



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

Estudio de un caso previo a la obtención del Título Psicólogo Clínico.

Tema:

Estructuración de un plan de psicoeducación integrativa en un paciente oncológico con
angustia

Autor: Gerardo Beltrán

Directora: Master. Martha Cobos

Cuenca-Ecuador 2010

DEDICATORIA:

Dedico esta monografía a mi hija y padres que han sido mi apoyo durante todo este camino.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser la luz de mi camino.

A mi familia por todo su cariño y apoyo.

A todas las personas que de una u otra manera han colaborado con este trabajo.

Y a la Master Martha Cobos por su orientación y apoyo.

ÍNDICE

Pag.No

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

| | |
|--|----|
| 1.1. Historia del cáncer..... | 2 |
| 1.2. Epidemiología y Etiología..... | 4 |
| 1.3. El paciente adulto oncológico..... | 7 |
| 1.4. La angustia en el cáncer..... | 8 |
| 1.5. Tipos de angustia y sus síntomas..... | 9 |
| 1.6. Transmisión de información médica. | 10 |
| 1.7. El modelo integrativo y psicoeducación..... | 13 |
| 1.7.1. Diferencias entre asesoramiento y psicoterapia..... | 16 |
| 1.7.2. Psicoeducación..... | 19 |
| 1.8. La comunicación con el paciente oncológico..... | 21 |
| 1.9. Conclusiones..... | 25 |

CAPITULO II

DIAGNOSTICO.

| | |
|---|----|
| 2.1. Diagnóstico psicológico..... | 28 |
| 2.2. Planificación del proceso..... | 28 |
| 2.3. Como diagnosticar el nivel de angustia..... | 30 |
| 2.3.1. Recursos para ayudar a medir la angustia | 30 |

CAPITULO III

ESTRATEGIAS Y RECURSOS.

| | |
|--------------------------|----|
| 3.1. Psicoeducación..... | 33 |
|--------------------------|----|

| | |
|--|--------|
| 3.2. Rapport..... | 35 |
| 3.3. Empatía..... | 36 |
| 3.4. Informe de los reactivos. | 36 |
| 3.5. Cronograma de actividades. | 36 |
| 3.5.1 Plan de acción para disminuir la angustia en pacientes con cáncer..... | 36 |
| 3.6. Conclusiones..... | 38 |
| CAPÍTULO IV | |
| ANÁLISIS CUALITATIVO EN PACIENTES CON ANGUSTIA. | |
| 4.1. Materiales y métodos..... | 40 |
| 4.2. Aplicación de la psicoeducación..... | 41 |
| 4.3. Conclusiones..... | 43 |
| 4.4. Conclusiones y recomendaciones finales..... | 43 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 45 |
| ANEXOS..... | 46 |

RESUMEN

El presente trabajo trata específicamente, de la aplicación de las herramientas de información y de descarga emocional de la psicoeducación, en el tratamiento de los enfermos de cáncer en sus entornos sociales.

Se destaca la necesidad del equipo multidisciplinario a fin de que la atención que se dé al paciente sea integral, proponiendo mejorar su calidad de vida en sus aspectos emocionales y sociales, y dentro de este grupo de profesionales, la del psicólogo como un facilitador de la adaptación de la persona a los diagnósticos, tratamientos y reinserciones en el medio.

Las alteraciones descontroladas que provocan el cáncer, necesariamente requieren de tratamiento extra-domiciliario, y por lo tanto de hospitalización. Este particular es referido con detenimiento en tanto y cuanto somete al paciente entre otros aspectos, al aislamiento, a la pérdida de su intimidad, a normativas extrañas, lo que a su vez le produce trastornos de angustia que deben ser tratados. Se describen las técnicas de afrontamiento, de adaptación, y los cuidados que se deben proporcionar

Se trata el modelo integrativo en psicoterapia desde las distintas fuentes doctrinales, enfoques y etapas de su desarrollo, se describe el modelo integrativo y se señalan los pasos que se deben seguir para explorar, planificar, y guiar la conducción de un proceso de intervención psicoterapéutico.

Los últimos capítulos se enfocan en el estudio de la psicoeducación, a su rol de asesoría al paciente, en función de su personalidad y educación y angustia que la persona presenta.

ABSTRACT

This paper deals specifically, the application of the tools of information and emotional release of psychoeducation in the treatment of cancer patients in their social environments.

It highlights the need for multidisciplinary team to ensure that the attention given to the patient to be comprehensive, aiming at improving their quality of life in their social and emotional aspects, and within this group of professionals, the psychologist as a facilitator adaptation of the person in the diagnosis, treatment and rehabilitation in the middle.

Uncontrolled disturbances that cause cancer necessarily require treatment extra-house, and therefore hospitalization. This particular detail is referred to as long as the patient submits inter, isolation, loss of privacy, foreign policy, which in turn causes him to treat anxiety that must be addressed. We describe techniques for coping, adaptation, and care to be provided.

This integrative model in psychotherapy from the various doctrinal sources, approaches and stages of development, describes the integrative model and identifies the steps to follow to explore, plan, and guide the conduct of a psychotherapeutic intervention process.

The final chapters focus on the study of psycho-education to their role of advising the patient on the basis of personality and education and distress that the person has.

INTRODUCCIÓN

El cáncer está considerado como una enfermedad múltiple producida por las alteraciones de los genes responsables del crecimiento y la reparación celular, y que son el resultado de interacciones entre factores genéticos y agentes externos, tanto físicos como químicos y biológicos, tiene, otra dolencia, vinculaciones con variantes psicológicas, que han sido advertidas por diferentes científicos desde los inicios de la historia de la medicina. En efecto, en escritos como los de Hipócrates, se señala la influencia del alma sobre el cuerpo y de ésta sobre la parte anímica, así como la relación con el medio ambiente social entendido como factor etiológico de la enfermedad.

En este contexto, el presente trabajo se circunscribe en el campo de la psicoeducación en las diferentes facetas vinculadas con la enfermedad, partiendo de un análisis desde su problemática en general.

En el desarrollo de esta temática, está siempre presente los aspectos psicológicos asociados a la aparición o curso de esta enfermedad, al punto que científicamente se acepta que en un 80%, hay una contribución de tipo ambiental, por lo que en su prevención, cada día cobra mayor importancia el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables que pueden salvar más vidas que todos los procedimientos para su control o eliminación.

En la época actual, abundan investigaciones que intentan demostrar la relación entre la personalidad, el estrés y la aparición del cáncer y su evolución, sin que se haya llegado a las conclusiones definitivas sobre todo, por problemas metodológicos, por lo que se debe evitar interpretaciones que puedan ir al extremo de “Causa –Efecto” que pueda generar una angustia que influya negativamente en su adaptación.

CAPITULO I

1.1. HISTORIA DEL CÁNCER

El cáncer es un sistema de crecimiento celular anormal que se puede producir dentro del cuerpo de una persona, caracterizado por el desarrollo descontrolado que progresa hacia la expansión sin límites. En los tejidos normales, la generación de nuevas células y la muerte de las viejas, se mantienen de forma ordenada.

Su historia natural tomando en cuenta a los fenómenos metastásicos y de invasión como parte de la etapa de progresión o como etapas propiamente dichas, pueden ser divididas en tres etapas que son: iniciación, promoción y progresión.

Iniciación y promoción

La iniciación es un proceso de rápida evolución, es irreversible y provocado por la exposición a un agente carcinógeno. Estos agentes son considerados como sustancias mutágenas que modifican el ADN celular o alteran su estructura. Sin embargo no está comprobado aún que estas alteraciones en el ADN sean un requisito único o absoluto para el desarrollo tumoral.

La promoción es un proceso más prolongado, aparece después de la exposición repetida e ininterrumpida a una sustancia que puede ser carcinógena o capaz de iniciar por sí sola el fenómeno y también por los agentes promotores que modifican la expresión de la información genética en la célula.

Progresión

Es la etapa del desarrollo tumoral que sobrepasa al estadio de la promoción. Su principal signo es el cambio objetivo en el cariotipo. Existen además signos como el aumento de: la tasa de crecimiento; de la autonomía celular; crecimiento invasivo y capacidad metastásica.

Si bien es cierto que la inestabilidad cariotípica es el signo más sobresaliente, la base de la malignidad y lo que hace que el cáncer sea letal es la ausencia de replicación.

La división celular es una secuencia de acontecimientos. Las células neoplásicas al igual que las normales se someten a replicación en el ciclo celular, llegando incluso a la fase de reposo.

Los tumores tienen tasas de duplicación de volumen que varían en diferentes momentos de su historia natural, pero tienden a diferenciarse a medida que avanza el mal, por lo que su aumento más acelerado se da antes de que el tumor alcance el centímetro del tamaño.

La propiedad invasiva que caracteriza a la etapa de progresión no está aún bien entendida, pero se asocia a una mayor movilidad de las células malignas.

Las metástasis son consideradas como una o más células neoplásicas que crecen a distancia del tumor primario que en muchas ocasiones constituyen la causa de muerte de los pacientes. Estas células pueden diseminarse por sistemas circulatorios (sanguíneo o linfático), por extensión local o implantación. Cuando se disemina por vía sanguínea, llegan a pequeños capilares, pasan a través del endotelio, invaden el tejido y crecen.

La propagación de las células por vía linfática puede obstruir sus vasos y diseminarse en los ganglios. El número de ganglios linfáticos afectados por metástasis es una medición clave para el pronóstico y para determinar la posibilidad de su desarrollo.

El cáncer local, a menudo se difunde por vías de menos resistencia especialmente junto a los trayectos de vasos y nervios. Sin embargo son aquellos en los que las células tienen libre acceso a las cavidades serosas, éstas pueden diseminarse por el líquido libre.

Las vías de diseminación en determinados tipos de cáncer proporcionan la base para determinar el estadio o para medir la extensión de la enfermedad en un paciente, así como para el planteamiento del tratamiento. (Manual de Oncología Clínica, 1992.)

1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Las investigaciones sobre las enfermedades neoplásicas suelen basarse en las estadísticas sobre casos de incidencia, de mortalidad y sus proyecciones. Todos estos datos clasificados, por diferentes variables como tipo de cáncer, sexo, lugar de residencia, etc.

Hay ciertas variables que tienen una especial incidencia en la enfermedad como:

EDAD. El aumento de la edad incrementa la tasa de incidencia. En la mayoría de los cánceres epiteliales y de pulmón. Esta relación se ha interpretado como un resultado del efecto acumulativo a la exposición a los carcinógenos. Sin embargo no todos los cánceres se adaptan a esta explicación, por ejemplo la leucemia linfática aguda, presenta una mayor incidencia a los 3 y 4 años de edad y el de testículo entre los 20 y los 29 años.

SEXO. Los índices cancerígenos son más elevados en los hombres que en las mujeres. Aparte del cáncer de mama existen excepciones como los de vesícula biliar y de tiroides.

VARIACIÓN GEOGRÁFICA. Ciertos tipos de cánceres son más comunes en zonas geográficas con características especiales, por ejemplo el de pulmón entre la población masculina es más común entre los americanos de raza negra.

ETIOLOGÍA:

Las bases epidemiológicas de la etiología del cáncer presentan dos categorías: la primera de tipo circunstancial que se deriva de la interpretación de diferencias observadas en cuanto al sexo, la edad y la situación geográfica. Y la segunda que se produce de estudios analíticos específicamente diseñados para probar hipótesis sugeridas por la primera categoría.

Como factores determinantes tenemos:

EL TABACO. Estudios han demostrado que existe un incremento de diez veces mayor incidencia de cáncer de pulmón en pacientes fumadores con relación a los no fumadores. Existe también evidencia de que el tabaco en los fumadores pasivos causa enfermedades

respiratorias en la infancia y cáncer de pulmón en los adultos. Dejar de fumar evita cerca del 80% de riesgo.

LAS RADIACIONES IONIZANTES. Su influencia puede ser causante de cáncer en cualquier parte de cuerpo, sin embargo los atributos a estas exposiciones constituye apenas un 3%. Las principales fuentes son: naturales como los rayos cósmicos y artificiales como las que se utilizan en la medicina.

La exposición de radiaciones ultravioletas. El cáncer que más relacionado está con este tipo de exposición es el de piel, generalmente localizado en la cabeza y en el cuello. Los índices más elevados de cáncer de piel en el mundo se registran en Australia. Las actuales rupturas en la capa de ozono aumentan la intensidad de la exposición al sol y por lo tanto a los rayos UV. Por lo que es posible que en un futuro exista una mayor incidencia de cáncer de piel.

FACTORES OCUPACIONALES. Los carcinógenos más importantes dentro de este aspecto son las radiaciones ionizantes y los químicos. El cáncer ocupacional ocurre principalmente en órganos que están en contacto con los agentes carcinógenos o con sus metabolismos activos, durante la absorción (piel y tracto respiratorio) como en su excreción (tracto urinario). Son considerados carcinógenos: el alquitrán, la brea y sus derivados y por ende los aceites minerales, las ceras que provienen del petróleo crudo, la exposición de la goma, etc. Son personas de alto riesgo también los implicados en la elaboración de cables eléctricos cubiertos por plásticos, los trabajadores de la industria de gas, etc.

DIETA. Últimos estudios revelan que entre el 30 y 49 % de cánceres se pueden prevenir con dietas adecuadas y ejercicio físico, y que el 10 % de los mismos pueden ser atribuidos a un deficiente consumo de frutas y verduras.

La Unión Internacional Contra El Cáncer recomienda: consumir una dieta rica en frutas, verduras y cereales; restringir el consumo de grasa: limitar o evitar el consumo de alcohol:

reducir el uso de sal; equilibrar la dieta para evitar un peso excesivo o demasiado bajo y no depender de vitaminas o minerales utilizadas como suplemento.

Existen estudios que relacionan el alto consumo de grasa con los incrementos del cáncer de mama y de colon; y el alto consumo de frutas y verduras con un bajo riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto.

ASPECTOS GENÉTICOS. Los antecedentes de enfermedades familiares constituyen factores de alto riesgo, así tener un pariente de primer grado con cáncer de mama o de colon aumenta el peligro de desarrollo de estos tumores hasta tres veces más.

ALCOHOL. La relación entre el alcohol y el cáncer que se observó en los inicios del siglo XX se ha comprobado en la actualidad al determinarlo como agente carcinógeno. Esta relación principalmente con el cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado.

El consumo de alcohol y tabaco de forma simultánea potencia el riesgo del consumo uno u otro por separado. (Manual de oncología Clínica.1992.)

1.3. EL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO

EL ADULTO CON CÁNCER.

Cuando interrogamos a un adulto que sufre de cáncer, lo primero que recuerda es el impacto del diagnóstico y la sensación de perder algo muy valioso.

Si bien es cierto que la enfermedad es un padecimiento que al paciente afecta de sobremanera, existen otras adversidades que se evidencia con el cáncer como:

La pérdida de la identidad –Aunque de una manera transitoria el paciente deja de valorarse como lo hacía antes, puesto que de una manera negativa repercuten: los síntomas; la hospitalización; el deterioro por el tratamiento, la baja laboral; el cese de sus funciones familiares; sociales; académicas etc.

La pérdida de control- El paciente se vuelve vulnerable a las reacciones y manifestaciones de la enfermedad y tratamiento. Además se siente dependiente del médico.

La pérdida de la relaciones- No sólo por el aislamiento o la lejanía de las personas durante la enfermedad si no también por la falta de apoyo y compañía por parte de sus seres queridos en los momentos difíciles y no por falta de afecto, si no por que el cáncer afecto no solo al paciente si no a todo su entorno.

La pérdida de las experiencias sexuales en el futuro- Los pacientes oncológicos más que los tratados por otras enfermedades, temen, perder su vida sexual como resultado de las cirugías, de los tratamientos con radio terapia al punto que algunos evitan el contacto social.

La pérdida del estilo de vida- La interrupción del estilo de vida les causa malestar sobre todo cuando el apoyo social es escaso y tienen familiares dependientes. A eso se suma; el temor a no poder continuar con su forma de vida.

La pérdida de la capacidad de procreación- Cuando la pareja ha puesto como uno de los grandes ideales la procreación, la enfermedad en muchos casos crea cuestionamientos e incluso crisis en la pareja.

La pérdida del proyecto de vida o de futuro- El paciente puede considerar que su enfermedad está truncando su carrera profesional y con ello sus posibilidades de contar con recursos para realizar sus proyectos planificados, por, lo cual pueden suspender o posponer sus planes.

La pérdida del esquema de valores prioritarios- Los valores y prioridades cambien radicalmente al punto que los pacientes manifiestan que existe un antes y un después de la enfermedad. (Die Trill.María .2003.)

1.4. LA ANGUSTIA EN EL CÁNCER.

¿QUÉ ES LA ANGUSTIA?:

El término angustia se usa para describir sentimientos o emociones desagradables que pudieran interferir con su capacidad de enfrentarse al cáncer, a sus síntomas físicos, y su tratamiento. La angustia consiste de una amplia gama de sentimientos que van desde impotencia, tristeza y temor hasta depresión, ansiedad y pánico. Además de las sensaciones, el estrés también puede afectar áreas en su vida como sus pensamientos y su comportamiento.

La angustia es una respuesta normal que se presenta cuando la persona o un miembro de su familia reciben un diagnóstico de cáncer. El cáncer causa angustia, en parte, debido a las actitudes y los temores asociados con el cáncer. La idea de que el cáncer siempre conduce a la muerte es incorrecta: hoy en día viven aproximadamente 9 millones de estadounidenses que han tenido cáncer.

Sin embargo, a pesar del progreso en el tratamiento contra el cáncer, las personas siguen reaccionando comprensiblemente molestas al enterarse que tiene la enfermedad. Todas las personas diagnosticadas con cáncer tienen temores y preocupaciones sobre lo que pudiera pasar en su cuerpo, como sus familias se enfrentarían a la experiencia del cáncer y cuál será el futuro para sus hijos.

Una vez que ha sido diagnosticada con cáncer una persona, siente que no está a salvo de una enfermedad que amenaza la vida. Es posible que se sienta expuesto y débil. A menudo estos sentimientos persisten durante el tratamiento, y es posible que también sientan ansiedad y tristeza.

El manejo del efecto secundario del tratamiento, como el cansancio, pérdida de pelo, pérdida o aumento de peso, y la interrupción de la rutina de trabajo y del hogar, también causan angustia.

A menudo, el período que sigue a la terminación del tratamiento del cáncer es más angustioso, las visitas al médico, que atiende su cáncer, pueden causar miedo. La mayoría de personas sienten algo de miedo a que el cáncer regrese, lo que es normal.

Tener cáncer es una experiencia estresante. Sentirse molesto y preocupado es parte del proceso. No obstante, algunas veces la angustia puede ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso que puede interferir con su tratamiento y su capacidad de enfrentarse a su enfermedad. (NCCN.2005.)

1.5. TIPOS DE ANGUSTIA Y SUS SÍNTOMAS.

Existen dos tipos de angustia: la leve y la moderada o intensa

La angustia leve: La angustia leve a menudo es tratada por el equipo que atiende su cáncer. Por lo general, la angustia leve es aquella que se espera ocurra como resultado del diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los síntomas normales incluyen;

Temor, preocupación e inseguridad por el futuro.

Preocupación por la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

Tristeza por la pérdida de la buena salud.

Preguntas sobre por qué esto está pasando.

Enojo y la sensación de que la vida está fuera de control.

Dificultad para dormir

Poco apetito o cambios en el apetito.

Pensamientos repetitivos sobre la enfermedad y la muerte.

La angustia moderada o intensa:

Esta angustia pudiera ser causada por depresión, ansiedad y ataques de pánico reales.

Este tipo de angustia requiere de una evaluación adicional y los síntomas son los siguientes:

Preocupación y miedos excesivos que interfieren con la capacidad de funcionar o lidiar con el cáncer.

Tristeza excesiva (todo o la mayor parte del tiempo).

Pensamiento confuso.

Sentirse desesperado y sin esperanza.

Problemas familiares graves (falta de apoyo, incapacidad para comunicarse, crisis matrimonial).

Crisis espirituales (pérdida de la fe, culpabilidad excesiva, sentir que la vida ha perdido su significado). (NCCN.2005)

1.6. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.

Las vivencias de los seres humanos están basadas en relaciones, y por la tanto en la comunicación bidireccional que va más allá de la verbal. En una medicina de calidad, este mecanismo se convierte en el núcleo esencial en la relación médico paciente, permitiendo ampliar los recursos personales y sociales del paciente y minimizar los factores de riesgo a los que se ve expuesto en el transcurso de su dolencia.

Los problemas de comunicación, que son evidentes a nivel general, se acentúan en los casos de enfermedades potencialmente mortales como el cáncer, por ello que debe ser transmitida con toda la responsabilidad, generando buenas relaciones con el personal médico, a fin de facilitar la adhesión al tratamiento. Estos efectos positivos a su vez dependen de su contenido y de la manera de ser emitida.

El contenido, debe considerar los siguientes aspectos:

Diagnóstico y características clínicas del cáncer.

Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Efectos colaterales del tratamiento.

En este campo de debe tener en cuenta que:

La información sea esencial.

Deba ser administrada por un especialista.

Debe ser congruente.

Sea adecuada al estilo de afrontamiento del paciente.

Sea integrada al esquema conceptual de lo que significa el cáncer.

La información del diagnóstico o de los tratamientos, inicialmente pueden hacerle sentir al paciente mayor ansiedad, pero a mediano y largo plazo, él y su familia logran desarrollar una mejor adaptación al proceso. (Buceta José María. 1996.)

Si bien, ésta información debe ser realista y lejos de expectativas infundadas es muy importante la forma cómo se la trasmite puesto que de ser adecuada, se convierte en herramienta válida que permite un menor costo emocional, y ayuda de toma de decisiones y a la búsqueda de nuevas opciones, a través de preguntas y confrontaciones.

El miedo a preguntar se acentúa en este tipo de pacientes, pues tras de ellos se ocultan: el temor a la verdad; las creencias erróneas; las ideas distorsionadas; las malas experiencias; etc. En consecuencia, las preguntas deben ser orientadas a las necesidades de los pacientes, evitando la actitud paternalista de aconsejar, de lo que tiene que hacer, si no más bien otórgale la información adecuada y suficiente para que tome la decisión que considere adecuada y beneficiosa para él.

Cada sesión es una oportunidad para el diálogo, para la expresión emocional, para identificar las preocupaciones, evaluar recursos y facilitar información y reducir los niveles

de ansiedad, por ello, durante la entrevista se debe clarificar la situación del paciente, identificar sus preocupaciones, su nivel de información y de reacciones emocionales, manejar sus preocupaciones y determinar estrategias de afrontamiento para concluir en una adecuada toma de decisiones.

La comunicación con el paciente oncológico se ve facilitada cumpliendo los siguientes pasos:

Realizar preguntas abiertas.

Identificar las preocupaciones.

Motivar a comunicarse (continúe, le escucho).

Preguntar sin dar nada por supuesto (Que entiende por aplasia?).

Escuchar los sentimientos y dar muestra de empatía.

Explorar otros problemas.

Identificar atribuciones.

Pedir opiniones.

Resumir lo que se ha entendido y aclarar si es necesario.

Congruencia entre la comunicación verbal y no verbal.

La comunicación para que sea eficiente, sobre todo en personas que trabajan en el ámbito médico, que buscan proporcionar ayuda, debe ser puesta en funcionamiento mediante habilidades sistematizadas que permitan escuchar los mensajes verbales y percibir los no verbales.

Escuchar implica centrarse en el otro: buscando comprenderle; observar lo que dice y como dice, cómo se ve a sí mismo y al mundo que lo rodea. Esta escucha debe ser activa, que permita una adecuada atención a los mensajes y al pospensamiento y sentimientos, demostrando así que estamos prestos e interesados en la ayuda.

Este proceso es el medio por el cual se tocan temas que el paciente nunca expresó, por ello no se debe dar lugar a nuestras interpretaciones, ni mezclar lo que dicen con nuestras ideas. Las únicas razones para hablar mientras se escucha, deben ser para mostrar que estamos entendiendo lo que nos relata y para pedir repetición o clarificación. Si la persona se adentra en sus problemas, es por que se siente escuchada.

Según algunos antropólogos, más de los dos tercios de la información que se trasmite en cualquier intercambio comunicativo es de carácter no verbal, mediante gestos, posturas, expresiones faciales, etc. Este medio nos da pistas mas no pruebas concluyentes.

A su vez los mensajes verbales están compuestos por contenidos cognitivos y afectivos o por una mezcla de ambos. Por lo general, respondemos más a los contenidos cognitivos que a los afectivos que son más difíciles de comprender. El cognitivo es lo que se dice, incluye la información y las palabras que lo transmiten, y el afectivo es menos evidente, incluye emociones, actitudes y condiciones.

Los pacientes expresan más fácilmente mensajes con contenido cognitivo ya que son más conscientes de sus pensamientos que de sus sentimientos, por lo que se ven sorprendidos por intervenciones de los profesionales donde identifican o definen sus emociones, por ello las respuestas deben ser congruentes entre sí para evitar confusión y desconcierto.(Nova Sidonia Oncología. 2000.)

1.7. EL MODELO INTEGRATIVO Y PSICOEDUCACIÓN

EL MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA

El desarrollo de diferentes teorías y el estudio de múltiples conflictos vinculados con la infancia, conducta y sistemas, han permitido que la psicoterapia evolucione y encuentre cada vez más herramientas de análisis ante distintas situaciones.

Estos procesos lamentablemente han estado encerrados dentro de una sola corriente de pensamiento y no han considerado otros aportes que podrían haber surgido de otras vertientes. Sin embargo en la práctica, las técnicas y procedimientos que se utilizan son diversos, con lo que se llegó a un claro eclecticismo, motivado justamente por la necesidad de herramientas más acordes a la necesidad del paciente y por el éxito de las experiencias de otras teorías aplicadas a determinados trastornos, razón por la cual a lo largo de los años los terapeutas han practicado este principio de manera espontánea.

Esta postura ecléctica, le ha llevado a la psicoterapia al nivel de evolución actual que se conoce como movimiento integrador, que busca su desarrollo y maduración con el fin de construir un marco de diálogo entre las diferentes corrientes y lograr su cooperación.(Fernández Álvarez y Opazo.2005.).

Las razones que han conducido a esta evolución pueden ser por dos factores independientes; las clínicas, que están vinculadas a las creencias diversificadas de ofertas de tratamiento; y las teorías, por la diversidad de modelos y variantes.(Fernández Álvarez.2005.pag. 19.)

En los comienzos del siglo XX, la psicoterapia se constituyó como un nuevo procedimiento científicamente fundamentado para ayudar al tratamiento de los padecimientos psíquicos. Dicho fundamento recurría al uso de la palabra como vehículo fundamental separándose así de las intervenciones médicas tradicionales. Así, el término ha ido abandonando toda pretensión de vocablo para transformarse en una palabra que requiere cada vez de más adjetivos para definirla.

La psicoterapia se ha ido ampliando a otras formas de trastornos dando origen a nuevas técnicas de tratamiento. Esta expansión ha permitido a su vez, una aceptación social a su intervención en el sufrimiento humano y a la valoración de su utilidad.

A comienzo de los años 80, la proliferación de métodos se hizo tan extensa que para entonces el científico Herink había descrito 250 formas diferentes de psicoterapia aunque muchas de ellas no constituían verdaderos sistemas terapéuticos. (Corsi jorge.2005.)

Así cada teoría o enfoque buscaba el conocimiento y el manejo de las diferentes patologías y descalificaban a otros marcos conceptuales. Como consecuencia de ello, se dio la fragmentación de esas corrientes no siempre motivadas por diferentes teorías si no también por intereses personales lo que muestra a una terapia resquebrajada, dispersa y con fronteras relativamente definidas.

Estos conflictos llevaron a la psicoterapia a la búsqueda de puntos comunes entre diferentes teorías. Así Dollard y Miller en 1950 se empeñaron en relacionar tres corrientes: El psicoanálisis de Freud; los principios derivados de la obra de Pavlov; y las normas de la moderna ciencia social. El proceso continuo a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, apareciendo nuevas publicaciones de coincidencias, especialmente entre el psicoanálisis y el conductismo, modelo que había adquirido una significativa importancia.

Frank en 1973, concluía que existen aspectos comunes entre todas la psicoterapias, como; la relación particular entre paciente y terapeuta, cuyo ingrediente esencial era la confianza del primero en la competencia del segundo para ayudarlo; la designación por la sociedad de sus entornos como lugares de curación, de manera que el ambiente genera por si solo una expectativa de alivio; que todas la psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad el mismo que es compartido por el aparato cultural que

definen al paciente y terapeuta; y que toda psicoterapia implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica.

Con el correr de los años surgieron múltiples corrientes de integración teórica y técnica con distintos enfoques psicoterapéuticos, que obedecieron principalmente a la búsqueda de descubrir dentro de la diversidad, nexos conceptuales que permitían la articulación de síntesis teóricas e identificar modos de intervención que otorguen mayor efectividad a los tratamientos.

Para Lucio Balarezo “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados.”

Según Héctor Fernández Alvares (1996)” integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes”.

Y para Roberto Opazo (1992) “Integrar involucra una totalidad a partir de partes diferentes.”

La psicoterapia integrativa además de facilitar un enfoque más amplio es más flexible, lo cual permite que el terapeuta disponga de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicarlos en la sesiones y muestre una tendencia a operar con esquemas abiertos y a rechazar las posiciones rígidas en el abordaje que utiliza.. (Fernández Álvarez. 2005.)

1.7.1. DIFERENCIAS ENTRE ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA

DEFINICIONES GENERALES: PSICOTERAPIA Y ASESORAMIENTO.

La controversia que se ha establecido entre estos términos es larga y no acabara inmediatamente. A pesar de la coincidencia de las dos actividades como relación de ayuda, a veces sus límites no resultan precisos y tampoco lo son sus diferencias. Al respecto, nos

restringiremos a definir las y luego estableceremos algunas semejanzas y diferencias que nos aclaren relativamente el problema, pondremos énfasis en la relación entre psicoterapia y asesoramiento, pues, al igual que la mayoría de los autores, ubicamos a la consejería como una técnica de comunicación que se la emplea en los procesos de psicoterapia y en los de asesoramiento.

Psicoterapia: Es el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal. (Balarezo, 1991)

Asesoramiento: Aquí señalaremos la conceptualización de algunos autores

Proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no pueden manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales. (Hahn&Maclean, 1995).

Es una relación en la que una persona se esfuerza por ayudar a otra a comprender y resolver sus problemas de adaptación. (English&English, 1958).

Proceso que implica relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más clientes: el primero emplea métodos psicológicos basados en el conocimiento sistemático de la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de los segundos. (Patterson, 1976).

Algunas de las semejanzas que se encuentran entre ellas serán señaladas a continuación:

1. Se refiere en términos generales, a la relación de ayuda que se brinda a una persona o personas con problemas.
2. Se encuentra dentro del contexto de la conducta o comportamiento humano.

3. Manifiestan criterios sobre salud mental participando en mayor o menor medida en las fases respectivas.
4. Persiguen como meta influir en sentido positivo sobre la personalidad.
5. En todas se privilegia la acción interpersonal sobre todo de tipo verbal, como recurso através de la cual se brinda la ayuda.

Las diferencias encontradas son las siguientes:

1. La psicoterapia supone el tratamiento de enfermedades psíquicas, hecho que conlleva implícitamente la noción de enfermedad por su propio concepto, mientras que el asesoramiento se aplica más a las personas normales con problemas de adaptación o conflictos personales e interpersonales. No obstante, en muchos terrenos su aplicación no es excluyente sino complementaria, sin llegar a establecer una delimitación precisa.
2. Existen diversa formación académica entre los profesionales que actúan en estas disciplinas; la psicoterapia se relaciona con la Psicología Clínica y sus ramas afines, Mientras que el asesoramiento tiene que ver con la psicología Industrial, Educativa y otras ramas relacionadas entre sí.
3. Por las consideraciones anteriores, generalmente el contexto de trabajo suele ser diferente: la psicoterapia se ejerce en servicios de salud mental, ya sea hospitales generales o psiquiátricos, el asesoramiento se orienta a instituciones educativas y laborales.
4. La intensidad de la relación y tiempo de contacto es diferente, pues la psicoterapia es un proceso más profundo y de mayor duración que el asesoramiento.

LOS CAMPOS DE ACCIÓN DE LA PSICOTERAPIA Y EL ASESORAMIENTO.

La psicoterapia y el asesoramiento son aplicables a todas las instituciones que traten problemas de salud de los individuos y los objetivos se determinan por las diferentes instancias de la salud mental, encuadrándose por lo tanto, en tareas preventivas de tratamiento y rehabilitación. (Balarezo. Lucio A, 2003.)

Por lo tanto se puede decir que la psicoeducación está dentro del asesoramiento profesional, que se da en pacientes que necesitan de esta para adaptarse mejor a la situación.

1.7.2. PSICOEDUCACIÓN:

Aceptar el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer es difícil, no solo para el paciente sino para todo su entorno, por lo que la psicoeducación constituye a la no estigmatización de los trastornos y la disminución de las barreras para el tratamiento. Esto se logra atravésde una visión más amplia del problema, de un mejor entendimiento y aceptación de la enfermedad.

La psicoeducación por lo tanto es un medio de información y de descarga emocional a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se fortalecen y se educan acerca de una enfermedad ya sea esta mental o física; puede ser individual, familiar o grupal que buscan promover; su compromiso y protagonismo con el cuidado de la salud, así como promover el afrontamiento del problema, la aceptación de la situación, y ayudar al paciente a salir adelante.

La psicoeducación constituye un instrumento, que puede ubicarse tanto en el área de prevención como en la asistencia y rehabilitación.

La educación preventiva es un proceso que busca el desarrollo intelectual, emotivo, psicológico, y físico de la persona.

En lo concerniente al cáncer, la psicoeducación realizada por el terapeuta cumple un rol de asesoramiento tomando en cuenta el tipo de personalidad y el tipo de angustia que experimenta el paciente. Este asesoramiento depende de las características personales del paciente así como de su nivel socio cultural, de educación y de las redes de apoyo familiar, por lo que la psicoeducación y la manera de como afrontamiento de la enfermedad será diferente en una situación u otra.

Existen algunos estudios sobre la aplicación de la psicoeducación en pacientes con cáncer aquí se enumera algunos de ellos:

- Distrés y cáncer .La finalidad de este trabajo es que tanto el paciente como los familiares afronten activamente el proceso de la enfermedad, retroalimentando activamente el estado de ánimo del paciente y contrarrestando el sentimiento de indefensión.(García María, 2006)
- Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncerSe hizo un análisis exhaustivo de las dimensiones del hombre, de los factores implicados en la pérdida de la salud del paciente oncológico, y de cómo las intervenciones psicosociales y los programas psicoeducativos, atenúan la respuesta ante el estrés y estimulan el SI aumentando la sobrevida del paciente oncológico, (Navas Carmen, 2007)
- Las metas de la psicoeducación con los pacientes con cáncer son;
Información/educativo: Mejorando el conocimiento, la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional del paciente.

- Cognitivo/conductual: Mejorar el manejo de la sintomatología específica. Tiene un carácter directivo pues se entrena al paciente en habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten el ajuste y la adaptación a la situación de enfermedad.
- Existencial: Mejora y favorece el ajuste emocional, facilitando la expresión y discusión de aspectos personales derivados de la situación de enfermedad, principalmente aquellos relacionados con el sufrimiento, la discusión sobre objetos vitales cumplidos y no cumplidos y sobre la muerte.

Es de suma importancia identificar las dificultades que los pacientes oncológicos presentan tras el diagnóstico, con el fin de proporcionarles psicoeducación adecuada sobre la naturaleza de sus síntomas, evolución, etc., Y la ayuda para alcanzar una sensación de control. Por ello, se debe conocer a ciencia cierta el tipo de información que le debe otorgar y la manera de hacerlo, en base a su situación personal y clínica y sobre el nivel de información que tiene sobre su enfermedad.

La psicoeducación con pacientes con cáncer, para que sea más efectiva debe basarse en estrategias como las siguientes:

- Preguntar lo que se conoce de la enfermedad, antes de dar una pauta informativa.
- Averiguar si tiene algo que preguntar o si desea conocer algo en particular.
- Facilitar información realista y accesible.
- Permitir la expresión verbal y emocional.
- Responder a los sentimientos de los pacientes. (Nova Sidonia Oncología. 2000.)

.1.8. LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Esta comunicación siempre ha sido un tema tabú, por ello es de vital importancia que sea adecuada, pues solo así contribuirá a mejorar la calidad de vida. La buena comunicación

está compuesta por buenos detalles, en donde son los pacientes quienes deben guiar en función de sus deseos y necesidades.

Culturalmente se ha visto que cuando se trata de cáncer, el profesional se ve obligado a proporcionar una información limitada, por lo que el paciente sale de las consultas con dudas, las mismas que sumadas a situaciones como: su intuición; los silencios; la expresión del médico y el aumento de atención de los familiares, le provocan incertidumbre y sentimientos de engaño.

El paciente tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a su familia o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre sus procesos incluyendo diagnósticos, pronósticos y alternativas de tratamiento.”

En nuestro medio la idea de la comunicación es una opción permisible, aunque el derecho a la información se reconoce generalmente, no siempre es respetado cuando el tratamiento es de carácter paliativo.

Generalmente la no comunicación proviene de una postura paternalista y protectora que considera que el paciente es incapaz de recibir la noticia de su diagnóstico, la comunicación debe convertirse en una llave que le vaya abriendo sus puertas, pues de esto depende de gran medida su futuro.

La información siempre debe ajustarse a las necesidades de sus pacientes, sin dejar vacíos, ni sobrepasar de lo adecuado, buscando que sea más bien gradual, y respetando las etapas por las que atraviesa, la verdad fortalece la relación médico y paciente y felicita el establecimiento de un clima de confianza y colaboración. No conocer sobre su diagnóstico puede impedir al enfermo tomar decisiones sobre su vida y su futuro, así como disminuir su adhesión al tratamiento.

La información que se proporciona, debe estar precedida de la suministrada por el paciente, la misma que se puede obtener como preguntas tales como:

¿Cómo supo de su enfermedad?

¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?

¿Qué le han dicho los médicos sobre su enfermedad?

¿Ha pensado en la posibilidad de que su enfermedad podría ser grave?

La información obtenida en estas respuestas, suele estar enriquecida con el grado de comprensión del paciente, su estilo de comunicación y en el contenido emocional de sus mensajes.

La comunicación en este campo, no solo es difícil para quien recibe la noticia de la enfermedad si no también para el profesional que lo emite, sobre todo cuando hay relaciones y consideraciones especiales.

La psicoterapia han demostrado que, si bien es cierto, son importantes los resultados obtenidos con la aplicación de factores técnicos dentro de la misma, existe otro factor que no puede ser ignorado. Este factor corresponde a los fenómenos que se producen dentro de la relación psicoterapéutica. Ninguno de los dos elementos pueden ser excluidos dentro de la psicoterapia, ya que, la aplicación técnica solo tendrá un efecto real dentro de un vínculo humano entre terapeuta y paciente, que incluya afecto, confianza y respeto mutuo.

La relación terapeuta/paciente como variante de la relación interpersonal.

Dentro de la gran categoría principal como es la de las relaciones interpersonales, existe un sin número de variantes. Una de ellas es la relación terapéutica. Esta premisa trata de desmitificar a este tipo de relación, para que pueda ser considerada de misma manera como otras variantes. Este tipo de relación hace referencia al contacto que se establece entre dos personas para trabajar juntas en función de un objetivo.

Dentro de este contacto establecido entre terapeuta y paciente, existe un sin número de situaciones pertenecientes al pasado de cada uno de los integrantes de la relación. Por lo tanto, la relación terapéutica que se llena de matices y significaciones propias del pasado, tanto del terapeuta como del paciente. Esta situación hará que cada relación psicoterapéutica sea única e irrepetible.

Estructuras conscientes e inconscientes.

De igual manera, cada relación está establecida y, hasta cierto punto determinada por los contenidos y estructuras tanto conscientes como inconscientes de cada uno de los participantes en dicha relación.

Relación con los factores inespecíficos.

Aspectos como la empatía, la calidez, autenticidad y tolerancia, han sido comúnmente identificados como factores inespecíficos de la relación psicoterapéutica. Estos factores intervienen directamente en la relación, potencializando o contaminando según sea el caso.

Una buena relación terapéutica/paciente, debe basarse en la confianza mutua, que puede facilitar al considerar factores como:

- Que el primer contacto sea un aspecto muy importante pues constituye la base en la que se debe construir la futura relación. En este momento se debe adoptar una posición de escucha activa.
- Realizar preguntas abiertas.
- Identificar del modo más específico, las posibles preocupaciones, necesidades y temores.
- Indagar las pistas indirectas de los pacientes, pues pueden estar dando mensajes muy importantes.

- Empatizar
- Motivar a comunicarse.
- Preguntar sin dar nada por supuesto.
- Escuchar los sentimientos y dar muestra de que se entiende y acepta.
- Escuchar antes de hablar.
- Explorar otros problemas.
- Pedir opinión.
- Respetar los mecanismos de negación.
- Evitar mensajes impositivos.
- Facilitar la expresión emocional.
- Centrar la comunicación en lo que se puede hacer y no en lo que no se puede.

Decirle la verdad al paciente supone un compromiso de ayuda, compartir sus preocupaciones, y de caminar juntos por los difíciles senderos. Una buena información le permite colaborar más y mejor con los tratamientos y luchar con más fuerza contra la enfermedad. Aun en las preguntas más difíciles como, cual es la expectativa de vida, el apoyo debe estar presente pues lo determinante en el tiempo generalmente no es posible calcularlo con exactitud, pero si la solidaridad que le induzca a saber que nunca estar solo. (DieTrill maría. 2000.)

1.9. CONCLUSIONES:

El cáncer es una enfermedad que se presenta en un individuo en su aspecto físico, pero también en sus aspectos psicológicos y sociales en donde uno de sus síntomas es la angustia, por lo cual buscar disminuir sus impactos es parte del tratamiento del mismo, este tratamiento se basa en la psicoeducación , dando a entender al individuo cuáles son sus

problemas y como poder vivir con una enfermedad de una manera emocional tranquila para así mejorar su calidad de vida .

Las enfermedades lejos de ser temidas deben ser conocidas con el fin de saber cómo cuidarnos de las mismas para mejorar su calidad de vida.

Es importante saber que el paciente pasa por diferentes etapas desde el momento que conoce su padecimiento, es por eso que el psicólogo debe tener en cuenta todos estos aspectos.

CAPITULO II

EL DIAGNÓSTICO

2.1 DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO:

Dependiendo de los objetivos del diagnóstico variarán los instrumentos y la metodología.

El diagnóstico psicológico intentará además establecer de la manera más objetiva posible las características psicológicas de una persona o de un grupo de personas, otorgando sus conclusiones un relativo valor de posibilidad (porque siempre existe la posibilidad de que algo varíe).

Si hacemos un buen diagnóstico, podremos tener una descripción muy precisa y detallada de la situación actual del sujeto, pero no garantiza la continuidad temporal.

Se debe aprender a discriminar los rasgos estructurales de la personalidad y los rasgos que, con seguridad, podrían cambiar si se cambia la situación en que está inmerso el sujeto. (<http://www.tc.umn.edu>)

El instrumento que nos va a permitir explorar planificar y guiar la conducción del proceso de intervención de forma estructurada, dando coherencia a la aplicación del plan es la guía número 4 de la FIEPS-ficha integrativa de evaluación psicológica.

2.2 PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema:

En este punto, se analiza el problema del paciente con respecto a la angustia, las manifestaciones sintomáticas que presenta, realizando un análisis integral que permitirá determinar el nivel de angustia o ansiedad y sus causas específicas.

Se determina las causas del problema, si surgen a partir de pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, estilos atribuciones erróneos, angustia al momento de efectuar una conducta determinada, etc., cuales son los factores desencadenantes y mantenedores del problema de la angustia, es decir todos los factores relacionados al problema.

2. Descripción de la Personalidad

Se realiza un análisis de las características de personalidad del paciente, efectuando una descripción dinámica de la misma, buscando posibles relaciones entre dichas características y el problema de angustia.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

Determinar los niveles de angustia en el paciente hospitalizado.

Determinar las causas del problema, desde donde se origina, que le sostiene y refuerza.

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

Disminuir los niveles de angustia

Controlar su sintomatología

Motivar la adhesión al tratamiento

3.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Conocer el tipo de personalidad con el fin de reconocer los mecanismos de defensa y de afrontamiento que utiliza, lo que facilita un acercamiento terapéutico adecuado que contribuirá al proceso.

Promover el autoconocimiento de su personalidad que motiva al paciente a generar cambios en la perspectiva de su problema.

4. Señalamiento de Técnicas

Psicoeducación

Escucha activa

Psicoterapia de apoyo

2.3. COMO DIAGNOSTICAR EL NIVEL DE ANGUSTIA

2.3.1. RECURSOS PARA AYUDAR A MEDIR LA ANGUSTIA.

Algunas veces es difícil hablar sobre la angustia de una manera clara que le permita al equipo que atiende su cáncer entender la cantidad de angustia que el paciente está sintiendo.

Un recurso para medir la angustia es una escala del 0 al 10. Este recurso puede usarse mientras está a la espera del tratamiento o espera al médico, se le pide que marque un número del 0 al 10(10 es el nivel más alto y 0 es el nivel más bajo) que describa cuanta angustia ha experimentado durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Si su respuesta es 5 o más, es probable que tenga un grado de angustia entre moderado a intenso. En este caso, usted debe ser evaluado más detalladamente, y se debe tomar algún tipo de acción para disminuir su nivel de angustia.

Este recurso no solo le indica a su equipo como se siente emocionalmente, si no que ofrece también la oportunidad de hablar y resolver sus problemas específicos durante la visita.

Una lista de problemas se ha incluido en el recurso para medir la angustia, se le pide al paciente que lea una lista de problemas y marque las posibles razones de la angustia. Los problemas están agrupados bajo las categorías siguientes:

- Problemas prácticos (asunto de hogar o cuidado de los niños)
- Problemas familiares (las relaciones entre la pareja y los hijos)
- Problemas emocionales (preocupaciones y tristezas)
- Inquietudes espirituales y religiosas
- Problemas físicos (Dolor y diarrea.) (ANEXO2)

Otra manera para determinar el nivel de angustia de un paciente, consiste en usar un auto cuestionario.

Se le pide al paciente que conteste las preguntas con toda honestidad. Si trata de crear una impresión distinta a la que realmente usted siente, entonces no recibirá la ayuda que pudiera cambiar la experiencia con el cáncer. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estas preguntas solo tienen el fin de medir su sentir, si marca todo el tiempo el número 4 o 5 el paciente necesita ayuda profesional. (ANEXO3). (NCCN.2005.)

2.4. CONCLUSIONES:

El diagnóstico es una de las herramientas más importantes que tiene el psicólogo, por lo tanto hay que saberlo usar de una manera profesional y eficaz, con el diagnóstico se ha llegado a diagnosticar y dar una técnica para su tratamiento en el aspecto de la angustia.

CAPITULO III
ESTRATEGIAS Y RECURSOS

3.1. PSICOEDUACION

El cáncer genera un sin número de reacciones, muchas de ellas fruto de las diferentes creencias respecto a la enfermedad.

Algunas reacciones y miedos tanto al cáncer como a sus tratamientos se deben a que existen muchos mitos al respecto, por lo que los pacientes acuden a más de impactados por el diagnóstico, temerosos por lo que desconocen y por lo que suponen de todo este proceso al que no ha sido enfrentado antes.

Es importante entonces que el paciente conozca acerca de la enfermedad y de sus tratamientos con el fin de que el paciente pueda tomar decisiones en función de una adecuada información y conocimiento, influyendo así positivamente en el paciente.

La psicoeducación constituye una herramienta muy importante y básica que permite que los pacientes conozcan, acepten y afronten su realidad. (Nova Sidonia Oncología. 2000)

Se tomara la prevención terciaria o rehabilitación: Que actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida. Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar en la sociedad, utilizando sus capacidades de funcionamiento, esta rehabilitación es física, psicológica y social.

Las metas de la psicoeducación con los pacientes con cáncer son;

- Información/educativo: Mejorando el conocimiento, la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional del paciente.
- Cognitivo/conductual: Mejorar el manejo de la sintomatología específica. Tiene un carácter directivo pues se entrena al paciente en habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten el ajuste y la adaptación a la situación de enfermedad.

- Existencial: Mejora y favorece el ajuste emocional, facilitando la expresión y discusión de aspectos personales derivados de la situación de enfermedad, principalmente aquellos relacionados con el sufrimiento, la discusión sobre objetos vitales cumplidos y no cumplidos y sobre la muerte.

La psicoeducación con pacientes con cáncer, para que sea más efectiva debe basarse en estrategias como las siguientes:

- Preguntar lo que se conoce de la enfermedad, antes de dar una pauta informativa.
- Averiguar si tiene algo que preguntar o si desea conocer algo en particular.
- Facilitar información realista y accesible.
- Permitir la expresión verbal y emocional.
- Responder a los sentimientos de los pacientes.

Una buena relación terapéutica/paciente, debe basarse en la confianza mutua, que puede facilitar al considerar factores como:

- Que el primer contacto sea un aspecto muy importante pues constituye la base en la que se debe construir la futura relación. En este momento se debe adoptar una posición de escucha activa.
- Realizar preguntas abiertas.
- Identificar del modo más específico, las posibles preocupaciones, necesidades y temores.
- Indagar las pistas indirectas de los pacientes, pues pueden estar dando mensajes muy importantes.
- Empatizar
- Motivar a comunicarse.

- Preguntar sin dar nada por supuesto.
- Escuchar los sentimientos y dar muestra de que se entiende y acepta.
- Escuchar antes de hablar.
- Explorar otros problemas.
- Pedir opinión.
- Respetar los mecanismos de negación.
- Evitar mensajes impositivos.
- Facilitar la expresión emocional.(Die Trill María. 2000.)

En todo tratamiento psicológico se debe establecer las bases necesarias de rapport y empatía, es por eso que se hace énfasis en este capítulo sobre estos temas, ya que si no existiera ninguna de estas estrategias la terapia a realizar que es la de psicoeducación no diera los resultados necesarios.

3.2. RAPPORT

Sensación de comodidad, entendimiento mutuo, de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre el paciente y el terapeuta.

El rapport debe ser un estado permanente durante todo el proceso, este se inicia con las actitudes de cordialidad, el interés, el tono amistoso, la confianza, sinceridad, cooperación, del terapeuta hacia el paciente, se puede manifestar que la reputación del terapeuta también incrementa el rapport por eso es necesario que se guarden las condiciones de honestidad, amabilidad, reserva y eficacia a los casos se atienden. (Die Trill María. 2000.)

3.3. EMPATÍA

Se le puede definir como la “transposición, ponerse en el lugar de otro, sentir como si fuera el otro, y la subsiguiente estructuración del mundo tal como este último la estructura”.

La presencia de esta condición estimula en el paciente sentimientos de seguridad al sentirse comprendido por el terapeuta y poder verbalizar con confianza su problema, el acercamiento que se produce le permite al terapeuta sentir igual que el paciente distinguiendo sus propios sentimientos de la vida afectiva personal desprendiéndose de las preocupaciones del paciente cuando este abandona el consultorio.

La empatía es una condición huma más que aprendida, puede ser mejorada durante los procesos de supervisión y autoconocimiento. (DieTrill María. 2000.)

3.4. INFORME DE LOS REACTIVOS

En el informe de los reactivos se dará a conocer atraves de una hoja de notas lo que el paciente siente en el momento de tomar los test, Si es una angustia leve o moderada. (ANEXO 4.)

3.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

3.5.1 PLAN DE ACCIÓN PARA DISMINUIR LA ANGUSTIA EN PACIENTES CON CÁNCER

En el caso específico se plantea lo siguiente:

3.5.2. OBJETIVOS:

Dar a conocer un plan de psicoeducación según el modelo integrativo en un paciente oncológico con el fin de eliminar la angustia, especialmente vinculada a la hospitalización y tratamiento

Pimera sesión:

Entrevista psicológica individual con el paciente, donde se realiza una Historia clínica psicológica con el fin de obtener datos informativos que nos permita un mejor conocimiento del paciente y que nos pueda mostrar las diferentes dudas y preocupaciones sobre el tratamiento a seguir

Segunda sesión:

Entrevista individual

Obtener datos específicos de la angustia del paciente por lo cual se realizará una entrevista y luego para una mejor información, se realizará un test que mida la angustia

Tercera sesión:

Entrevista familiar

Evaluación psicológica con la familia, con el fin de conocer por un lado sus dudas y preocupaciones sobre la enfermedad y por otro lado ver las fortalezas de la familia que podrían ayudar en el manejo de la angustia.

Cuarta sesión:

Realizar el proceso psicoeducativo al paciente, donde se dará a conocer sobre la enfermedad, síntomas, tratamiento y pronóstico. En esta sesión se dará una orientación emocional al paciente a través de material educativo y un grupo de apoyo (este grupo de apoyo será con pacientes oncológicos en remisión donde se hablará de sus experiencias personales de su enfermedad)

Quinta sesión:

Se controlará los efectos de la angustia por medio del manejo adecuado de la información, se explicará de manera fácil sus síntomas y cuáles son los procedimientos de su tratamiento conjuntamente con un médico. De igual forma se fomentará la buena comunicación médico-paciente para una mejor relación.

Y por último se dará un folleto donde se explicará cuáles son las sensaciones normales de su enfermedad y de su tratamiento.

Sexta sesión:

Se realiza nuevamente el test para medir la angustia y ver si se ha logrado el objetivo.

3.6. CONCLUSIONES:

Una de las estrategias más importantes en este trabajo es la psicoeducación ya que es una herramienta muy importante que debe ser utilizada adecuadamente, esta información no solo constituye un aspecto psicoterapéutico importante sino también un derecho de todo paciente a conocer y decidir su situación.

La comunicación con el paciente oncológico debe ser priorizada por los efectos positivos de la misma, esta información debe ser siempre estar enfocada buscando el máximo beneficio del paciente y bajo normas éticas y espirituales.

CAPITULO IV
ANÁLISIS CUALITATIVO DE PSICOEDUACION EN PACIENTES CON
ANGUSTIA

4.1. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Se aplicó psicoeducación desde el enfoque del modelo integrativo en pacientes con cáncer que presentan angustia por hospitalización y falta de información para mejorar su calidad de vida

4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Se midió el nivel de angustia en los pacientes nuevos hospitalizados, antes y después del proceso de psicoeducación.

Se aplicó y evaluó la psicoeducación en pacientes con cáncer, con la finalidad de disminuir la angustia, especialmente vinculada con la hospitalización y tratamiento.

4.1.3. METODOLOGÍA:

Se evaluó el nivel de angustia en pacientes nuevos al momento de su internación en las áreas de clínica y cirugía del Hospital de Solca y posteriormente se realiza el proceso psicoeducativo, posteriormente, cuando el paciente esté listo para salir se realiza una nueva evaluación de angustia con el mismo reactivo con el fin de comparar los resultados.

Las técnicas que se emplearon son: la psicoeducación: y la evaluación del nivel de angustia mediante el test de NCCN.

4.1.4. MUESTRA:

Pacientes nuevos ingresados en el hospital de Solca Cuenca, la muestra es de 5 personas de edad entre los 27 a 60 años de ambos sexos

4.1.5. DISEÑO:

Se comparó la angustia antes y después de recibir la psicoeducación.

A través de la historia clínica de cada uno de los pacientes mediante la ficha integrativa FIEPS se planificó la obtención de información sobre: datos generales, tipo de diagnóstico

oncológico, demanda explícita e implícita, historia familiar y principales dudas y preocupaciones.

Como parte del proceso investigativo se aplica el test de angustia de la NCCN que consta de varios ítems clasificados específicamente para evaluar la angustia.

4.2. APLICACIÓN DE LA PSICOEDUCACION:

Una vez que el paciente ha sido hospitalizado en el instituto de cáncer Solca Cuenca, se procedió a evaluar la angustia mediante el test de la NCCN, posteriormente se procedió a recopilar los datos generales, los mismos que nos permitieron llenar algunos aspectos importantes de la ficha integrativa.

Luego de la primera entrevista y conociendo ya, los principales temores y dudas de los pacientes , se procede a realizar la psicoeducación, la misma que se debe adaptar no solo al tratamiento específico de cada paciente , si no también adaptándonos al lenguaje del paciente con el fin de que comprendan a cabalidad lo que le está por suceder.

La información en la mayoría de los casos se enfocó a clarificar dudas de los pacientes y a rectificar ideas erróneas de los mismos, con el fin de que disminuya la angustia.

Posteriormente se realiza una nueva evaluación de angustia previa al alta de que el paciente ha recibido su tratamiento, la estancia de los pacientes oscila entre 2 a 6 días en la mayoría de los casos, periodo el cual se les da psicoeducación.

Se analiza el caso de un Paciente de 35 años, residente en Cuenca, casado, con 3 niños ingresa por primera vez a la institución de Solca para realizarse un tratamiento de quimioterapia, por lo que es visto por el departamento de psicología, donde se le realiza la primera entrevista para tomar datos generales y ver cuáles son sus inquietudes, el paciente refiere que desde que le citaron a la institución se ha sentido intranquilo, nervioso con

insomnio, bajo apetito, irritable, con sudoraciones, un fuerte dolor en el pecho, y desesperación.

Al ingresar a la institución se encuentra en la misma situación es decir siente miedo, nerviosismo, con temblor en la manos, se pone irritable, hace preguntas frecuentes sobre su estado, presiente que le va a suceder algo y que es la última vez que va a ver a sus hijos, paciente refiere al igual que esposa” que es la primera vez que siente estas cosas.

Los factores que se detectaron en este paciente son inquietud por el problema, nerviosismo, tristeza, preocupaciones del tratamiento, miedo, inseguridad por el futuro, cambios de imagen corporal, problemas fisiológicos, aislamiento, problemas físicos como náusea vómito, y conflictos familiares.

Después de hacer el test de angustia de la NCCN se determina que el paciente el momento de ingresar al tratamiento presentaba angustia por hospitalización no sabía que le harían por lo que se decide empezar la Psicoeducación, se le empieza a explicar al paciente detalladamente cuales son los procedimientos de la quimioterapia cada cuantas horas las enfermeras llegaran a medicarle, en que momentos del día puede recibir visitas, y que síntomas va a producir el tratamiento de quimioterapia : como náusea vómito dolor de cabeza , temperatura y debilidad, por lo que el paciente no debe preocuparse ya que son síntomas normales que produce el tratamiento , se le empieza a educar en que es el cáncer cuantos tipos de cáncer hay, que todos los cánceres son curables , y por que se da el cáncer en cada caso específico, después se le da un folleto al paciente para que lea sobre el tratamiento y cuáles son las medidas que se debe tomar en el momento de estar hospitalizado(ANEXO5). En la segunda sesión al paciente se le responde todas las interrogantes que ha tenido con respecto a su tratamiento y su enfermedad, a este paciente como solo se hospitalizo por dos días en la segunda sesión se le realizo el test de angustia y

se pudo demostrar que después de haberle dado Psicoeducación con respecto a su tratamiento y enfermedad el nivel de angustia del paciente disminuyó a leve

4.3. CONCLUSIONES:

Después de haber realizado la Psicoeducación necesaria con cada uno de los pacientes, se puede concluir que de los 5 pacientes que presentaban al inicio un nivel de angustia moderado con respecto al test de la NCCN, al final de la Psicoeducación y durante el tratamiento estos 5 pacientes bajaron a niveles de angustia a leves, que son normales ante una persona oncológica y que está recibiendo tratamiento.

Con lo que se concluye que la Psicoeducación es una herramienta útil para en pacientes oncológicos que presenten angustia ante su diagnóstico y tratamiento.

De igual manera de estos 5 pacientes que participaron en este estudio se pretende que todas estas personas estén capacitadas para contar sus experiencias personales de cómo vivieron su enfermedad y como es la mejor manera de eliminar la angustia,

4.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio de caso se enfoca a la estructuración de un programa de psicoeducación desde el enfoque integrativo, en un paciente que presenta angustia por no saber de su enfermedad ni tratamiento con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Desde esta perspectiva y con el propósito de determinar en este paciente la variación de la angustia, efectuó un estudio sobre la base del conocimiento general en este paciente y la investigación directa de este paciente oncológico en el hospital de Solca Cuenca, concluyendo lo siguiente.

- Lo que se pretende analizar es que el insuficiente conocimiento de sus causas, consecuencias, tratamientos y la asociación cáncer-muerte configurará una repercusión afectiva y social.
- Se pretende disminuir el impacto de un sin número de reacciones, dudas y preocupaciones, traducidas en angustia frente al diagnóstico y más aún si existe desconocimiento de los procedimientos y tratamiento que el paciente hospitalizado con cáncer debe asumir
- La angustia puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, debe evaluarse y tratarse.
- La psicoterapia integrativa facilita herramientas de asesoramiento y psicoterapéuticas para tratar la angustia.

RECOMENDACIONES:

El paciente oncológico requiere de atención psicológica especializada para afrontar la enfermedad y manejar adecuadamente el proceso que implica el tratamiento.

Esta propuesta de psicoeducación brindará mejores y mayores opciones de intervención psicoterapéutica que facilita la utilización de variedad de herramientas que promueven una atención oportuna y eficaz al paciente oncológico

BIBLIOGRAFIA:

1. BUCETA. José María. Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades. Madrid España. Ediciones pirámide 1996.
2. CORSI Jorge. Psicoterapia integrativa multidimensional. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós. 2005.
3. DIE TRILL María. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. España. Ades Ediciones. 2000
4. DIE TRILL María psico-oncología. Madrid España. Edición Ades.
5. FERNANDEZ ALVAREZ Héctor. Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós.
6. FERNANDEZ ALVAREZ Héctor. Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós.
7. Internacional UnionAgainst cáncer Manual de oncología Clínica (UICC) Barcelona España. Edición Doyma1992.
8. Manual de psico-oncología. Nova Sidonia Oncología. Madrid España. Editor Francisco Gil. 2000.
9. INTERNET.
 - NCCN. Distresstreatment .Versión II, Julio 2005.
 - <http://www.tc.umn.edu/~cana0021/13/t%E9cnicas%20de%20evaluaci%F3n%20psicol%F3gica.pdf>
 - http://www.fundacancer.com/imbiomed_distres_y_cancer.pdf

- [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822007000100012&script=sci_ar
ttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822007000100012&script=sci_ar
ttext)

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FIEPS

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha.....Psicólogo/a.....

Nombre.....

Edad.....Estado Civil.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Residencia.....Dirección.....Teléfono.....

Instrucción.....Ocupación.....Sueldo.....

Informante.....

Tipo de consulta: Ambulatorio.....

 Hospitalizado.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

| ORIGEN | | | |
|---------------|--|--------------|--|
| Paciente | | Familiar (s) | |
| Profesional | | Otros | |

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO FORMAL

DIAGNÓSTICO INFORMAL

CRITERIOS PRONÓSTICOS

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Descripción de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.3 Con relación a la problemática:

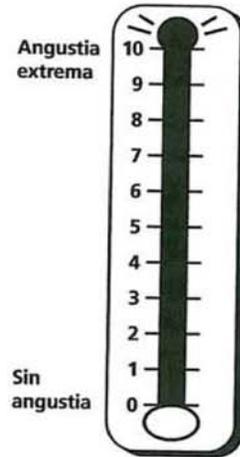
3.4 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Fig. 1 – Recursos para medir la angustia

Instrucciones:

por favor marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánta angustia ha experimentado durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.



Por favor indique si alguna de las situaciones siguientes le ha causado angustia durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada una.

| NO | SÍ | | NO | SÍ | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas prácticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas físicos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vivienda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro médico/financiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabajo/escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansancio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sueño |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Movilidad |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para bañarse/ vestirse |
| | | Problemas familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiración |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relación con la pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Llagas bucales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relación con los hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentación |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indigestión |
| | | Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Temores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en los hábitos de micción (orinar) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resequedad/picazón en la piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nerviosismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resequedad/congestión nasal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de interés en las actividades usuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cosquilleo en las manos/pies |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensación de hinchazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inquietudes espirituales/ religiosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sexuales |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apariencia |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memoria/concentración |

Otros problemas: _____

**Fig. 2 - ¿Necesito apoyo profesional?
Cuestionario de autoevaluación para pacientes**

El siguiente cuestionario pudiera ayudarle a determinar si usted se beneficiaría de ayuda profesional. Cada paciente experimenta algunos de estos síntomas; no hay respuestas correctas o incorrectas.

Durante las dos semanas pasadas:

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----------------|
| 1. Me he sentido ansioso o preocupado sobre el cáncer y el tratamiento que estoy recibiendo. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 2. Me he sentido deprimido o desanimado. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 3. He estado irritado o más enojado que de costumbre, y no he podido controlar la situación. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 4. Mis hábitos de sueño han cambiado. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 5. He notado un cambio en mi apetito. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 6. He tenido dificultades para concentrarme en asuntos del trabajo o del hogar, o en asuntos rutinarios, como leer el periódico o ver televisión. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 7. El cáncer y su tratamiento han interferido con mis actividades diarias En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 8. El cáncer y su tratamiento han interferido con mi familia o mi vida social. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 9. El cáncer y su tratamiento han interferido con mi vida sexual. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 10. El dolor y la incomodidad han limitado mis actividades. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 11. El cáncer me ha causado dificultades físicas, emocionales o financieras. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 12. El cáncer y su tratamiento han causado cambios en mi apariencia física y esto me preocupa. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 13. He tenido dificultad para lidiar con el estrés. En ningún momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Todo el tiempo |
| 14. Mi calidad de vida durante las dos semanas pasadas ha sido: Excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy mala |

Si usted encuentra que muchas de sus respuestas están en la columna cuatro o cinco, es posible que esté experimentando mucha angustia. Usted debe considerar la intervención de un consejero con quien pueda hablar sobre sus sensaciones.

Fuente: creado por el "Department of Psychosocial Resources, Tom Baker Cancer Centre, Calgary, Alberta, Canada. Proviene en parte del "Functional Living Index: Cancer and from the EORTC Core Quality of Life Questionnaire".

Preguntas y respuestas sobre la quimioterapia

¿Qué es la quimioterapia?

La quimioterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer. Usa medicamentos (fármacos) para destruir las células cancerosas.

"Inmediatamente después que el doctor me dio la noticia que yo tenía cáncer pensé: ¿por qué debo empezar el tratamiento si no hay nada que pueda hacerse para luchar contra esta enfermedad? Después descubrí que la quimioterapia brinda esperanzas a los pacientes con cáncer". - Lucía Margarita

¿Cómo funciona la quimioterapia?

Las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente. La quimioterapia para o demora el crecimiento de las células cancerosas. Pero también puede afectar las **células sanas** que crecen y se dividen rápidamente. Entre ellas se encuentran, por ejemplo:

- Las células de las partes húmedas dentro de la boca
- Las células de los intestinos
- Las células que hacen crecer el pelo

El daño a las células sanas podría causar **efectos secundarios**. Pero muchas veces los efectos secundarios mejoran o desaparecen después de terminar la quimioterapia.

¿Qué hace la quimioterapia?

Dependiendo del tipo de cáncer que usted tenga y de cuánto haya crecido o se haya extendido (regado), la quimioterapia puede:

- **Curar el cáncer.** Esto ocurre cuando la quimioterapia destruye tantas células cancerosas que su doctor ya no las puede detectar en el cuerpo.
 - **Controlar el cáncer.** La quimioterapia puede evitar que el cáncer se extienda o hacer que crezca más lentamente. También puede destruir las células cancerosas que se han extendido (regado) a otras partes del cuerpo.
 - **Mejorar los síntomas del cáncer** (esto también se conoce como **atención paliativa**). Esto ocurre cuando la quimioterapia reduce el tamaño de los tumores que están causando dolor o presión.
-

¿Cómo se usa la quimioterapia?

A veces la quimioterapia es el único tratamiento que se usa contra el cáncer. Pero en la mayoría de los casos recibirá otros tratamientos además de la quimioterapia. Estos pueden incluir cirugía (una operación), **radioterapia** o **terapia biológica**.

La quimioterapia se puede usar para:

- Reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o la radioterapia. Esto se llama **quimioterapia neoadyuvante**.
- Destruir las células cancerosas que podrían quedar después de la cirugía o la radioterapia. Esto se llama **quimioterapia adyuvante**.
- Ayudar a que la radioterapia y la terapia biológica den mejores resultados.
- Destruir las células cancerosas que han regresado (cáncer **recurrente**).
- Destruir las células cancerosas que se han extendido (regado) a otras partes del cuerpo (cáncer **metastásico**).

¿Cómo decide mi doctor cuáles medicinas de quimioterapia deben usarse?

Su doctor tomará la decisión basándose en lo siguiente:

- El tipo de cáncer que usted tenga. Algunos tipos de medicinas para quimioterapia se usan para tratar muchos tipos de cáncer. Pero otras medicinas se usan para tratar sólo uno o dos tipos de cáncer.
- Si usted ha recibido o no ha recibido quimioterapia en el pasado.
- Si usted tiene o no otros problemas de salud, como diabetes o enfermedades del corazón.

¿Adónde voy para recibir quimioterapia?

Usted puede recibir quimioterapia:

- Mientras esté internado en el hospital ("inpatient" en inglés)
- En su casa
- En el consultorio de un doctor
- En una clínica
- En un centro para **pacientes ambulatorios** de un hospital

(o sea que no tiene que pasar la noche en el hospital)

En cualquier lugar adonde vaya a recibir la quimioterapia, su doctor o enfermera prestará atención a los efectos secundarios. Además, harán cualquier cambio de medicina que sea necesario.

¿Cada cuánto tiempo recibiré quimioterapia?

El programa de tratamiento ("treatmentschedule" en inglés) para la quimioterapia puede variar. La frecuencia y duración de sus sesiones de quimioterapia dependen de:

- El tipo de cáncer que usted tenga y cuánto haya crecido o se haya extendido (regado)
- Las metas del tratamiento (es decir, si la quimioterapia se usa para curar el cáncer, controlar su crecimiento o mejorar los síntomas)
- El tipo de quimioterapia
- La reacción de su cuerpo a la quimioterapia

Usted podría recibir la quimioterapia en ciclos. Un ciclo es un período de tratamiento con quimioterapia seguido de un período de descanso. Por ejemplo, su doctor podría recetar una semana de quimioterapia y luego 3 semanas de descanso. Estas 4 semanas forman un ciclo. El período de descanso le da a su cuerpo la oportunidad de producir nuevas células sanas.

¿Puedo faltar a una sesión de quimioterapia?

No es bueno faltar a un tratamiento de quimioterapia. Pero a veces su doctor o enfermera podría cambiarle el programa de quimioterapia. Esto podría deberse a los efectos secundarios que usted esté teniendo. Si eso sucede, su doctor o enfermera le explicará qué hacer y cuándo comenzar el tratamiento de nuevo.

"Mi doctor me explicó que debido a nuevos avances en el tratamiento de quimioterapia, existen más esperanzas para las personas con cáncer. Ahora entiendo que es importante seguir las recomendaciones de mi doctor sobre cuándo empezar y completar el tratamiento".

- Luisa

¿Cómo se da la quimioterapia?

La quimioterapia se puede dar en muchas formas:

- **Inyección. Inyección** es la quimioterapia que se inyecta en un músculo de:
 - Uno de los brazos



- Uno de los muslos
- La cadera

O se puede inyectar debajo de la piel, en la parte más gruesa de:

- Uno de los brazos
- Una de las piernas
- El abdomen (barriga, panza)



Intraarterial. ("IA" en inglés). **intraarterial** es la quimioterapia que va directamente a la arteria que está alimentando el cáncer, es decir, que está conectada al cáncer.

Intraperitoneal. ("IP" en inglés). **Intraperitoneal** es la quimioterapia que va directamente a la **cavidad peritoneal** (el área que contiene órganos como los intestinos, el estómago, el hígado y los ovarios).

Intravenosa. ("IV" en inglés). **intravenosa** es la quimioterapia que va directamente a una vena.

Tópicamente. La quimioterapia viene en una crema que se puede frotar sobre la piel.

Oralmente. La quimioterapia viene en pastillas, cápsulas o líquido que usted puede tomar por la boca.



"Yo no sabía que sí se pueden compartir abrazos y caricias mientras se recibe tratamiento de quimioterapia. Ahora me siento mucho mejor porque mi doctora me explicó que sí puedo hacerlo". - Julio César

Cosas que debe saber sobre la quimioterapia intravenosa:

Muchas veces la quimioterapia se da a través de una aguja fina. Esta aguja se coloca en una vena de la mano o del antebrazo. Su enfermera le insertará la aguja al principio de cada tratamiento. Luego se la sacará cuando el tratamiento termine. Si siente dolor o ardor mientras recibe la quimioterapia intravenosa, dígaselo de inmediato a su doctor o enfermera.

La quimioterapia que se da en una vena muchas veces se inyecta por medio de un **catéter** o **portal**. Esto a veces se hace con la ayuda de una **bomba**.

- **Los catéteres.** Un catéter es un tubito suave y delgado. Un cirujano coloca una de las puntas del catéter en una vena grande, muchas veces en el área del pecho. La

otra punta del catéter queda fuera del cuerpo. La mayoría de los catéteres se dejan puestos hasta que usted termina todos los tratamientos de quimioterapia. Los catéteres también se pueden usar para:

- Dar otras medicinas que no son de quimioterapia
- Sacar sangre

Debe estar pendiente de cualquier señal de infección alrededor del catéter. Si desea más información sobre las infecciones, vea la sección titulada [Infección](#).

Los portales. Un portal ("port" en inglés) es un disco pequeño y redondo que se coloca debajo de la piel. Está hecho de plástico o de metal. Un catéter conecta el portal con una vena grande, la mayoría de las veces en el pecho. Su enfermera podría insertar una aguja en el portal para darle quimioterapia o sacarle sangre. Esta aguja se puede quedar ahí para los tratamientos de quimioterapia que se dan durante más de un día. Debe estar pendiente de cualquier señal de infección alrededor de su portal. Si desea más información sobre las infecciones, vea la sección titulada [Infección](#).



Las bombas. Las bombas a menudo se conectan a los catéteres o a los portales. Se usan para controlar la cantidad de quimioterapia que pasa al catéter o al portal, y la rapidez con la que pasa. Las bombas pueden ser internas o externas. Las bombas externas se quedan fuera del cuerpo y para la mayoría de las personas son portátiles. Las bombas internas se colocan debajo de la piel durante una cirugía.



¿Qué sentirá mi cuerpo durante la quimioterapia?



La quimioterapia afecta a las personas de diferentes maneras. La forma en que se sentirá su cuerpo dependerá de:

- Lo saludable que estaba antes del tratamiento
- El tipo de cáncer que tenga
- Cuánto haya crecido o se haya extendido (regado) el cáncer
- El tipo de quimioterapia que esté recibiendo
- La cantidad (dosis) de quimioterapia

Los doctores y enfermeras no pueden saber con seguridad cómo se va a sentir usted durante la quimioterapia.

Algunas personas no se sienten bien justo después de la quimioterapia. El efecto secundario más común es la **fatiga** (sentirse muy cansado y con falta de energía). Usted se

puede preparar para enfrentar la fatiga:

- Pidiendo a alguien que le lleve a la sesión de quimioterapia y de vuelta a la casa
- Planificando tiempo para descansar el día de la quimioterapia y el día siguiente
- Pidiendo ayuda con las comidas y el cuidado de los niños.

Existen muchas formas para ayudarle a controlar los efectos secundarios de la quimioterapia. Si desea más información, vea la sección ["Un resumen de los efectos secundarios."](#)

¿Puedo trabajar durante la quimioterapia?

Muchas personas pueden trabajar durante la quimioterapia si cambian su horario para que se ajuste a cómo se sienten. El que usted pueda trabajar o no dependerá del tipo de trabajo que haga. Si su empleo se lo permite, tal vez deba preguntar si puede trabajar medio tiempo o desde la casa los días que no se sienta bien.

Hay leyes que requieren que algunos empleadores cambien el horario de trabajo de las personas con cáncer para acomodarlos mientras reciben tratamiento ("medical leave" en inglés). Hable con su empleador sobre cómo puede ajustar su trabajo durante la quimioterapia. Puede hablar con un trabajador social para saber más sobre estas leyes.

¿Puedo tomar medicinas recetadas y medicinas sin receta ("over-the-counter" en inglés) mientras recibo quimioterapia?



Eso depende de:

- El tipo de quimioterapia que reciba
- Los otros tipos de medicinas que piense tomar

Tome sólo las medicinas que su doctor o enfermera apruebe. Dígale a su doctor o enfermera sobre todas las medicinas recetadas y medicinas sin receta que esté tomando, incluyendo, por ejemplo:

- Laxantes
- Medicinas para las alergias
- Medicinas para los resfriados (catarros)

- Medicinas para el dolor (como aspirina e ibuprofeno)

Una manera de informar a su doctor o enfermera sobre estas medicinas es llevarle todos los frascos que tenga. Su doctor o enfermera necesita saber:

- El nombre de cada medicina
- La razón por la que la toma
- La cantidad que toma
- Cada cuánto las toma

Hable con su doctor o enfermera antes de tomar cualquier medicina recetada o medicina sin receta. Además, dígame sobre las vitaminas, minerales, suplementos dietéticos o naturales, tónicos, té o hierbas medicinales que toma.

¿Puedo tomar vitaminas, minerales, suplementos dietéticos, té o hierbas medicinales mientras recibo quimioterapia?

Algunos de estos productos pueden cambiar el efecto de la quimioterapia. Por eso es importante que, antes de comenzar la quimioterapia, le diga a su doctor o enfermera si está tomando cualquiera de las siguientes cosas:

- Vitaminas
- Minerales
- Suplementos dietéticos (incluyendo jugos como el "Noni")
- Tipos de té medicinales (como la uña de gato)
- Hierbas

Durante la quimioterapia, hable con su doctor antes de tomar cualquiera de estos productos.

¿Cómo voy a saber si la quimioterapia está funcionando?

Su doctor:

- Le hará exámenes físicos
- Le hará pruebas médicas (como pruebas de sangre y rayos X)

- Le preguntará cómo se siente

Usted no puede saber si la quimioterapia está dando resultado basándose en los efectos secundarios. Algunas personas creen que si tienen efectos secundarios graves, eso quiere decir que la quimioterapia está dando buen resultado. O tal vez creen que si no tienen efectos secundarios graves, eso quiere decir que la quimioterapia no está dando resultado. La realidad es que los efectos secundarios no tienen nada que ver con qué tan eficaz sea la quimioterapia contra el cáncer.

¿Cuánto cuesta la quimioterapia?

Es difícil saber cuánto costará la quimioterapia. Eso depende de:

- Los tipos de quimioterapia y la cantidad que se usa
- Cuánto dura la quimioterapia y cada cuánto se da
- Dónde recibe el tratamiento de quimioterapia
- La región del país donde usted vive

¿Paga mi seguro médico por la quimioterapia?



Pregunte a un representante de su compañía de seguro médico lo que cubrirá su plan. Algunas preguntas que tal vez quiera hacer incluyen:

- ¿Qué pagará mi seguro médico?
- ¿Acaso alguien (yo o alguien del consultorio de mi doctor) tiene que llamar a mi compañía de seguro médico antes de cada tratamiento?
- ¿Qué tengo que pagar yo?
- ¿Puedo ir a cualquier doctor que yo quiera o tengo que escoger de una lista de proveedores preferidos?
- ¿Necesito que un médico me dé un permiso por escrito para poder ver a un especialista?
- ¿Hay un copago (dinero que yo tenga que pagar) cada vez que tenga una cita?
- ¿Hay algún deducible (cierta cantidad que necesite pagar) antes de que mi seguro pague?
- ¿Dónde debo comprar mis medicinas recetadas?

- ¿Pagaré mi seguro todas mis pruebas y tratamientos, ya sea yo paciente hospitalizado o ambulatorio?

¿Cuál es la mejor forma de trabajar con mi plan de seguro?

- Revise su póliza de seguro (su contrato) antes de empezar el tratamiento. Así podrá saber lo que su plan pagará y lo que su plan no pagará.
- Guarde los documentos de todos los costos del tratamiento y reclamaciones al seguro ("insuranceclaim" en inglés).
- Envíe a su compañía de seguro todos los documentos que le pida. Por ejemplo, esto podría incluir recibos de:
 - Consultas al doctor
 - Recetas
 - Pruebas de laboratorio

Además, guarde copias de estos documentos.

Si es necesario, pida ayuda con los documentos del seguro. Puede pedirle ayuda a:

- Un amigo
- Un pariente
- Un trabajador social
- Un grupo local, como un centro para personas de la tercera edad ("senior centers" en inglés)

Si su compañía de seguro no paga algo que usted cree que debería pagar, pregunte por qué el plan se negó a pagar. Entonces hable con su doctor o enfermera sobre lo que debe hacer después. Él o ella podría sugerirle cómo pedir a su compañía de seguro que cambie la decisión ("appeal" en inglés). También le podrían sugerir otras medidas que puede tomar.

Si la póliza de seguro no está disponible en español, pida a alguien que se la lea o se la explique.

**¿ Qué son los estudios clínicos?
¿ Puedo participar en ellos?**

Los **estudios clínicos sobre el cáncer** (que también se llaman ensayos clínicos sobre el cáncer) prueban nuevos tratamientos para las personas que tienen cáncer. Estos estudios pueden ser de:

- Nuevos tipos de quimioterapia
- Otros tipos de tratamiento

- Nuevas formas de combinar tratamientos

La meta de todos estos estudios clínicos es encontrar mejores formas de ayudar a las personas que tienen cáncer.

Su doctor o enfermera podría sugerirle que participe en un estudio clínico. Pero usted también puede decirles que le interesa participar en un estudio clínico. Antes de aceptar participar en un estudio clínico, debe saber sobre:

- **Los beneficios.** Todos los estudios clínicos ofrecen una buena atención médica a las personas con cáncer. Pregunte de qué forma este estudio le puede ayudar a usted o a otros. Por ejemplo, usted podría ser una de las primeras personas en recibir un tratamiento nuevo o una medicina nueva.
- **Los riesgos.** Los tratamientos nuevos no siempre son mejores o tan buenos como los **tratamientos estándar** (establecidos). Además, aunque un tratamiento nuevo sea bueno, podría no darle buen resultado a usted.
- **El pago.** Su compañía de seguro podría o no pagar por algún tratamiento que es parte del estudio clínico. Antes de aceptar participar en un estudio, pregunte a su compañía de seguro si pagará el tratamiento.

Si desea saber más sobre los estudios clínicos, póngase en contacto con el Servicio de Información del Instituto Nacional del Cáncer. Para saber cómo ponerse en contacto con ellos, vea la sección "[Cómo obtener más información](#)".

[^ Volver arriba](#)

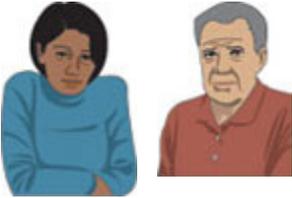
[< Sección anterior](#) | [Siguiendo sección >](#)

[Página principal](#) | [Texto solo](#) | [Contáctenos](#) | [Políticas](#) | [Sobre Cancer.gov en español](#)
[Declaración de accesibilidad a la información](#) | [RSS](#) | [FOIA \(Ley de libre acceso a la información\)](#) | [Ayuda](#) | [Mapa del sitio](#)

Un servicio del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, en inglés)



Sus estados de ánimo durante la quimioterapia



En algún momento durante la quimioterapia es posible que se sienta:

- Ansioso
- Deprimido o triste
- Asustado
- Enojado
- Frustrado
- Débil o vulnerable
- Solo



Es normal sentirse así mientras está recibiendo quimioterapia. Vivir con cáncer y recibir tratamientos puede causar estrés. También es posible que sienta fatiga, la que puede hacer más difícil lidiar con estos sentimientos.

Es normal sentir muchas cosas diferentes mientras recibe quimioterapia. Después de todo, vivir con cáncer y recibir tratamiento puede causar estrés.

¿Cómo puedo lidiar con mis sentimientos durante la quimioterapia?



Hay varias cosas que puede hacer para ayudarse a lidiar con esos sentimientos. Por ejemplo, puede:

- **Relajarse.** Busque un momento para estar tranquilo. Piense que está en un lugar que le gusta mucho. Respire lentamente o escuche música suave. Esto le puede ayudar a sentirse más calmado y menos tenso.

Además, podría preguntarle a su doctor si sus seres queridos o amigos lo pueden acompañar a sus citas. Esto quizá le ayude a relajarse antes y durante la sesión de quimioterapia.

- **Hacer ejercicio.** Hable con su doctor o enfermera sobre los ejercicios que usted puede hacer. Muchas personas encuentran que el ejercicio de poca intensidad les ayuda a sentirse mejor. Puede hacer diferentes tipos de ejercicios, como por ejemplo:

- Caminar
- Andar en bicicleta
- Practicar yoga



Hablar con otras personas. Hable sobre sus sentimientos con alguien en quien confíe. escoja a alguien que se pueda concentrar



en usted, como por ejemplo:

- Un amigo cercano
- Un miembro de su familia o ser querido
- Un capellán, pastor o sacerdote
- Una enfermera
- Un trabajador social
- Alguien más que esté pasando o haya pasado por la quimioterapia

Únase a un grupo de apoyo. Los grupos de apoyo ("supportgroups" en inglés) para el cáncer son reuniones para personas con cáncer. Estos grupos le permiten encontrarse con otras personas que se enfrentan a una situación similar a la suya. Tendrá la oportunidad de hablar sobre lo que siente y escuchar a otras personas hablar de lo que sienten. Puede aprender sobre lo que hacen otras personas para lidiar con el cáncer, la quimioterapia y los efectos secundarios. Su doctor, enfermera o trabajador social le puede decir qué grupos de apoyo hay cerca de su hogar. Algunos grupos de apoyo también se reúnen por Internet.

Hable con su doctor o enfermera sobre las cosas que le preocupan o le molestan. Tal vez quiera preguntar si debe hablar con un consejero. También es posible que su doctor le sugiera que tome una medicina si se le hace difícil a usted lidiar con estos sentimientos.

Cómo obtener más información

para leer información en español sobre el pedido de publicaciones del Instituto Nacional del Cáncer.

Efectos secundarios de la quimioterapia

¿Qué son los efectos secundarios?

Los efectos secundarios son problemas causados por el tratamiento contra el cáncer. Algunos efectos secundarios comunes que produce la quimioterapia son:

- Fatiga
- Náuseas
- Vómitos
- Menos células en la sangre (**conteo de sangre** bajo)
- Caída del pelo

- Lesiones en la boca
- Dolor

¿Qué causa los efectos secundarios?

La quimioterapia destruye las células cancerosas que crecen rápidamente. Pero también puede afectar las células sanas que crecen rápidamente. La quimioterapia causa efectos secundarios cuando daña las células sanas, tales como:

- Las de las partes húmedas dentro de la boca
- Las de los intestinos
- Las de la **médula ósea**, la cual produce las células en la sangre
- Las que le hacen crecer el pelo

¿Tendré efectos secundarios al tratarme con quimioterapia?

Usted podría tener muchos efectos secundarios, algunos o ninguno. Eso depende del tipo y la cantidad de quimioterapia que reciba. También depende de cómo reaccione su cuerpo. Antes de comenzar la quimioterapia hable con su doctor o enfermera sobre qué efectos esperar.

¿Cuánto duran los efectos secundarios?

El tiempo que duran los efectos secundarios depende de su salud y del tipo de quimioterapia que reciba. La mayoría de los efectos secundarios desaparece cuando termina la quimioterapia. Pero a veces pueden pasar meses, e incluso años, antes de que desaparezcan.

Además, a veces la quimioterapia causa **efectos secundarios permanentes**. Estos son efectos secundarios que no desaparecen. Estos efectos pueden dañar:

- El corazón
- Los pulmones
- Los nervios
- Los riñones
- Los órganos reproductores

Algunos tipos de quimioterapia podrían causar un segundo cáncer años más tarde. Pregunte a su doctor o enfermera sobre qué tan posible es que usted tenga efectos secundarios permanentes.

4. Señalamiento de Técnicas