unión Europea en este campo.
- Coalición Mundial contra el Cáncer de Pulmón (Global Lung Cancer Coalition – GLCC): La misión de esta Coalición de organizaciones contra el cáncer de diferentes países es sensibilizar a la opinión pública acerca de la mejora de la atención a los enfermos de cáncer de pulmón y para promover la participación activa de los mismos en el proceso de tratamiento.
- Asociación Europea de Cáncer de Cérvix (European Cervical Cancer Association - ECCA): Los objetivos de esta entidad son informar y concienciar acerca de las

causas del cáncer de cérvix y de su prevención mediante la realización de programas y materiales educativos.

- Europa Donna - Coalición Europea contra el Cáncer de Mama (The European Breast Cancer Coalition): Esta organización se creó con el fin de incrementar la sensibilización y concienciación sobre el cáncer de mama en Europa. Reúne entidades de 39 países agrupadas en foros nacionales que constituyen la Coalición.
- Red Internacional de Voluntariado en Cáncer de Mama (Reach to Recovery International – RRI): Red que se desarrolla dentro de la Unión Internacional Contra el Cáncer destinada a promocionar y formar voluntariado para apoyo a las afectadas por cáncer de mama.
- Alianza del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS (Framework Convention Alliance – FCA): Esta Alianza se crea con la misión de seguir la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, así como para promover una red internacional contra el tabaco y apoyar en la capacitación para el control del tabaquismo a los países en vías de desarrollo.
- Red Internacional de Mujeres contra el Tabaquismo (International Network of Women Against Tobacco – INWAT): Organización cuyo objetivo es la lucha contra el tabaquismo en la población femenina. Distribuye información sobre el control del tabaquismo, apoya el desarrollo de programas para dejar de fumar dirigidos a mujeres, asesora en la organización de conferencias sobre el control del tabaquismo, y colabora en la difusión de publicaciones sobre tabaco y mujer.
- Grupo Internacional de Centros de Información sobre el Cáncer (International Cancer Information Service Group-ICISG): Esta red tiene como misión facilitar un marco para la actuación coordinada en Europa de todas las organizaciones comprometidas en la acción anti-tabáquica por medio del intercambio de información y experiencias, así como mediante el impulso de la realización de proyectos conjuntos.
- Grupo Internacional de Centros de Información sobre el Cáncer (International Cancer Information Service Group-ICISG): El fin principal de esta red es servir de plataforma para el intercambio de modelos y experiencias en la creación y desarrollo de servicios de información sobre el cáncer, así como asesorar a aquellas entidades que quieran poner en marcha este tipo de centros.

- Alianza Mundial por Espacios sin Humo (Global Smokefree Partnership- GSP): Plataforma dedicada a promover políticas efectivas de protección frente al humo del tabaco en todo el mundo. Reúne a entidades de la sociedad civil, ONG, Universidades, Ministerios de Sanidad, corporaciones que trabajan por este fin.

A nivel nacional, la aecc sigue esta política de colaboración formando parte de entidades como:

- **Plataforma de ONG de Acción Social:** Entre los objetivos de esta plataforma se encuentran la mejora del Tercer Sector del Ámbito Social y la defensa de los derechos de los sectores más vulnerables. Algunas de sus actividades son la elaboración de un Libro Blanco y una Propuesta de Reforma del sector y la mediación para la mejora de las ayudas económicas públicas a las ONGs.
- **Plataforma del Voluntariado de España:** Entidad que aglutina diferentes asociaciones españolas de carácter social con el objetivo de promover y difundir la acción voluntaria tanto en la sociedad como en los organismos públicos y privados. Para ello realiza actividades de capacitación y formación, asesoramiento e información, y campañas de sensibilización.
- **Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT):** Esta organización se creó para promover la salud a través de actividades que contribuyan a la disminución del tabaquismo. Incluye entre sus miembros sociedades profesionales y científicas, así como asociaciones de carácter social.
- **Foro Español de Pacientes:** El fin de este foro es unir a diferentes colectivos que representan la voz de los pacientes en una sola entidad que recoja sus inquietudes y que pueda defender los intereses de los pacientes ante las instituciones públicas y privadas.
- **Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon:** esta Alianza busca concienciar a la población en general, a los profesionales de la medicina y a las Autoridades Sanitarias, de la necesidad de tomar medidas para la detección precoz de este tipo de cáncer.

### **3. INTERVENCIÓN EN AECC:**

#### **3.1 Sede aecc:**

El primer periodo de las prácticas profesionales se ha realizado en la sede de la aecc, situada en la calle Gerona, 34 (Almería). La duración de las mismas ha sido de dos meses aproximadamente, acudiendo los martes de 16 a 17,30 para participar en el programa de deshabituación tabáquica y en varias ocasiones específicas para la realización de otras actividades formativas.

Las principales actividades desempeñadas en la sede de la aecc han sido:

- Participación en la formación para el voluntariado.
- Asistencia a video-fórum y posterior debate grupal.
- Terapia psicológica grupal para el abandono del tabaco.

#### **3.2 Unidad de cuidados paliativos:**

La siguiente experiencia profesional en la aecc ha sido en la unidad de cuidados paliativos realizando atención psicológica domiciliaria a enfermos de cáncer en situación terminal. El ámbito de actuación ha sido toda la provincia de Almería, normalmente derivados por el equipo hospitalario o por el contacto directo con esta unidad.

El objetivo de dicha unidad está dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual; a fomentar una muerte digna y en paz con enfermos en situación terminal a la vez que se brinda apoyo a los familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible.

Durante estos dos meses, se han atendido a una decena de familias con múltiples necesidades distintas.

### **3.3. Complejo hospitalario de Torrecárdenas:**

La última fase de intervención de las prácticas profesionales se produjo en la unidad de psico-oncología del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas en la provincia de Almería.

Durante este periodo se ha proporcionado tratamiento psicológico a una veintena de pacientes enfermos de cáncer, con independencia de la fase en la que se encontraran, desde el primer impacto del diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento activo en el hospital hasta la última fase de situación terminal.

Los trastornos más comunes por los cuales los pacientes demandaban atención psicológica predominaban la ansiedad, negación, depresión, sentimientos de culpa, etc. Por otra parte, a nivel individual existen otros tipos de trastornos que van apareciendo o aumentando durante los distintos procesos de la enfermedad.

Brevemente se señalan las diferentes actividades que han formado parte de las prácticas en el ámbito hospitalario:

- **Terapia psicológica individual en consulta:** Estas intervenciones son derivadas por parte del equipo médico de oncología del mismo hospital, son terapias de una hora de duración aproximada en la consulta de psiconcología del hospital. Los motivos de las consulta son por múltiples motivos, estados de ánimo depresivo, ansiedad, negación, al igual que la edad de los pacientes que varía desde adolescentes hasta la vejez.
- **Visita a pacientes en planta de oncología:** Estas intervenciones se hacen en planta. La dinámica de trabajo diaria es la siguiente: en primer lugar se hace una revisión del estado y evolución de los pacientes ingresados, para ello se revisan los expedientes y se consulta al equipo médico concreto si procede. Tras la valoración de las necesidades de los enfermos se procedía a las intervenciones con los pacientes en su propia habitación.
- **Primera sesión tras el nuevo ingreso:** Esta intervención es informativa sobre el servicio que realiza la asociación en el hospital.

Se explican las dos funciones predominantes, por un lado la atención psicológica y por otro, el ofrecimiento de voluntarios para facilitar y mejorar la calidad de vida del paciente y familia durante el ingreso.

- **Coordinación con el equipo médico:** Se recibe y trasmite información del estado de los pacientes, la adherencia al tratamiento, estados en los que se encuentra, percepciones, opiniones, etc. Esta coordinación es constante en el día a día del hospital.

#### **4. PROGRAMA DESHABITUACIÓN DE TABACO:**

El programa terapéutico para dejar el consumo de tabaco que es utilizado por la aecc consta de 11 sesiones terapéuticas grupales, 7 sesiones de intervención de 1 hora y media de duración, los martes de 16 a 17,30. Con una frecuencia semanal y 4 seguimientos, que se llevaran a cabo al mes, cuatro, seis y doce meses respecto a la última intervención.

Una de las técnicas utilizadas para que los pacientes no abandonen la terapia grupal, es la realización de un contrato terapéutico, por el cual el participante abona la cantidad de 60 euros. Dicho importe será devuelto en la séptima sesión aun no habiendo conseguido el objetivo de dejar de fumar. Todos los sujetos que decidan abandonar el proceso terapéutico, perderían la cantidad economía depositada.

En cuanto a las características del grupo terapéutico podemos destacar que estaba compuesto por cinco miembros, dos hombres y tres mujeres, con unas edades comprendidas entre los 32 y 42 años, de clase media y de toda la provincia de Almería. El nivel de dependencia de los sujetos se puede clasificar: dos personas con nivel alto de dependencia, dos con un nivel medio de dependencia y una con bajo nivel de dependencia.

En las dos primeras sesiones se proporciona a los asistentes información médica y psicológica sobre los efectos del consumo de tabaco a través de diapositivas en power point y debates grupales, utilizando diferentes herramientas como videos de publicidad del tabaco, imágenes impactantes del consumo de tabaco, etc.

Entre otros, se explica a los asistentes la composición del tabaco, dando más importancia a la nicotina por sus efectos psicoactivos y la intensa dependencia física, los alquitranes como sustancias probadamente cancerígenas, los irritantes (faringitis, tos, mucosidad, etc...) y el monóxido de carbono como sustancia que se adhiere a la sangre, dificultando la distribución de oxígeno por el cuerpo.

Se informa a los asistentes de los múltiples riesgos sanitarios demostrados, dando más importancia a la faringitis, dificultades respiratorias, disminución de capacidad pulmonar, úlcera gástrica, cáncer pulmonar, de boca, laringe, esófago, riñón y vejiga. Bronquitis, efisema pulmonar, cardiopatías....

Se detallan también los efectos psicológicos positivos que buscan los fumadores en el tabaco como puede ser la relajación, disminución de la ansiedad, sensación de control, etc., creando así una dependencia psicológica y reacciones de ansiedad y depresión ligadas a la dificultad para dejar el tabaco.

Por otra parte, se trabajan también algunas ideas erróneas sobre el consumo de tabaco, como *“dejar de fumar es cuestión de voluntad”, “dejar de fumar es muy fácil. Yo lo he dejado miles de veces”, “hay pocas cosas tan gratificantes como el tabaco....Si lo dejo, disfrutaré menos de la vida”, “se pasa muy mal cuando se deja....Es peor el remedio que la enfermedad.”*

Durante la tercera sesión se administra el test de Fagerstrom, cuestionario que permite valorar el grado de dependencia física a la nicotina (Anexo 1).

Por su parte, también se explican los mecanismos del por qué la gente fuma, tratándose de una conducta compleja que se basa principalmente en dos pilares: por un lado la adicción física (Debida al aumento de la tasa de nicotina en la sangre, a la hora-hora y media desaparece los niveles en sangre que provocan malestar hasta que no se vuelve a fumar), y por otro la continuidad de dicha acción por lo que se convierte en un hábito de comportamiento.

También se mencionan en esta sesión los distintos tratamientos farmacológicos existentes en el mercado como complementos que pueden ayudar a dejar la adicción, siempre con la recomendación sobre el tratamiento adecuado por parte de su médico.

Por último se les informa de los tres elementos fundamentales para que la conducta de fumar se convierta en un hábito. La práctica (es una de las cosas que más veces al día hace un fumador, de modo repetido llegando a automatizarse), la asociación (actividades diarias en las que se provoca el deseo de fumar, café, trabajo, sobremesa, etc.) y el refuerzo (consecuencias positivas: relajación, alivio).

Durante la cuarta sesión el objetivo se centra en conocer el consumo de tabaco personal de manera individual y de este modo conocer las características específicas que definen el hábito de consumo. La finalidad principal es proporcionar estrategias necesarias y personalizadas para que la deshabitación sea lo menos difícil posible. Una de las posibles formas es el registro diario del consumo de cada cigarrillo, lo cual facilitará el conocimiento de las horas, días y lugares del mismo. Tabla proporcionada (Anexo 2).

La quinta sesión versa para conocer los motivos de los asistentes del porqué desean abandonar el tabaco y comenzar con la disminución del consumo de cigarrillos.

Existen muchas razones por las que las personas quieran dejar el consumo de cigarrillos, ya pueden ser motivos económicos, personales, familiares, de salud, etc. De este modo, se les proporciona a los pacientes una serie de motivos por los cuales se puede dejar de fumar para que se orienten y logren sus propios motivos.

A continuación, se comienza a trabajar la disminución progresiva de cigarrillos diarios según la tabla indicada. Se trata de una disminución progresiva diaria, por lo se deben administrar diariamente. En el caso de que un día se excedan en el cupo de cigarros, los recuperaría al día siguiente

| <b>Si la semana anterior fuma una media de ... (cigarrillos/día)</b> | <b>A partir de ahora debe fumar una media de...(cigarrillos/día)</b> |
|--|--|
| <b>50</b>  | <b>35</b>  |
| <b>40</b>  | <b>28</b>  |
| <b>35</b>  | <b>25</b>  |
| <b>30</b>  | <b>20</b>  |
| <b>25</b>  | <b>18</b>  |
| <b>20</b>  | <b>15</b>  |
| <b>15</b>  | <b>10</b>  |
| <b>12</b>  | <b>8</b>   |
| <b>10</b>  | <b>6</b>   |
| <b>8</b>   | <b>5</b>   |
| <b>6</b>   | <b>4</b>   |
| <b>4</b>   | <b>2</b>   |
| <b>2</b>   | <b>2</b>   |

Figura 1: tabla consumo cigarrillos/día

Además de la reducción de cigarrillos, se recomienda a los asistentes comprometerse a seguir al menos tres reglas de las siguientes con el fin seguir ayudando en la reducción de consumo:

- Una vez terminados los cigarrillos establecidos para ese día, se debe pagar “x” dinero por cada uno que fumes de más.
- No fumar cuando apetezca, esperar al menos 5 minutos e ir aumentando el espacio de tiempo día a día.
- No fumar en ayunas, esperar al desayuno, una ducha caliente y alargar los periodos desde levantarse hasta el primer cigarro.
- No aceptar cigarros de nadie.
- Retrasar el consumo de después de comer.
- Fumar solo en horas impares, coloca el tabaco que no sea muy accesible, fumar con la otra mano, cambiar de marca de cajetillas, etc.

En la *quinta sesión* se plantea como objetivo la progresiva reducción de número cigarrillos y por otra parte, la comprensión de las razones por la que se fuma cada cigarro y la adquisición de posibles conductas alternativas.

Nueva reducción de consumo:

| <b>Si la semana anterior fumar una media de ... (cigarrillos/día)</b> | <b>A partir de ahora debes fumar una media de...(cigarrillos/día)</b> |
|---|---|
| <b>40</b>   | <b>15</b>   |
| <b>35</b>   | <b>14</b>   |
| <b>30</b>   | <b>12</b>   |
| <b>25</b>   | <b>10</b>   |
| <b>20</b>   | <b>8</b>  |
| <b>15</b>   | <b>6</b>  |
| <b>12</b>   | <b>5</b>  |
| <b>10</b>   | <b>4</b>  |
| <b>8</b>  | <b>3</b>  |

Figura 2: tabla consumo cigarrillos/día

Además de la reducción establecida, se deben de seguir unas determinadas reglas para renunciar a aquellos cigarros más difíciles para la mayoría de fumadores. Durante esta semana, los asistentes no podrán fumar en al menos en tres de las siguientes situaciones:

- Hasta una hora después de levantarte.
- Hasta 30 minutos después de comer o cenar.
- Viendo la televisión.
- En la cama.
- Mientras toma café, cerveza o copa.
- En compañía de niños o no fumadores.

Se les explica a los sujetos las distintas razones y la función de fumar cada cigarrillo, no siendo exclusivamente la apetencia. Algunas de estas razones son:

- **Por rutina:** cigarros que se fuman de forma automática, por ejemplo conduciendo, hablando por teléfono, etc.

- **Por abstinencia:** cigarros que se fuman tras un periodo en el que no se ha podido fumar.
- **Como premio:** consecución de algún objetivo planteado.
- **Afrontar el estrés:** cigarros interpretados como relajantes y que disminuyen una sensación negativa.
- **Aburrimiento:** cuando no tienes nada que hacer o mientras esperas.

Como se puede observar el tabaco cumple con una finalidad determinada según la situación, el objetivo es eliminarlo para sustituirlo por otra cosa.

Al final de la sesión se plantean a los intervinientes posibles actividades alternativas al hecho de fumar, por ejemplo, masticar chicle, beber zumos o agua, técnicas de relajación, limpiar la casa, ejercicio físico, etc. Los pacientes también proponen ejercicios propios.

En la sexta sesión lo que se plantea es dejar el consumo definitivamente. Al principio de la sesión se motiva al grupo, recordando que el nivel de nicotina ha descendido considerablemente y por tanto el grado de dependencia es menor. Se puede apreciar en el grupo las dudas sobre sus capacidades de abandono y se le recomienda que la importancia de no abandonar el proceso.

Por consiguiente se les explica que hasta la próxima sesión deberán preparar un día especial para abandonar definitivamente el consumo de tabaco. Para ello se les proporciona distintas estrategias:

- Eliminar todos los estímulos que provocan el deseo de fumar. Regalar o tirar todos los cigarrillos, mecheros, ceniceros, etc. Crear un ambiente fresco y limpio a su alrededor.
- Planificar todos los días con actividades para tener el mayor tiempo ocupado. También pensar en las estrategias que se van a emplear cuando aparezca el deseo.
- Coger un calendario y preparar el día especial para dejar de fumar. Además sirve para ir tachando los días sin fumar.

Para preparar el día de no fumar se le recomienda:

- No pensar en el abandono definitivo sino que simplemente ese día no se fumará.
- Hacer ejercicio físico (caminar, gimnasio, pasear...)
- Ducharse con agua caliente ya que ayuda a la relajación.
- Tomar frutas, zumos y alimentos ricos en vitamina C (tomate, kiwi, naranja, etc.)
- Al ofrecimiento del tabaco, rechazarlo sin entrar al debate con el resto de fumadores.
- Ante la apetencia de fumar: beber agua, masticar chicle, etc.

Se les trasmite también a los asistentes que durante los primeros días sin fumar, se siente un deseo muy fuerte de fumar, eso hace que aumente el nerviosismo y la tensión. Destacar que lo importante es no fumar y recordando que el deseo tiene un tiempo limitado. Tampoco hay que razonar sobre el deseo de fumar, tener paciencia, evitar excitantes si hay problemas de sueño, evitar siestas, etc.

En el primer periodo, se debe dar mayor importancia a la autorecompensa días, por ejemplo, felicitándose uno mismo cuando se lleve días sin fumar, “*yo sé que puedo conseguirlo*” o proponer un regalo con el dinero ahorrado que se hubiese gastado en el tabaco.

La séptima y última sesión es empleada para revisar los anteriores objetivos propuestos en la sexta sesión y comprobar el éxito del programa.

Por último se expone la diferencia y modos de trabajar las posibles recaídas, se presta atención a la diferencia entre caídas y recaídas; la caída es cuando se fuma un cigarro de manera excepcional y la recaída es la vuelta al consumo de tabaco. Una caída no lleva necesariamente una recaída, si en algún momento se fuma un cigarro, tiene que utilizarlo para analizar cuáles han sido los motivos y en que se ha fallado exactamente.

Para prevenir dichas recaídas deben pensar cuáles han sido los acontecimientos que le hayan podido inducir a fumar (situaciones del estrés, café, malos días de trabajo, acontecimientos sociales importantes, etc.). Principalmente esta situación no debe

sorprender, se debe imaginar en la caída y de este modo utilizar las estrategias más adecuadas dependiendo de la situación.

Finalmente se les recuerda que el próximo seguimiento del programa se llevará a cabo en un mes.

A modo de conclusión se puede considerar que el tratamiento para la deshabituación del consumo de tabaco aplicado desde aecc ha culminado con éxito, tanto en el proceso como en el resultado. En la sexta y séptima sesión, se puede observar que todos los participantes descendieron el consumo de cigarrillos en un setenta por ciento aproximadamente con respecto al consumo con el que empezaron el programa.

De los cinco participantes, tres de ellos abandonaron totalmente el consumo de tabaco mientras que los dos restantes solo lograron disminuir el número de cigarrillos al día. Los resultados obtenidos estaban estrechamente relacionados con el nivel de dependencia y la motivación de cada participante.

Por último, señalar que los resultados obtenidos no son definitivos hasta que no concluya la totalidad del programa ya que el seguimiento y valoración se realiza al sexto mes. Sin embargo, aun habiendo finalizado el programa con éxito no garantiza la permanencia del consumo de tabaco.

## **5. ESTUDIO DE CASO. PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL**

### **5.1. Introducción al estudio de caso:**

Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, tanto el paciente como la familia se ven sometidos a un gran impacto emocional. Se inicia un periodo altamente estresante, en el que la certeza de una muerte próxima, desestabiliza y provoca profundos cambios en la vida de todos los miembros de la unidad familiar.

Es bajo este escenario en donde la terapia cobra un doble valor, ya que además de tratar con un paciente que está sufriendo, está sometido a un gran dolor físico. El dolor físico deteriora el organismo y además afecta nuestros recursos para mirar la vida de una forma positiva y esperanzadora, lo que hace que también se dificulte la expectativa de vida llevando a una peor condición de salud.

En las siguientes páginas se expondrá el estudio de caso de un varón de 70 años de edad con cáncer pancreático incurable, sin respuesta a tratamiento específico, con múltiples síntomas físicos y psíquicos y con pronóstico de vida limitado.

Visto el estado de la cuestión, queda claro que el objetivo que ha de plantearse el equipo terapéutico en estos pacientes no es la curación o remisión de la enfermedad, puesto que ello es imposible, sino más bien conseguir para el enfermo el máximo confort (Gómez-Batiste y Roca, 1990; Holland, 1982; Saunders, 1967, entre otros).

Por lo que se refiere al control de síntomas, con el dolor en primera línea de preocupación, nadie pone en duda que sea imprescindible y uno de los objetivos esenciales en el abordaje asistencial (Barreto *et al.*, 1990, Gómez-Batiste y Roca Holland, 1982;, 1989; Sanz, 1988;). Joffe y Sandler (1967) describen que la reacción depresiva es una respuesta ante un estado de dolor, que implica desesperanza aprendida y resignación ante no poder evitarlo. Buckelew, DeGood, y Tait (1985) estudiaron la influencia que ejercen distintas estrategias cognitivas y somáticas en pacientes con este tipo de trastorno. Los autores argumentaron que los pacientes con dolor crónico tienen dificultad en manifestar las emociones intensas por otro cauce que no sea la somatización, lo que exacerba todavía más la sintomatología que padecen.

Además de los síntomas "físicos" y los síndromes psicopatológicos a menudo presentes (*delirium*, angustia, hipersomnias, agitación, etc.), la problemática interpersonal fundamental se refiere a pérdida de control y dominio, negación, tristeza, sensación de fracaso, aislamiento y soledad (Rothenberg, 1960).

Es importante además, que el abordaje de la situación terminal se realice de un modo global, es decir, contar con los sistemas de apoyo adicionales e imprescindibles que representan la atención a la familia y el apoyo al personal sanitario.

Con respecto a la familia, dos objetivos se nos plantean como fundamentales. Estos son, el soporte emocional para el afrontamiento, tanto de la situación actual como de la pérdida inminente (preparación para el duelo), (Baeza, 1988) y el soporte informativo respecto a los recursos que pueden utilizar para ayudar del modo más adecuado al paciente.

Como psicólogos, en el papel de nuestra profesión que podríamos sintetizar en tres puntos (Barreto y Bayes, 1990):

- 1) Fomento de recursos del paciente y cuidadores (haciendo especial énfasis en las habilidades de comunicación).
- 2) Detección de necesidades psicológicas específicas del enfermo, equipo terapéutico y familia o personas relevantes.
- 3) Provisión de apoyo emocional a los diferentes elementos de la situación terapéutica.

El counselling es una herramienta psicológica potente que ayuda al profesional a maximizar su nivel de competencia al menor coste emocional posible, ofreciéndole al enfermo una ayuda al sobreesfuerzo que conlleva la adaptación al nuevo progreso. Los valores, actitudes y habilidades en las que se sustenta el counselling, ayudan a vivir, desde el encuentro respetuoso, una vida plena, llena de sentido, aceptando las cosas como son, aceptando los límites y desarrollo de las competencias. La comunicación atenta, consciente, regulando las propias emociones, constituye el eje fundamental en la relación clínica (Arranz, 2008).

Las principales características en las que se basa el counselling (Arranz et al., 2003 y López Martínez, 2004) son: la empatía, facilitar la expresión de las emociones, escucha

activa, exploración de necesidades y problemas, ayudar a establecer objetivos, facilitación de la propia toma de decisiones, identificación de recursos, proporcionar estrategia de manejo de situación y el refuerzo de pequeños cambios.

## **5.2. Identificación del paciente:**

Se trata de un hombre de 70 años de edad, casado y con cuatro hijos. En el domicilio conviven el paciente, su mujer y sus dos hijos varones, uno de 45 y el menor de 27 años.

El paciente nace en un pueblo pequeño de la provincia de Granada, donde comenta que su infancia ha sido buena.

Al principio de su adolescencia, sobre los 13 años, deja los estudios en la escuela. A los 17 años comenzó el noviazgo con la mujer y poco después realizó el servicio militar obligatorio en Viator (Almería).

Con 25 años tuvo su primer hijo varón, a los 3 años después su hija y un hijo cuando tenía 30 años, dice que *“todo lo que han hecho en la vida ha sido para ellos y han tenido que trabajar mucho para darle lo mejor”*. A los 45 años tienen su último hijo de manera inesperada y sin planearlo.

El hombre ha estado trabajando durante 20 años en una fábrica de carne y después en el ayuntamiento; donde recuerda ambos trabajos con especial cariño.

Se percibe así mismo como un hombre trabajador, dedicado exclusivamente a su familia, no le han gustado nunca ir de bares, hogareño y buen padre.

A los 67 años se jubila de su último trabajo y suele ayudar a su cuñado en el bar que regenta, además le gusta pasear y ver la televisión. Desde que le diagnostican el cáncer de páncreas no suele hacer nada; ya que tiene mucho dolor y se cansa rápidamente. Dice subir a su azotea y regar y arreglar las plantas.

El hombre pone mucho énfasis en lo que ha sido y se está convirtiendo, *“no tengo fuerzas y no puedo hacer nada”*.

### 5.3. Genograma:

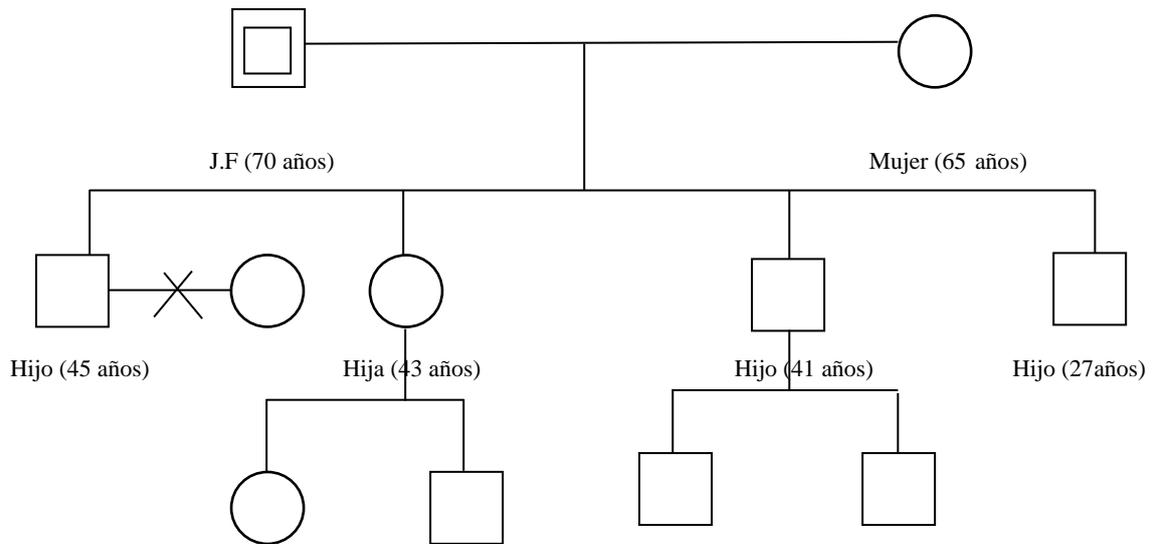


Figura 3: formato que representa el árbol genealógico del paciente.

Se trata de una familia muy unida entre ellos, donde no se observan disfunciones aparentes entre ellos.

La mujer del paciente se muestra hacia la enfermedad de manera muy temerosa y catastrofista hacia el proceso. Intenta mantener el control de todo lo que está a su alrededor. Se muestra muy atenta y con actitud hacia el cambio.

Durante todas las sesiones se puede observar que la relación de pareja es estable y muy unida, ambos comentan con alegría *“ha sido mi única mujer en la vida y yo su único hombre”*, *“nos conocimos cuando éramos unos niños”*, *“nunca nos hemos llevado mal y nos respetamos mucho”*.... Otra conducta a señalar es que en la mayoría de ocasiones estaban cogidos de la mano y haciéndose carantoñas. La mujer explica que ha dejado el trabajo que tenía de envasadora en una cooperativa, *“quiero estar con él y cuidarlo en todo lo que le haga falta”*.

Sus dos hijos varones se encuentran viviendo actualmente en el mismo domicilio conyugal. Ambos suponen un gran apoyo a la cuidadora principal y al paciente.

El menor de ellos tiene 27 años, sin estudios superiores y ha trabajado durante varios años en la construcción. Actualmente se encuentra en desempleo aunque ocasionalmente hace algún trabajo esporádico o cursos de formación. Posee una

vivienda en la que vivía previamente a estar desempleado pero utiliza el alquiler con el objetivo de pagar la hipoteca.

El hijo que se puso en contacto con la asociación tiene 41 años, se encuentra casado y con empleo. Además tiene dos hijos pequeños. Decir que únicamente se tiene contacto con él vía teléfono.

La hija tiene 43 años, casada, con dos hijos y vive en la provincia de Almería.

El otro hijo mayor, tiene 45 años, sin estudios, desempleado, separado y conviviendo en el domicilio familiar. En la mayoría de ocasiones se encuentra en el domicilio.

Al realizar las intervenciones en el domicilio, se puede observar que es una familia de clase media trabajadora.

#### **5.4. Análisis del motivo de consulta:**

El hijo mayor del paciente se pone en contacto con la sede de la aecc solicitando ayuda médica para el tratamiento de su padre. Dice que *“nadie se ocupa de él, está abandonado en su domicilio”*. Anteriormente la aecc de Almería contaba con el equipo médico de cuidados paliativos, ahora perteneciente al Servicio de Salud de Andalucía.

A continuación, la psicóloga se pone en contacto telefónicamente y realiza una valoración inicial, según lo que expone el hijo del paciente. La demanda principal es que su madre se encuentra muy nerviosa, su padre está abandonado por el sistema sanitario, se pasa el día llorando y no se encuentra bien.

#### **5.5. Historia del problema:**

En el mes de agosto el paciente comienza a percibir un dolor en la parte derecha de su estómago y una leve pérdida de peso, por lo que acude a su médico de cabecera. Le realizan un análisis de sangre y una resonancia magnética, donde le detectan el tumor pancreático exocrino.

El tumor tiene un tamaño superior a 2 centímetros, invadiendo el tronco celiaco, con infiltración tumoral en los ganglios linfáticos regionales y con metástasis a distancia.

Debido a la edad del paciente, el estadio metastásico y el tipo de célula que forma el tumor; le informan de que no existe tratamiento exitoso de intervención para su curación. Toman la decisión de no recibir ningún tratamiento que no sea el control de síntomas.

### **5.6. Evaluación:**

La evaluación del paciente se ha ido realizando en cada sesión por medio de la observación directa, entrevistas semi-estructuradas con el paciente y la familia y autoregistros. Para la medición del dolor se utiliza una escala de categoría numérica verbal de con una oscilación de 0 a 10.

Utilizamos las entrevistas semi-estructuradas, ya que nos permitía que la recogida de datos fuese lo más fluida posible y los más parecido a una conversación, facilitando la empatía y los procesos de comprensión y aceptación positiva. Las preguntas eran abiertas y dirigidas a indagar cómo se sentía el paciente y la familia en cada momento del proceso, cómo eran sus estilos de comunicación, afrontamiento de la muerte, etc.... (Ver anexo).

Al ser una enfermedad progresiva, la sintomatología del paciente y de la familia va a ser cambiante dependiendo de la fase en que se encuentren.

En primer lugar, se contacta con el equipo médico que lo está tratando con el fin de recabar todos los datos relevantes que dispongan sobre el enfermo.

A continuación se realiza una entrevista clínica con el enfermo, la cual atenderá a las siguientes áreas principales (Cruzado y Olivares, 1996):

1. Estado funcional del paciente:
  - Capacidad para hacer uso de su tiempo libre.
  - Capacidad de autocontrol.
  - Astenia.
2. Síntomas físicos asociados al cáncer:
  - Dolor.
  - Movilidad.
  - Sueño.

- Apetito.
3. Efectos psicológicos asociados:
- Ansiedad, depresión e ira.
  - Estilos de afrontamiento de la enfermedad.
  - Autoestima y confianza.
  - Cambios del esquema físicos.
4. Interacción social:
- Relaciones con familia y amigos.
  - Relaciones de pareja.

### **5.7. Análisis y descripción de las conductas problema:**

Durante todo el proceso de la enfermedad, se ha podido observar en el paciente que experimenta sensaciones y emociones que varían según la etapa en la que se encuentre, desde el shock de la comunicación del diagnóstico hasta la aceptación de la muerte.

Durante las dos primeras sesiones el paciente tiene un gran dolor descontrolado en la zona abdominal, este síntoma persistente afecta directamente en su vida diaria, entre lo que cabe destacar no dormir por las noches, agotamiento y no comer alimentos. Además aparecen emociones de sufrimiento tales como el abandono, miedo, angustia o ansiedad.

Reconoce que desde que le diagnosticaron la enfermedad ha perdido todo lo que le gustaba, no realiza ningún tipo de actividad, produciéndose así un aislamiento social y carencia de actividades placenteras.

El paciente escoge como indicador del proceso de su propia enfermedad el deterioro físico de su propio cuerpo y el grado de dependencia de su familia para realizar sus actividades cotidianas.

Se puede observar las fases transitorias en la elaboración del duelo (Kübler-Ross), en primer lugar la ira, como sentimiento de indefensión y de rabia (sentimiento de abandono médico, “¿por qué a mí?”), poco después la negación de la enfermedad (“esto no me está pasando, estoy mejor después de que me hayan tratado”), vuelve de nuevo la ira al ver que esa mejoría ha sido transitoria y por tanto, vuelve a empeorar. Poco más tarde aparece la negociación (pacto interno de aceptación de un tiempo

limitado y la finitud de la vida). A continuación se deja ver la depresión como una sensación de pérdida (necesidad de llorar y afligirse por la pérdida de su propia vida). En último lugar existe una aceptación de su tiempo limitado y la sensación de “*esto es así está bien*”, esta sensación aparece cuando el paciente resuelve sus asuntos pendientes como puede ser la despedida de la familia.

La escasez de conocimientos de la mujer como cuidadora principal, sobre cómo es la evolución y cómo tratar la enfermedad, hace que en ocasiones actué de manera inapropiada, por ejemplo la mujer insiste reiteradamente a que debe de comer más. La incapacidad de llevarlo a cabo provoca en el paciente malestar psicológico, expresándolo por sentimientos de culpabilidad, rabia, ansiedad y/o tristeza. A su vez, la percepción de este tipo de sentimientos de su marido, crea en ella los mismos sentimientos sobre si el trato que le está proporcionando es adecuado o no. Creándose así un círculo vicioso.

Durante el proceso de la enfermedad, la mujer debe de tomar una serie de decisiones importantes tanto para ella como para él (tratamientos, eventos, visitas....), lo que le produce cierta inseguridad o duda para llevarlas a cabo.

Por último, aparece una “conspiración del silencio”, la mujer del paciente utiliza una serie de estrategias centradas en evitar y no comunicar la situación del paciente tanto al resto de la familia (principalmente a los hijos) como al propio paciente. Dichas estrategias aparecen como un intento de proteger al paciente y a los hijos, temiendo producir más sufrimiento que beneficio. También lo emplea como una necesidad de autoprotección, por sus propios miedos evita hablar de esos temas tan delicados con ellos. Todo ello repercute de forma negativa al conjunto de la familia y del paciente, como por ejemplo la represión y aislamiento de las emociones en el momento que necesita todo lo contrario, dificultades en la comunicación, no dejando explicar sus necesidades, ansiedad, etc.

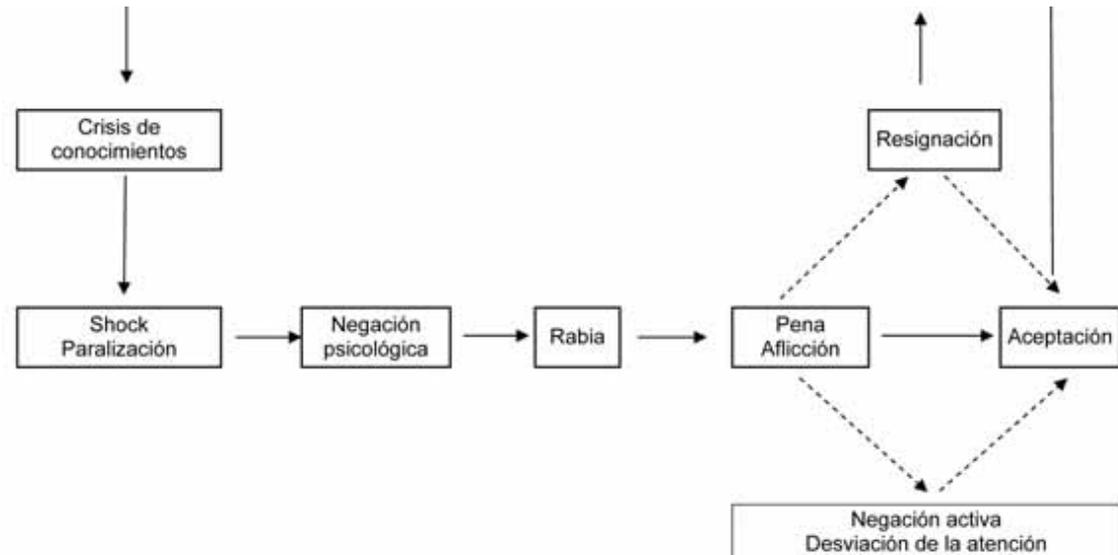


Figura 1- El camino desde la crisis de conocimiento a la aceptación (Stedeford, A., 1984)

Figura 4: El camino desde la crisis de conocimientos a la aceptación (Stedeford, A., 1984)

### **5.8. Intervención:**

Para el tratamiento psicológico utilizamos como instrumento de intervención el counselling, partiendo de la premisa de que toda persona tiene los recursos que necesita para hacer frente a su situación, y que sólo hace falta un contexto facilitador para que éstos se pongan en marcha.

Además se utilizan técnicas cognitivo-conductuales, centradas en las reestructuraciones cognitivas sobre las creencias o pensamientos distorsionados con respecto a su enfermedad, fomento de actividades, psicoeducación sobre la enfermedad para un mejor enfrentamiento y alivio.

### **1ª Sesión:**

#### Desarrollo de la sesión:

La primera visita se efectúa por parte de la psicóloga del equipo médico junto al psicólogo en prácticas respondiendo a la solicitud de ayuda del hijo mayor del paciente. La función de la visita es evaluar la situación en la que se encuentra el paciente y su familia, haciéndoles constar a los mismos que formamos parte del equipo médico para

evitar la relación directa con la palabra “cáncer” ya que forma parte del nombre de la asociación.

A continuación, se realiza una valoración de las necesidades del paciente y de su mujer. Ambos manifiestan que por un lado, se sienten abandonados por parte del sistema sanitario, y por otro lado, destacan el dolor insoportable del paciente en la parte frontal-izquierda del estómago. En este caso, el paciente puntúa un valor numérico de dolor de 8 en una escala de 0 a 10.

Entre otras sintomatologías, el paciente subraya la dificultad que tiene para conciliar el sueño y mantenerlo durante la noche, despertándose en continuadas ocasiones. Explica también que el apetito le ha disminuido de forma considerable, apenas ingiere alimentos sólidos ni líquidos, lo que le está llevando a una pérdida de peso y deshidratación.

La mujer cuenta en privado *“que no le digamos nada de la enfermedad, que él no sabe nada”*, se puede observar que existen deficiencias en el estilo comunicativo en el matrimonio provocando así una conspiración de silencio.

#### Objetivos:

- Neutralizar o paliar los síntomas físicos y psicológicos.
- Detectar necesidades del paciente y de la familia.
- Disminuir la sensación de soledad y aislamiento sanitario.

#### Intervención:

Tras la revisión de la farmacología, se puede observar varias incongruencias con respecto a su uso, principalmente para el tratamiento del dolor.

Se le proporciona información sobre el tratamiento del dolor y se cita directamente con el equipo médico especializado para que reajuste la medicación. Hay que señalar que el dolor afecta a todos los aspectos de la vida, no solamente al cuerpo sino también a los pensamientos, emociones y estado de ánimo del paciente. Es por ello la necesidad urgente de eliminarlo para comenzar una adecuada intervención.

## **2ª Sesión:**

### *Desarrollo de la sesión:*

La segunda sesión, se realiza nuevamente en el domicilio pero en este caso junto al equipo médico de cuidados paliativos.

El médico revisa la medicación y comprueba que existen desajustes importantes, principalmente para el tratamiento del dolor (poca dosis, varios medicamentos para un mismo síntoma, toma irregular, etc.).

Se explica el funcionamiento de trabajo de la unidad médica de paliativos y el tratamiento psicológico, la mujer y el hombre hacen varias preguntas para valorar sus preferencias de tratamiento.

En el transcurso de esta sesión aparecen en el paciente factores emocionales asociados al dolor, la ira, tristeza, produciendo de este modo ansiedad, dificultad para expresar emociones y síntomas de depresión.

### *Objetivos:*

- Neutralizar o paliar los síntomas físicos y psicológicos.
- Proporcionar estrategias de administración de la farmacología.
- Disminución del sentimiento de abandono y el estado de ansiedad que ello produce.
- Elección del equipo médico a ser tratado.

### *Intervención:*

Se le ajusta la medicación para el control de síntomas físicos y se le proporciona información sobre qué medicamentos debe utilizar y cómo debe administrarlos de manera clara y ordenada. Al ser personas mayores se utiliza la toma de notas en una libreta para una mejora en su comprensión.

Se le proporciona información sobre el funcionamiento del equipo médico domiciliario y se le dan los contactos oportunos para cualquier duda que presenten. Al término de la

sesión el paciente con el apoyo de la familia deciden recibir el tratamiento, supervisión y seguimiento del equipo médico presente.

### **3ª Sesión:**

#### *Desarrollo de la sesión:*

Al principio de la sesión el paciente manifiesta un descenso del dolor que presentaba en la zona abdominal. Reconoce que tiene un sueño continuado durante toda la noche y le ha aumentado el apetito. Al preguntarle qué grado de dolor presenta en una escala numérica de 0 al 10 manifiesta que un 1 o 0.

El estado de ánimo ha aumentado considerablemente por la ausencia de dolor y los efectos de la medicación, lo que genera en el paciente a interpretar su bienestar como una “negación” hacia la enfermedad, proceso de defensa provisional y pronto sustituido por una aceptación parcial de la misma.

Gran parte de la intervención se utiliza para indagar en la vida del paciente, reconociendo haber tenido una vida completa y feliz. Habla de sus aficiones y pasatiempos pasadas como era poder acudir al bar de su cuñado para ayudarlo, ver la tv, el cuidado de plantas, pasear con su mujer, la caza y especialmente, estar con sus nietos e hijos.

Por otra parte reconoce que ha empeorado su calidad de vida desde que le diagnosticaron la enfermedad y por tanto ha tenido que dejar de realizar muchas actividades de las que hacía.

Por último, en privado la mujer se muestra dudosa sobre el proceso de la enfermedad y se detecta varias dudas de cómo podrá afrontarlo.

#### *Objetivos:*

- Conocer posibles reforzadores del paciente.
  
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su mujer.

- Proporcionar a la cuidadora principal información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Manejo y expresión de sentimientos y emociones.

### Intervención:

Debido al miedo al dolor por parte del paciente, se le recuerda nuevamente la existencia de una amplia gama de fármacos para el control del dolor de línea base y picos de dolor, aclarando la revisión y reajuste continuado del equipo médico, evitando el sufrimiento del paciente. Tanto el paciente como su mujer quedan más aliviados por la información recibida.

Con respecto al tratamiento de la “negación”, no se confronta al paciente con su realidad ni se refuerza. La comunicación con el paciente se hace por medio de preguntas abiertas respecto a su enfermedad para saber qué quiere saber sobre ella.

Se aprovecha la coyuntura para explicarle que a pesar de la enfermedad y su estado podría realizar las actividades que anteriormente hacía modificándolas según sus actuales capacidades. Por ejemplo, podría seguir dándose paseos pero más reducidos y con más intervalos de descanso, ver y disfrutar de sus nietos, ir al bar de su cuñado como cliente y no como ayudante, etc. Lo que se pretende transmitir al paciente es la posibilidad de conservar algunos hábitos y placeres de la vida con algunas adaptaciones.

Junto al paciente y mujer se realiza una programación de actividades con el objeto de aumentar su motivación y promover la distracción. El paciente está de acuerdo y se compromete a llevarlo a cabo.

Por último, especialmente a la mujer del paciente se le proporciona información referente al proceso de la enfermedad y la posible evolución de la misma.

#### **4ª Sesión:**

##### *Desarrollo de la sesión:*

En esta sesión, inmediatamente al llegar al domicilio, el hombre verbaliza que la mujer no deja de insistirle en que coma más y manifiesta que él no puede provocando de este modo síntomas de ansiedad, ira y agitación por no poder complacer a su mujer.

Por otro lado, se observa el déficit en los procesos comunicativos entre ambos, creando así una conspiración del silencio para la familia y para el paciente. La mujer reconoce que no quiere darle demasiada información sobre la enfermedad por el temor de obtener más daño que beneficio en el paciente.

Al preguntarle por el dolor, comenta que lo tiene controlado ya que ha tenido varios picos de dolor y en este caso ha utilizado pastillas de rescate para aliviarlo.

Se detecta dificultad en el paciente para andar y realizar las actividades cotidianas lo que le provoca cierta dependencia a lo que responde con rabia e impotencia.

La mujer nos explica que el paciente se cansa muy rápido y que está perdiendo fuerza en las extremidades. También se le presentan dudas sobre si su marido sabrá o no el pronóstico de la enfermedad.

##### *Objetivos:*

- Disminución de la ansiedad del paciente y del cuidador principal.
- Entrenar habilidades de comunicación.
- Proporcionar a la cuidadora principal información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Poner en contacto a la familia con la enfermera de enlace para que le suministre una silla de ruedas y una cama articulada.

##### *Intervención:*

En cuanto a la alimentación, se le recomienda que coma dietas blandas o semiblandas, realizando tomas de 6-7 ingestas diarias pequeñas, respetando los gustos para que resulten apetitosas. También se hace hincapié en la hidratación, sugiriéndole la toma de bebidas de forma continuada y paulatina.

En privado y con mucha delicadeza, se le explica a la mujer que la pérdida de peso que está sufriendo su marido no se debe a que no coma o coma poco, sino a la progresión de la enfermedad. Dado que pasa muchas horas sentado por la debilidad que presenta no es necesario que coma tanto; ya que no consume tanta energía. El objetivo de esta información es que no insista a su marido en la toma de alimentos ya que no se trata de su elección voluntaria y su insistencia les provoca más ansiedad.

Para abordar la conspiración del silencio empatizamos con la mujer y la tranquilizamos, le explicamos que sea el propio paciente el que vaya haciendo preguntas, para que llegue a conocer exclusivamente lo que él quiera saber y necesite para elaborar su propio proceso. También se le recomienda que deje expresar sus propios sentimientos, emociones y opiniones. La intencionalidad de la mujer se basa en proteger a su marido de dicha información y de autoprotección para hablar de un tema tan delicado.

Por último, debido a las dificultades motoras que presenta se le proporciona el contacto directo con la enfermera de enlace para poder proporcionarle una silla de ruedas y una cama articulada.

### **5ª Sesión:**

#### *Desarrollo de la sesión:*

Al preguntarle al paciente cómo se siente, se derrumba y comienza a llorar desconsoladamente, señalándose en la zona abdominal. No utiliza en ningún momento la palabra “cáncer” o “tumor”, denominándola “*esto*” o “*la rata*”. En todo momento se realiza una comunicación basada en una escucha activa, empática y con aceptación incondicional. Se puede apreciar la necesidad de “ventilar” sus propios sentimientos.

En privado, la mujer cuenta que ha aumentado el grado de dependencia de su marido considerablemente y que además es reactivo al uso de la silla de ruedas. Este estado en el que se encuentra le provoca irascibilidad y una mala comunicación hacia ella. Debido

al rechazo de la ayuda de la silla de ruedas ha sufrido una caída, en este caso, sin grandes consecuencias.

Por último, la mujer trasmite su preocupación e indecisión por la celebración la cena de navidad debido a los sentimientos estereotipados de festividad y alegría con los que en este momento no cuenta. Manifiesta que sus hijos y marido quieren celebrarlo pero ella se muestra reacia a la realización de cualquier evento festivo.

#### Objetivos:

- Proporcionar a la cuidadora principal información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Explorar cómo percibe el paciente la enfermedad, sus ideas y sentimientos.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Reforzar a la mujer como está llevando el proceso de la enfermedad.
- Favorecer la toma de decisiones.
- Disminuir la hostilidad del paciente.
- Aumentar estilos comunicativos positivos

#### Intervención:

Para disminuir la tristeza y la ira del paciente se emplean técnicas comunicativas y relacionales, reforzando los eventos positivos de su vida, las sensaciones de control, apoyar la toma de decisiones importantes y estimular los elementos reforzantes (visitas de nietos, tv, etc...).

Con respecto a la conspiración del silencio se emplean dinámicas familiares entre el hombre y su mujer, favoreciendo la expresión de condiciones físicas y emocionales que expresen despedida y afecto, reforzar la trascendencia del uno en el otro, transmitir mensajes de esperanza en el control de los síntomas, apoyo y acompañamiento incondicional sobre todo el proceso.

De manera individual con la mujer se trabaja la toma de decisiones compartidas, aclarando los efectos positivos de una reunión familiar para el enfermo; respetando así sus decisiones y los refuerzos positivos a obtener.

En cuanto al cambio de comunicación recibida por parte del paciente hacia su mujer, se interviene explicándole las distintas reacciones emocionales que se producen en estos pacientes a modo de defensa por motivos de miedo, desesperación, indefensión, etc. Insiste en que estos comportamientos solo se producen con ella a lo que se le responde que es lo habitual al ser la cuidadora principal. Estos hechos se producen al no poder exteriorizar el paciente sus emociones, preocupaciones y sentimientos al encontrarse reprimido tanto por la actitud de su mujer como la suya propia, desembocando en la conspiración del silencio.

### **6ª Sesión:**

#### *Desarrollo de la sesión:*

En esta sesión, la mujer del paciente relata que finalmente celebraron la cena de navidad de un modo sencillo reconociendo experimentar sentimientos de tristeza al ver a su hija y marido abrazarse mientras lloraban.

En cuanto al paciente, en este caso, se puede detectar un aumento en el déficit de los procesos cognitivos como dificultad del lenguaje, atención y pensamiento. Mostrando así un lenguaje escueto y una mirada perdida.

Según la mujer, la enfermedad está avanzando de un modo rápido y comienzan a surgirle las dudas sobre el tiempo aproximado de vida que le queda a su pareja. En la visita con la Unidad del dolor le recomiendan el uso de un catéter para la administración de la medicación, se le aconseja que cuente con la opinión del médico que le trata.

La mujer destaca, que cada día son más constantes las llamadas que realizan su entorno (familia, amigos y conocidos) interesándose por la salud de su marido, rompiendo de este modo el cuidado y descanso del enfermo.

La mujer comienza a crearse dudas respecto al tratamiento privado en el Hospital de Navarra ya que varios allegados le han recomendado el éxito en el tratamiento oncológico.

Objetivos:

- Proporcionar apoyo emocional.
- Reforzar a la mujer el modo de llevar el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar a la cuidadora principal información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Entrenar actitudes asertivas.

Intervención:

Respecto a la cena de navidad, comenta que finalmente acudieron a ella todos los miembros cercanos de la familia, fue sencilla pero emotiva, especialmente cuando su marido e hija se abrazaron llorando. Se refuerza la decisión de celebrar el evento ya que de este modo repercute de una forma positiva en el paciente y familia, dejándoles de este modo expresar sus sentimientos y decisiones. Evitando así que aparezca en un futuro sentimientos de culpa, duda, etc. y compartir conjuntamente la carga emocional sufrida por toda la unidad familiar.

Debido a que no se puede dar una fecha determinada respecto a la muerte del paciente, se interviene con la mujer explicándole que la enfermedad está avanzando progresivamente y el hecho de expresiones (abrazos, conversaciones profundas, llanto, etc.) con función de “despedida” augura una cercanía a la muerte.

Frente a la opción de tratamiento “curativo” del Hospital privado de Navarra, se le proporciona información sobre la enfermedad del cáncer, explicando que todos los tratamientos eficaces para la enfermedad se encuentran implantados en el sistema de salud nacional y su curación no dependerá del lugar de intervención sino de la tipología del cáncer, estadio, edad del paciente, entre otros.

Es por ello que con anterioridad, el equipo médico decidió que debido a las características de la enfermedad y el propio paciente no se interviniera de modo curativo sino con carácter paliativo.

Respecto a las constantes llamadas de sus familiares se le suministran distintas estrategias de comunicación basadas en la asertividad para finalizar con los elementos que incordian a la familia y al paciente.

En esta sesión, apenas se interactúa con el paciente por medio de la comunicación verbal, debido al estado en que se encuentra. El único contacto con el paciente es el que se produce físicamente cuando nos coge de la mano y se acompaña emocionalmente en su llanto.

### **7ª Sesión:**

#### Desarrollo de la intervención:

En esta sesión la mujer subraya el grave empeoramiento que está sufriendo su marido en estos últimos días, destacando debilidad muscular, ausencia de lenguaje y alteración de los procesos cognitivos (memoria, atención y pensamiento).

Se observa que la mujer del paciente continúa manifestando dudas sobre si el trato que le está ofreciendo es adecuado o no y la constante incertidumbre de cómo poder mejorarlo.

Por otro lado, también señala las dificultades que tiene para realizar el cambio postural de su marido en la cama y reconoce el beneficio de contar con su hijo en el domicilio.

Antes de finalizar la sesión, la mujer, de manera asustada cuenta que unos días atrás había escuchado a su marido hablar con su madre la cual falleció hacía más de diez años provocándole estas situaciones mucho nerviosismo y miedo.

#### Objetivos:

- Proporcionar apoyo emocional.
- Reforzar a la mujer como está llevando el proceso de la enfermedad.

- Prevenir el síndrome de burnout.
- Proporcionar a la cuidadora principal información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.

### Intervención:

Se refuerza a la cuidadora sobre cómo está llevando el proceso de la enfermedad y la atención constante y adecuada que le proporciona, hechos que se pueden ver reflejados en el propio estado del paciente.

También, se hace especial hincapié en la importancia de su propio cuidado para en beneficio del propio paciente. Para prevenir el burnout se le recomienda tomarse su propio espacio de tiempo haciendo actividades fuera del contexto que rodea la enfermedad. Por ejemplo, salir a dar un paseo o hacer la compra.

Por otra parte, se le ofrecen distintas estrategias relacionadas con cambios posturales respecto a cómo debe moverlo y cambiarlo de postura.

Finalmente, respecto a la visión de su madre, se explica a la mujer que debido a la fase de la enfermedad en la que se encuentra es habitual tener este tipo de experiencias ya que existe un deterioro cognitivo y una pérdida de consciencia. Suele ser utilizado como mecanismo para defenderse de la agonía.

### **8ª Sesión:**

Al llegar al domicilio y no encontrarse nadie, los vecinos nos comunican que el paciente ha fallecido esta madrugada.

### **9ª Sesión:**

#### Desarrollo de la intervención:

Pasadas dos semanas de la anterior sesión acudimos al domicilio familiar a reunirnos con la mujer del fallecido.

Al llegar el estado de la misma es triste y desemboca en un gran abrazo. Se puede observar que se encuentra tranquila ya que el fallecimiento de su marido no ha sido tan

dramático como ella misma pensaba o creía. El conocimiento del proceso de la enfermedad también le ha ayudado a afrontar dicha situación. Según ella misma “*menos mal que habéis estado conmigo, me preparasteis, no sé cómo lo habría llevado*”. A modo de agradecimiento la mujer nos invita a café y detalla cómo ocurrió, explica que murió en la cama por la noche de forma tranquila y que fue velado en el propio pueblo acudiendo todos sus allegados.

Durante la despedida, la mujer agradeció la labor realizada reiteradamente y de nuestra parte se le proporcionó los contactos oportunos para que contase con el apoyo de la asociación frente a cualquier duda o complicación que le fuera necesaria.

#### Objetivos:

- Evaluación del proceso de duelo.
- Proporcionar información de contacto de la asociación.

#### Intervención:

Durante el transcurso de toda la sesión se puede observar en la mujer sentimientos normalizados respecto al proceso de duelo en estas situaciones, sentimientos de pérdida, pena y anhelo hacia su marido.

Gracias al apoyo familiar y profesional con que el que ha contado durante todo el proceso de la enfermedad se valora a priori que no existe riesgo de un duelo patológico en la misma. Entre otros aspectos se puede observar una actitud positiva ante la continuación de su propia vida, interés por volver a trabajar, estar con sus hijos y nietos...

Finalmente se le proporcionan contactos de la asociación frente a cualquier duda que le surgiera

### **5.9. Resultados y discusión:**

Tras la evaluación de las necesidades del paciente y de la familia, la intervención multidisciplinar realizada y la posterior evaluación de los resultados, podemos concluir

que se ha mejorado la calidad de vida de la familia y del paciente, tanto durante el proceso de la enfermedad como en el final de la vida.

Gracias al excelente trabajo del equipo médico se ha logrado el control de síntomas físicos del paciente y la sintomatología psíquica asociada, mejorando considerablemente el estado de ánimo del paciente y de la familia. Una vez estabilizada la ausencia de dolor en el paciente, las expresiones de pensamientos y emociones negativas dejaron de ser tan persistentes durante el día. Del mismo modo se obtuvo una mejoría de calidad de sueño significativo a la vez que un ligero aumento de apetito.

Una constante en todas las sesiones es proporcionar un soporte emocional al paciente y su familia, eliminado así el sentimiento de abandono médico y la ausencia de referentes profesionales ante el proceso de la enfermedad. Es por ello que el paciente pasó a ser parte activa en su tratamiento y cuidado, facilitando así el proceso de toma de decisiones y aumentando su autoestima. La relación terapéutica que se establece está basada en la sinceridad y aceptación incondicional, hizo que se produjera una mejora en la adherencia del tratamiento.

La comunicación con el paciente y con la familia se convierte en una parte esencial del tratamiento al final de la vida y con gran valor terapéutico. La información proporcionada sobre la posible evolución de la enfermedad, hizo disminuir el estado ansioso de la mujer, anticipando posibles eventos y facilitando estrategias para manejar situaciones nuevas que se le pudiesen presentar. De este modo, la mujer del paciente empleó determinadas destrezas aprendidas durante la intervención tales como cuando se le informa de las posibles caídas de su marido sabiendo reaccionar ante la situación o como el propio cuidado del paciente.

El hecho de transmitir la información del proceso de la enfermedad al paciente, respetando sus ritmos y de manera paulatina, hizo que repercutiera en su propia comprensión, adaptación y afrontamiento del final de la vida.

También se pudo observar una mejoría en la comunicación entre el paciente y la familia. En un principio esta comunicación se basa en la represión de los sentimientos y opiniones creándose así una conspiración del silencio. A medida del avance de las intervenciones, los miembros, incluido el paciente, comienzan a expresar libremente sus

emociones que lo manifiestan en gestos de despedida y afecto, apoyo mutuo y acompañamiento incondicional. La adecuada evolución de esta comunicación hizo que se produjera un proceso adaptativo hacia la enfermedad haciendo que a ambos le disminuyera el estado de ansiedad y depresión en la que se encontraban inmersos.

Otros elementos claves que han mejorado la calidad de vida y por tanto al bienestar del paciente y la cuidadora principal, se deben en parte, por las recomendaciones y contactos directos externos que se le ofrece.

Una vez fallecido el paciente, se pudo observar en la mujer la existencia de un duelo normalizado. Durante la última sesión se le proporcionó la posibilidad de continuar con el tratamiento psicológico, en caso de que lo percibiese necesario.

El hecho de no demandar tratamiento durante el duelo, las manifestaciones de gratitud por parte de ambos durante todo el proceso y comportamiento observados, consideramos el éxito de las intervenciones psicológicas.

## **Referencias bibliográficas:**

- Agustín Illueca, M<sup>a</sup> Paz y otros (2011). Manual para el manejo del paciente en cuidados paliativos en urgencias extrahospitalarias. Madrid: Suma 112.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2003). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. San Sebastián: SOV. PAL.
- Barraza, P.A (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*. Vol 1, núm 1, 165-178.
- Barbero, J., Prados, C y González, A. (2011). Hacia un modelos de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología*. Vol 8, núm 1, 143-168.
- Barreto, M<sup>a</sup> P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología* 6 (2), 162-180.
- Barreto, M<sup>a</sup> P. y Soler, M<sup>a</sup> C (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, Vol 0, núm 1, 135-146.
- Benítez del Rosario, M.A., Cabrejas Sánchez, A. Fernández Diaz y col. (2002). Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente en enfermedad terminal. *Atén primaria* 30 (3), 179-182.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 525-532.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.
- Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 2, Nº 3, pp. 525-532.
- Instituto provincial de bienestar social (2009). Guía de intervención psicológica en servicios sociales comunitarios. Diputación de Córdoba.

- Ignacia del Rio, M. y col. (2007). *Cuidados paliativos: historia y desarrollo*. Boletín escuela de medicina U.C. Vol.32, Núm1.
- Mayer Rivera, F. (2006). Fase terminal y cuidados paliativos. *Revista digital universitaria*. Vol. 7, Núm 4.
- Prieto Fernández, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*. (2), 107-120.
- Redondo Rodón, B., Chacón Roger, M., Grau Abalo, J. y Nicot Verdecia, L. (1998). Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. *Revista Cubana Oncol* 14 (2).
- Ruiz Benitez de Lugo Comyn, M.A. (2007). *La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales*. Serie de tesis doctorales.
- Salomón Salazar, M., Gayosso Cruz, O., Pliego Reyes, C. y col (2008). Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México. *Medicina Interna de México*, Vol 24, núm. 3.
- Serra Desfilis, E., Abengózar Torres, M. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de psicología* 6 (2), 147-158.

**Webgrafía:**

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)

[www.aecc.es](http://www.aecc.es)

[www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

## ANEXOS

### **Anexo 1: TEST DE FAGERSTRÖM**

PACIENTE:

| PREGUNTA  | RESPUESTA |   |   |
|---|-----------|---|---|
|   | 0         | 1 | 2 |
| 1. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta el primer cigarrillo? |           |   |   |
| Menos de 30 minutos : 1   |           |   |   |
| Más de 30 minutos : 0   |           |   |   |
| 2. ¿Tiene problemas para no fumar en lugares prohibidos (hospitales, cines)?  |           |   |   |
| SÍ: 1   |           |   |   |
| NO: 0   |           |   |   |
| 3. ¿Qué cigarrillo le costará más suprimir?                                   |           |   |   |
| El primero de la mañana : 1   |           |   |   |
| Cualquier otro : 0  |           |   |   |
| 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?  |           |   |   |
| 15 o menos : 0  |           |   |   |
| 16 a 25 : 1   |           |   |   |
| 26 o más : 2  |           |   |   |
| 5. ¿Fuma más durante las primeras horas del día que el resto del día?         |           |   |   |
| SÍ: 1   |           |   |   |
| NO : 0  |           |   |   |
| 6. ¿Fuma cuando está enfermo en la cama?                                      |           |   |   |
| SÍ: 1   |           |   |   |
| NO : 0  |           |   |   |
| 7. ¿Cuál es el nivel de nicotina de su marca de cigarrillos?                  |           |   |   |
| 0,9 mg o menos : 0  |           |   |   |
| 1,0-1,2 mg: 1   |           |   |   |
| 1,3 mg o más: 2   |           |   |   |
| 8. ¿Inhala el humo?   |           |   |   |
| Nunca : 0   |           |   |   |
| A veces : 1   |           |   |   |
| Siempre: 2  |           |   |   |

RESULTADOS:

Menos de 7: Bajo nivel de dependencia a la nicotina

Más de 7: Alto nivel de dependencia a la nicotina

11: Máximo nivel de dependencia a la nicotina

**Anexo 2: REGISTRO CIGARRILLOS/ SEMANALES**

| HORAS | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| 9-11  |       |        |           |        |         |        |         |
| 11-13 |       |        |           |        |         |        |         |
| 13-15 |       |        |           |        |         |        |         |
| 15-17 |       |        |           |        |         |        |         |
| 17-19 |       |        |           |        |         |        |         |
| 19-21 |       |        |           |        |         |        |         |
| 21-23 |       |        |           |        |         |        |         |
| 23-01 |       |        |           |        |         |        |         |
| 01-05 |       |        |           |        |         |        |         |
| 05-07 |       |        |           |        |         |        |         |
| 07-09 |       |        |           |        |         |        |         |
| TOTAL |       |        |           |        |         |        |         |