



DEPARTAMENTO DE EDUCACION CONTINUA

Psicoeducación en pacientes con cáncer según el modelo
integrativo ecuatoriano que presentan ansiedad por
hospitalización en SOLCA cuenca.

Trabajo de graduación previa a la
obtención del título de Magíster
en Psicoterapia Integrativa

Autora: Lcda. Lorena Patiño Aguilera

Directora: Dra. Zoila María de la Cruz Izquierdo R.

Cuenca, Ecuador
2008

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi esposo:

Quien ha sido mi compañero

Y mi apoyo

Durante todo el camino que he seguido

Hasta llegar a lograr este objetivo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser la luz que me guía día a día

A mi familia por todo su cariño y apoyo y en especial a mi padre quien ha sido mi guía hoy y siempre.

A todas las personas que de una u otra manera han colaborado con la realización de esta tesis, a todo el personal de SOLCA Cuenca, a los pacientes, y en especial a la Dra. María Caridad Alvarado.

Y a la Dra. Maricruz Izquierdo por su orientación y apoyo

INDICE

Pág. No

INTRODUCCION.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO 1

EL CÁNCER

INTRODUCCION.....	4
LA HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER.....	5
EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA.....	7
FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.....	10
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	12
COMPLICACIONES Y CUIDADOS.....	17
TIPOS DE CÁNCER.....	19
CONCLUSION.....	26

CAPITULO 2

PSICONCOLOGÍA

INTRODUCCION.....	28
EL PACIENTE ONCOLÓGICO: ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	29
FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOCALIZACIONES TUMORALES ESPECÍFICAS.....	35
FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS.....	46
REPERCUSIONES DE LA ENFERMEDAD EN EL ENTORNO DEL PACIENTE.....	51
REHABILITACIÓN EMOCIONAL DEL ENFERMO DE CÁNCER EN TRATAMIENTO.....	54
TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA.....	67
EL CÁNCER,¿UNA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?.....	70

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. LA FORMACIÓN EN	
PSICONCOLOGÍA.....	73
CALIDAD DE VIDA.....	78
EL DUELO.....	80
CULTURA, CREENCIAS Y ÉTICA EN ONCOLOGÍA.....	86
CONCLUSIONES.....	89

CAPITULO 3

HOSPITALIZACIÓN Y ANSIEDAD

INTRODUCCION.....	91
LA HOSPITALIZACIÓN.....	92
TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO.....	95
LA ADAPTACIÓN.....	99
LA ANSIEDAD, DESCRIPCIÓN Y ETIOLOGÍA.....	101
CICLO DE LA ANSIEDAD.....	102
PERSPECTIVAS TEÓRICAS.....	104
TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	106
CUIDADOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON	
LA ANSIEDAD.....	109
CONCLUSIONES.....	111

CAPITULO 4

MODELO INTEGRATIVO

INTRODUCCION.....	113
EL MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA.....	114
ENFOQUES TRADICIONALES.....	117
LA PSICOLÓGICA COGNITIVA Y SUS ETAPAS.....	119
EL CONSTRUCTIVISMO.....	124
CONCLUSIONES.....	136

CAPITULO 5

LA PSICOEDUCACIÓN

INTRODUCCION.....	138
LA PSICOEDUCACIÓN.....	139
LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	141
LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA.....	146
EL TRABAJO EN EQUIPO.....	151
ASPECTOS ÉTICOS Y ESPIRITUALES.....	153
CONCLUSIONES.....	157

CAPUTULO 6

APLICACIÓN Y EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO DEL NIVEL DE ANSIEDAD.....	159
APLICAR PSICOEDUCACIÓN	162
EVALUAR EL RESULTADO.....	164

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	184
-------------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	188
--------------------------	------------

ANEXOS.....	190
--------------------	------------

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.

Para el análisis de este complejo campo de acción, se hace un estudio general de la enfermedad vinculada con su: génesis, desarrollo, epidemiología, elementos riesgo y prevención, diagnóstico, tratamiento, etc.; y de los factores psicológicos que deben ser tratados con sus propios enfoques de prevención, asistencia y rehabilitación.

Se destaca la necesidad del equipo multidisciplinario a fin de que la atención que se de al paciente sea integral, propendiendo a 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 las personas a los diagnósticos, tratamientos y reinserciones en el medio.

Las alteraciones descontroladas que provoca el cáncer, necesariamente requiere de tratamientos extra_domiciliarios, y por lo tanto de hospitalizaciones. 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 ansiedad 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 ecuatoriano y se señalan los pasos que se debe seguir para explorar, planificar, y guiar la conducción de un proceso de intervención psicoterapéutico de forma estructurada.

Los dos últimos capítulos se enfocan al estudio de la psicoeducación, a su rol de asesoría al paciente, en función de su personalidad, nivel sociocultural, de educación, de las redes de apoyo con que cuenta, así como, a la aplicación y evaluación de personas hospitalizadas en el instituto del cáncer SOLCA Cuenca.

ABSTRACT

This Thesis is specifically about the application of information tools and the emotional discharge of psycho education in the treatment of patients with cancer in their social environment.

For the analysis of this complex field of action, a general study is made of the illness associated with its genesis, development, epidemiology, elements of risk and prevention, diagnosis, treatment etc.; and the psychological factors that need to be treated with their own approach of prevention, assistance and rehabilitation.

The need of a multi disciplinary team stands out with the objective of an integral attention to the patient, being inclined to improve the patients quality of life in its emotional and social aspects, and within this group of professionals, the psychologist is a facilitator in the adaptation of patients with their diagnosis, treatments and their re-introduction to society.

The uncontrolled alterations that cancer provokes require an extra home care treatment, and thus hospitalization. This matter is meticulously explained to the patient together with other aspects like isolation, loss of intimacy and strange regulations which can cause anxiety disorders that need to be treated. Techniques of confrontation and adaptation are described and care must be provided.

The integrative model in psychotherapy is described from different doctrinal sources, approaches and stages of its development. The integrative Ecuadorian model is described and the steps that must be followed to explore, plan and guide the conduction of a structured psychotherapeutical intervention are highlighted.

The last two chapters focus on the study of psycho education and its role in consultancy to the patient depending on their personality, social level, education, support of the patients environment and the application and evaluation of patients hospitalized in the Cancer Institute SOLCA – Cuenca.

INTRODUCCIÓN

El cáncer está considerado como una enfermedad múltiple producido por las alteraciones de los genes responsables del crecimiento y la reparación celulares, y que son el resultado de interacciones entre factores genéticos y agentes externos, tanto físicos como químicos y biológicos, tiene, como otras dolencias, vinculaciones con variables 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 señalan las influencias del alma sobre el cuerpo y de este sobre la parte anímica, así como la relación con el medio ambiente social entendido como factor etiológico de la enfermedad. Galeno, en su tratado sobre los tumores, demuestra el influjo de la personalidad en el cáncer al concluir que las mujeres “melancólicas” están mas propensas que las “sanguíneas” a tener el cáncer de mama; por lo tanto, es frecuente encontrar en estudios e informes especializados la relación clínica con la personalidad, el estrés y el cáncer.

En este contexto, el presente trabajo se circunscribe en el campo de la aplicación de la psico-educación en las diferentes facetas vinculadas con la enfermedad. Partiendo de un análisis sobre su problemática en general relacionada con los procesos epidemiológicos y etiológicos, la prevención, el diagnóstico y tratamiento, sus complicaciones y cuidados, los tipos de cáncer, considerando al paciente dentro de la psico-oncología asociada a las diferentes etapas de la enfermedad, con sus implicaciones de tipo familiar, hospitalaria, económica, social y más variables, personales, y colectivas que individualizan su enfermedad. Para este propósito, la investigación la he realizado en uno de los centros hospitalarios especializados de la ciudad que cuenta con los mayores niveles de conocimiento científico aplicados al servicio de la comunidad como es la “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” SOLCA.

En el desarrollo de esta temática, están siempre presentes los aspectos psicológicos asociados a la aparición o curso de esta enfermedad, al punto que científicamente se acepta que en un 80% de cánceres, 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 mas 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 conclusiones definitivas sobre todo, por problemas metodológicos, por lo que se deben evitar interpretaciones que puedan ir al extremo de “causa-efecto” que pueden generar una angustia que influya negativamente en su adaptación. En todo caso, es bueno que el enfermo se sienta implicado con su propia realidad, con el diagnostico, con el tratamiento y con todos los sentidos en su recuperación, y permitirle que responda con sus propias estrategias de adaptación, coherentes a su estilo de personalidad y sin reprimir las emociones que pueda sentir.

CAPITULO 1

EL CANCER

INTRODUCCION

El cáncer sin lugar a dudas constituye una enfermedad que aumenta progresivamente, razón por la cual es cada vez más cercana a nosotros, constituye la primera causa de muerte en los países mediterráneos, seguida por las enfermedades del corazón.

El cáncer genera un sin numero de miedos debido a su asociación al deterioro físico, psicológico, al tratamiento, a lo que se suma la relación directa que tiene con la muerte, es por esto que esta enfermedad genera cada vez más temor.

.

Es importante tener en cuenta que si bien el cáncer es una enfermedad grave, si su detección y tratamiento es realizado tiempo, puede ser tratado e inclusive curado según el estadio clínico en el que se encuentre el paciente.

El miedo que genera esta enfermedad hace que los pacientes eviten someterse a exámenes médicos que puedan diagnosticar esta enfermedad, haciendo que su detección se de en etapas avanzadas haciendo que el pronostico no sea favorable.

Es por esto que es importante promover la atención medica preventiva con en fin de convertir al cáncer en una enfermedad de mejor pronostico.

1.1 LA HISTORIA NATURAL DEL CANCER¹

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 mantiene 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, puede ser dividida en tres etapas que son: iniciación, promoción y progresión.

Iniciación y promoción

La iniciación 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.

¹ Manual de oncología Clínica. (UICC) Barcelona España. Ediciones Doyma. 1992. PAG 22; 33

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 de 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 por 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 las vías de menos resistencia especialmente junto a los trayectos de vasos y nervios. Sin embargo en aquellos en los que las células tienen libre acceso a las cavidades serosas, estas 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.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Epidemiología

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, edad, 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.

Gracias a las estadísticas conocemos que el más común de los cánceres es el de estómago, seguido por el de pulmón, de mama, de colon y recto; y, el de cérvix, igualmente sabemos que mientras la mortalidad por enfermedades infecciosas disminuyen, por el cáncer se incrementan.

Etiología

Las bases epidemiológicas de la etiología del cáncer presentan dos categorías: La primera, que podría definirse como 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 procede 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 de 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% del riesgo que se hubiera ido acumulando de haber continuado con el uso del tabaco.

Las radiaciones ionizantes. Su influencia puede ser causante de cáncer en cualquier parte del cuerpo, sin embargo los atribuidos 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 a radiaciones ultravioletas. El cáncer que más relacionado esta con este tipo de exposición es el de piel, generalmente localizado en la cabeza y 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 cánceres 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, tanto durante la absorción (piel y tracto respiratorio) como en su excreción (trato 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 a la goma,

etc. Son personas de alto riesgo también los implicados en la elaboración de cables eléctricos cubiertos por plástico, 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 y minerales utilizadas como suplementos.

Existen estudios que relacionan el alto consumo de grasa con el incremento del cáncer de mama, y de colon; y al 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 el 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. Está relacionado 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 de uno u otro por separado.

1.3 FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Lo que se busca dentro de la oncología es detectar la enfermedad precozmente con el fin de intentar interrumpir su historia natural y su propagación.

En este proceso, el primer paso es identificar los comportamientos o exposiciones a ciertos tipos particulares de carcinógenos y virus que representan mayor peligro para su desarrollo. Esta detección temprana, permite tener un mejor pronóstico y por lo tanto un tratamiento menos radical que implique un ahorro de recursos y más tranquilidad y confianza.

Tabaquismo. Este hábito constituye la principal causa prevenible de muerte. Se conoce que no solo el paciente que fuma es quien sufre sus efectos si no también los fumadores pasivos. En el caso de los niños, es el responsable de: enfermedades respiratorias, de que se acentúen los síntomas de asma, del reducido peso al nacer e incluso de muerte súbita, y en los adultos del cáncer de pulmón y de senos paranasales.

Cáncer de mama. El principal factor de riesgo es su aparición en un familiar de primer grado. Además esta persona tiene un riesgo del 1% anual de desarrollar un segundo tumor. Sus técnicas para la detección precoz son: la autoexploración; el examen clínico y la mamografía.

Entre los principales factores de riesgo podemos señalar los siguientes:

El Sexo, aunque es de predominio en mujeres puede darse también en los varones; la edad, existe un 60% más de posibilidades que se desarrolle en personas mayores de 60 años, porcentaje que aumenta después de los 75; la predisposición genética; los antecedentes familiares; y antecedentes personales de haber tenido una enfermedad mamaria benigna previa y el uso prolongado de anticonceptivos. La raza, las mujeres blancas son más propensas, el inicio temprano de los períodos menstruales (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor); las mujeres con una

menopausia tardía (después de los 55 años) al igual que el embarazo después de los 30 años.

Cáncer de cuello útero. La incidencia del carcinoma invasivo de cérvix, en países occidentales en las últimas décadas presenta una tendencia decreciente, muy probablemente por la práctica del test de papanicolaou (PAP) que ha llevado al diagnóstico de más lesiones precancerosas, las mismas que tratadas eficazmente no evolucionan.

Entre los factores de riesgo tenemos: El uso de anticonceptivos hormonales, puesto que no impiden el contagio durante las relaciones sexuales; fumar; y mantener relaciones sexuales antes de los 18; tener parejas sexuales distintas, ser obesa y ser de raza blanca.

Cáncer de colon y recto. En muchas sociedades occidentales el cáncer colorectal es la segunda causa de mortalidad por cáncer, su sintomatología muchas veces es confundida con otras patologías por lo que lamentablemente se lo detecta en estadíos avanzados.

Existen cuatro grupos de riesgos: el primero, los pacientes que tienen una historia personal y/o familiar de este tipo de cáncer; el segundo, con antecedentes de poliposis a lo largo del intestino; el tercero pacientes con colitis ulcerosa; y el cuarto, pacientes de vida sedentaria, que tienen una dieta con poca fibra, frutas y verduras y demasiadas grasas.

Cáncer de pulmón. Es importante realizar radiografías a personas con un alto consumo de cigarrillos y de más de 45 años.

Cáncer de próstata. Es más común en varones que superan los 60 años, y constituye la segunda causa de muerte entre los norteamericanos. Las pruebas de screening en este caso son: el tacto rectal y la valoración del PSA. Estos estudios deben realizarse de forma anual a partir de los 50 años.

Cáncer de piel. Su incidencia ha aumentado en el mundo entero.

Los factores de riesgo de tipo ambiental son: la exposición excesiva al sol por lo que puede producirse lesiones cancerosas en las partes expuestas, frecuentemente en cabeza y cuello y a la radiación ultravioleta de la piel que se encuentra normalmente protegida

Las quemaduras producidas por el sol antes de los 15 años aumentan el riesgo de melanoma al doble, así como la sensibilidad de la piel y la dificultad para broncearse. Este cáncer también tiene mas propensión a desarrollarse en las personas con sobre exposición a lámparas y cabinas bronceadoras.

1.4 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Previo al diagnóstico del cáncer, el paciente debe acudir al especialista, y realizarse todos los exámenes de control que sean requeridos.

Lamentablemente en nuestro medio las preocupaciones por la salud surgen solo en caso de malestar extremo o cuando la sintomatología le impide continuar con sus labores normales. Esta actitud impide un diagnóstico precoz que puede lograr en tanto en cuanto mejore el nivel educacional de la población.

Previo al diagnóstico es necesario seguir los siguientes pasos:

Establecer la historia clínica completa, en la que deben constar los antecedentes personales y familiares de importancia, la historia sexual y ginecológica, hábitos tóxicos, y la ocupación laboral.

La exploración física, que debe realizarse de forma metódica puesto que de esta depende que el diagnóstico sea el adecuado.

Dentro de las pruebas diagnósticas más utilizadas tenemos:

Las radiografías, que permiten detectar nódulos. Cuando existe sospecha de cáncer, deben realizarse varias placas de intervalo a fin de que los tumores demasiado pequeños puedan evidenciarse;

La tomografía, está indicada para clarificar hallazgos anormales en la radiografía ordinaria;

La resonancia magnética que es un método de diagnóstico por imagen nuevo, no invasivo, pues no expone al paciente a radiaciones ni tiene efectos colaterales;

La ecografía ha sido muy desarrollada en los últimos años, es especialmente útil en tumores quísticos diferenciados de tiroides, hígado, páncreas y ovario. Se utiliza también para realizar punciones diagnósticas con aguja;

La endoscopia mediante la cual las lesiones premalignas o malignas pueden ser visualizadas, fotografiadas o extraídas para exámenes. Es útil sobretodo para auscultar vías respiratorias superiores, esófago, estómago y duodeno.

La colonoscopia se utiliza para el estudio de lesiones en el intestino grueso y recto.

La laparoscopia para cuando existe sospecha de un cáncer de hígado, ovario o neoplasias retroperitoneales.

La citología consiste en un examen de las células exfoliadas en las secreciones corporales, este procedimiento es especialmente útil en el diagnóstico del cáncer de cérvix.

El diagnóstico del cáncer debe basarse en evidencia histológica a través de muestras de tejido que se obtiene ya sea por cirugía o por punción. A este procedimiento se denomina biopsia.

Existen otras pruebas de confirmación y de monitoreo del tratamiento que se denominan marcadores tumorales, realizadas a través del estudio de líquidos corporales como la sangre o el cefalorraquídeo. Estos marcadores tumorales nos permiten: detectar una recidiva o cáncer persistente; controlar la eficacia terapéutica; y optar por nuevos métodos terapéuticos.

Los exámenes de extensión permiten decidir el tipo de tratamiento que debe aplicarse y que varían en función de la dimensión de la enfermedad. El tratamiento curativo radical generalmente es el quirúrgico, que sin embargo no debe aplicarse si el cáncer se extiende más allá de los límites del campo terapéutico.

Por todo lo señalado, el manejo multidisciplinario es el tratamiento de elección, que permite determinar si se aplica cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y/o una combinación entre estos. Así como en base a datos adecuados, clarificar los objetivos del tratamiento; analizar los resultados obtenidos; se evalúa y pronostica su evolución; y luego de la información al paciente y su familia, contando con su consentimiento, programar y ejecutar los siguientes pasos

La cirugía oncológica

Si bien este procedimiento fue durante siglos el único método utilizado para tratar el cáncer, hoy en día es uno de los más importantes. Se trata de una terapia locorregional que puede curar solo aquellos procesos que están localizados en su tejido originario y en sus ganglios regionales de drenaje, pues está enfocada a reseca el tumor primario y a sus órganos o tejidos adyacentes que se encuentren afectados y a la extirpación de ganglios regionales en caso de estar indicado.

La cirugía también constituye un método de elección para las lesiones in situ y premalignas de todas las superficies del cuerpo como la piel, la boca, el cuello uterino, etc., En este caso se considera de tipo preventiva.

Se practican también cirugías diagnósticas a través de las biopsias incisionales, por punción, o por la laparotomía exploradora, laparoscopia, etc.

La cirugía paliativa, cuyo objetivo es el de atenuar los síntomas mas no curar, y que se aplica en casos de obstrucciones; de necesidad de amputaciones por sarcomas muy dolorosos o sangrantes; etc. Y la cirugía reductora, que busca extirpar la mayor cantidad posible de masa tumoral con la esperanza de que la quimio y/o la radioterapia puedan detener el crecimiento o curar los restos malignos que aún han quedado.

La radioterapia

Los rayos X fueron descubiertos en 1895 por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen. En 1897 el profesor Freun demostró la desaparición del melanoma con su uso.

A principios de este siglo, Pierre con su esposa Marie Curie descubrieron el radio, el cual fue utilizado por primera vez en 1901, en el tratamiento de un cáncer de piel, marcando así el inicio de la radioterapia en este tratamiento.

Debido a la elevada morbilidad y mortalidad de los procedimientos quirúrgicos radicales y a la similitud de los resultados obtenidos con la radioterapia, la cirugía radical cayó en un largo letargo y solo aparecieron esporádicos avances en las primeras cuatro décadas del siglo pasado.

La braquiterapia tuvo una evolución conceptual similar, encontrándose su primera participación a principios de siglo.

La radioterapia consiste en el empleo de radiaciones ionizantes, al igual que la cirugía es una terapia locorregional. Incluye el uso de haces de partículas aceleradas que permiten un incremento de las dosis en una área definida de tumor y su correcto y cuidadoso empleo depende de los médicos radioterapeutas y físicos.

Los efectos secundarios en los tejidos normales, pueden ser agudos o tardíos, pueden iniciar incluso dos o tres meses después de haber terminado el tratamiento. Cuanto más sea el volumen tumoral tratado mayor será la toxicidad.

La quimioterapia

A diferencia de la cirugía y la radioterapia, este proceso sistemático que consiste en un tratamiento farmacológico que pueden afectar las células cancerosas en todo el organismo. La quimioterapia en combinación con la cirugía o la radioterapia constituye un tratamiento que permite elevar las probabilidades curativas.

La quimioterapia es adyuvante cuando su aplicación es posterior a la extirpación de la enfermedad locorregional con el objetivo de controlar micrometástasis residuales, locales o a distancia; Y neoadyuvante cuando busca reducir la actividad tumoral que de entrada no era operable a fin de que se vuelva quirúrgico. Luego de esta cirugía y en función de la enfermedad específica, puede darse quimioterapia adyuvante.

Hormonoterapia

George Beatson en 1896, observó que las pacientes con cáncer de mama y sometidas a ooforectomía respondían favorablemente a la hormonoterapia. Así nació la hipótesis del exceso hormonal y su relación con diferentes tipos de cáncer, como los de: mama, endometrio, próstata, ovario, tiroides, cérvix, hueso y tumores genitales de adultos y jóvenes.

Este modelo hormonal, determina que la neoplasia es consecuencia de un excesivo estímulo hormonal, en un determinado órgano, que altera el crecimiento y función normal de las células de dicho órgano. Como quiera que funcione, se puede establecer que más del 35% de los tumores masculinos y del 40% de los femeninos responden a un estímulo hormonal².

² CEVALLOS BARRERA Edwin. Fundamentos de oncología. Quito Ecuador. 2001. pag. 21; 30

Se conocen dos tipos de esta terapia: la ablativa que consiste en la extirpación de los órganos productores de hormonas o en la destrucción de su capacidad funcional; y la aditiva que radica en administrar hormonas o sustancias similares que intervienen en los mecanismos del crecimiento inducido por las mismas.

1.5 COMPLICACIONES Y CUIDADOS

Durante la enfermedad surgen múltiples complicaciones relacionadas o no con el cáncer, por ello y con el propósito de determinar una posible progresión de la enfermedad, es muy importante realizar una adecuada anamnesis y exploración clínica.

En estos pacientes, las infecciones son muy comunes y recurrentes, y cuando se sospecha su presencia, lo primero que hay que hacer es reconocer los factores predisponentes del enfermo. Entre las más comunes están:

La septicemia, que se origina con la presencia de bacterias en la sangre, que pone en riesgo la vida del paciente y las pulmonares que probablemente son las más generalizadas en cuanto a su localización.

Estas infecciones deben ser tratadas oportunamente mediante la aplicación de antibióticos y las radiografías deben ser cuidadosamente estudiadas para distinguir sus causas. Es también importante que dentro de la interrogación inicial se tome en cuenta aspectos relacionados con la valoración de las alteraciones respiratorias.

Las fracturas sobre metástasis óseas pueden ocurrir sin traumatismo o sonido habitual, por lo que todo dolor óseo agudo en un paciente con cáncer especialmente de mama o de pulmón, debe hacernos sospechar de que se trata de una fractura patológica.

Existen otros signos neurológicos tales como el dolor de cabeza, náuseas, alteraciones visuales, etc. que pueden ser indicadores de dolencias cerebrales, especialmente de cánceres primarios o metastásicos generalmente de pulmón. En estos casos, los exámenes dirigidos a monitorizar dichas patologías son necesarios.

La formación de líquido ascítico puede ser producido por hipertensión portal, causado por metástasis extensas en el hígado derivadas de cánceres de mama o colorectal o con mayor frecuencia por metástasis peritoneales de carcinoma ovárico.

Las elevaciones del calcio constituyen otra de las complicaciones que pueden producir confusión, coma y hasta la muerte. Por ello la evaluación oportuna es importante, así como tratamientos a base de hidratación, diuréticos y fármacos para reducir los niveles de calcio.

La pérdida de peso es el signo más frecuente del cáncer no controlado, puesto que el proceso tumoral consume más energía que la que se provee mediante la alimentación. Los tumores, producen proteínas supresoras del apetito reduciendo así el gusto e interés por la comida. Los que se generan en el abdomen por ejemplo, disminuyen la capacidad del estómago para el alimento impidiendo el normal funcionamiento del intestino por obstrucción o interrupción del peristaltismo.

Una vez establecidas las causas de la pérdida de peso y/o apetito, es importante ayudar al paciente a recuperarlo mediante la ingesta de una cantidad adecuada de líquidos y calorías.

El dolor es sin duda otra de las complicaciones que afectan al paciente y a su calidad de vida. Si bien existe una gran disponibilidad de fármacos eficaces, a veces éstos no son adecuadamente manejados.

El dolor se incrementa muchas veces por la ansiedad, o por y por, el propio miedo al dolor. Por ello, para tratarlo se debe valorar con precisión sus causas.

1.6 TIPOS DE CÁNCER

Cáncer de piel

Su incidencia es más común entre la población blanca, y se estima que más del 50% de todas las personas mayores de 65 años desarrollarán alguno de estos tipos. Por lo general son causados por la radiación solar ultravioleta, por lo que ocurre generalmente en las áreas más expuestas a sol como son: cabeza; cuello y manos.

Un pequeño porcentaje de estos cánceres se desarrollan a partir de otras causas como las radiaciones ionizantes, o los productos del alquitrán de carbón.

La capa de ozono es una barrera natural de los rayos ultravioleta, pero su destrucción favorece el apareamiento de neoplasias de la piel, es por esto que se pronostica que a medida que avance el deterioro de esta pantalla natural protectora se incrementará la incidencia de cáncer de piel. Se ha observado también que la radiación ultravioleta afecta la respuesta inmune local y sistémica.

Cánceres de cabeza y cuello

Los tumores de cabeza y cuello constituyen el 10% de todas las neoplasias, y de este total, alrededor del 40% se presentan en la cavidad oral, 25% en la laringe, 15% en la faringe, 7% en las glándulas salivares y 13% en las localizaciones restantes.

El pronóstico depende parcialmente de la invasión local, pero esta más relacionado con la afectación ganglionar. Durante un cierto período de tiempo, los cánceres de cabeza y cuello permanecen como una enfermedad locorregional, que justifica una terapéutica agresiva.

En general la cirugía y la radioterapia son los tratamientos estándar para este tipo de lesiones. La quimioterapia se suele incluir en los casos de laringe y de enfermedad recurrente o metastásica.

Cáncer de tiroides

El carcinoma de la glándula tiroides es prevalente en nuestro medio, y es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son tratables y generalmente curables. Los cánceres pobremente diferenciados (medular o anaplásico) son menos comunes, agresivos, con metástasis tempranas y un pronóstico más precario.

El cáncer de la tiroides comúnmente afecta a mujeres más que a hombres y la mayoría de los casos entre las edades de 25 y 65 años con notables índices de crecimiento a nivel mundial.

Los tumores pueden presentarse como un nódulo semejante al de las lesiones benignas o como un crecimiento infiltrante duro y por lo general el tipo histológico determina la historia natural del tumor.

Cáncer de pulmón

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año se incrementa 661.000 casos nuevos, ocupando el segundo lugar después del de estómago, y en los Estados Unidos, se diagnostican alrededor de 170 mil adicionales y se reportan 155.00, cifras que superan las causadas por cáncer de mama, próstata y colon combinados.

La tasa de mortalidad, sin embargo, no ha ido a la par con el incremento de la incidencia en la población, pues por cada cien mil de 1950 a 1995 se ha incrementado de 20 a 75 en hombres y de 5 a 33 en mujeres. El país con más alta incidencia de este cáncer es Nueva Zelanda y el de menor incidencia es Gambia.

El cáncer de pulmón se origina en el epitelio de los bronquios segmentarios primarios y secundarios y con menor frecuencia en los pequeños bronquios periféricos, se han descrito más de doce tipos de los cuales más del 90% están constituidos por cuatro

grupos que son: carcinoma escamoso; adenocarcinoma; carcinoma de células pequeñas y carcinoma de células grandes.

Cáncer de estómago

Es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo con tendencia a disminuir pero que lamentablemente en nuestro país es cada vez mayor. Convirtiéndose en una de las principales causas de muerte. Según el Registro Nacional de Tumores ocupa la tercera más frecuente en hombres y la cuarta en mujeres.

Las manifestaciones clínicas más comunes son: pérdida de apetito, distensión abdominal, pérdida de peso, debilidad por anemia, náusea, vómito y deposiciones negruzcas (melenas). La duración de los síntomas es de más 3 meses en el 40% de pacientes y más de un año en el 20%.

El tumor suele diseminarse por contigüidad a los órganos adyacentes como por ejemplo al hígado o al páncreas.

El diagnóstico temprano se puede realizar solo en grupos de alto riesgo seleccionados según la presencia de lesiones precancerosas.

Cáncer de mama

El Cáncer de mama es una patología que se ha convertido en un problema de salud de gran incidencia en las mujeres.

Aunque se desconocen las causas exactas de este cáncer, se han identificado algunos factores de riesgo como: la edad avanzada; la presencia de una historia personal o familiar; hiperplasia atípica o de historia obesidad, etc.

El carcinoma mamario es generalmente descubierto por la misma mujer o por su médico y su primera manifestación suele ser una tumoración, habitualmente indolora y puede tener cierta movilidad. Su diseminación se produce por la vía linfática, sanguínea y por

extensión directa. Los ganglios linfáticos pueden actuar como el filtro más importante para las células que han escapado del tumor primario.

Una mujer con sospechas de esta enfermedad, con el fin de identificar las características de las células tumorales debe someterse a un buen examen clínico, a una mamografía, y la biopsia. Se emplean pruebas moleculares muy sofisticadas que indican cómo se comporta el tumor.

En algunas sociedades, gracias a la educación sanitaria y campañas de prevención, los médicos encuentran hoy en día un mayor número de tumores pequeños de menos de 5 mm.

Tumores ginecológicos

Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino es la primera o segunda neoplasia más frecuente en las mujeres y en la mayor parte de los países desarrollados su incidencia y mortalidad va disminuyendo progresivamente. La edad media en la que la adquieren se encuentra entre los 48 a 52 años.

En la mayoría de la veces, su progresión es ordenada, primero al estroma y de allí, a las estructuras adyacentes, es decir hacia arriba a los ligamentos uterinos; lateralmente al ligamento ancho y úterosacro, y más caudalmente a la vagina. La extensión al ligamento ancho determina fijación del tumor a la pelvis, y cuando la infiltración es anterior puede invadir la vejiga, o hacia atrás al recto.

Cáncer de endometrio

En los Estados Unidos en 1996 fue la cuarta causa más frecuente de cáncer en la mujer, y en el Reino Unido la segunda y su incidencia aumenta cada vez, probablemente relacionada con ciertos factores ambientales o de exposición a regímenes de dietas diferentes en los países industrializados. Sin embargo, pese a que se presenta en mayor

proporción que el cáncer de cérvix u ovario, esta es una de las neoplasias por excelencia potencialmente curables, de fácil y accesible diagnóstico en manos de expertos y en estadios tempranos.

Constituye el 39% de los cánceres ginecológicos con diagnóstico mayoritario en mujeres postmenopáusicas, un 25% en premenopáusicas y un 5% en edades inferiores a los cuarenta años.

El tratamiento es quirúrgico e involucra una histerectomía, ooforectomía y linfadenectomía según sea el estadio de la enfermedad. La radioterapia es otro recurso ya sea mediante irradiaciones externas o mediante braquiterapia.

Cáncer de ovario

Estos tumores crecen traicioneramente y suelen alcanzar gran tamaño antes de que sean advertidos por la paciente o el médico. Sus síntomas pueden ser varios debido a la compresión de estructuras adyacentes, ya sea por el propio tumor o por las estructuras vecinas a las que infiltra. A su vez, suelen producir implantes peritoneales y secundariamente ascitis.

Su incidencia se ha incrementado en los últimos años, y según las estadísticas representa el 5% de todos los cánceres que afectan a las mujeres; una de cada 70 lo desarrollaran a lo largo de su vida y una de cada 100 morirá por su causa.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal o pélvico, pérdida de peso, dolor de espalda, flatulencia y ocasionalmente sangrado vaginal anormal. El diagnóstico temprano es difícil puesto que los síntomas iniciales son vagos y por ello en muchos casos se detecta en estadios avanzados.

Estos tumores se extienden a los ganglios linfáticos paraaórticos, mediastínicos y supraclaviculares. Más tarde pueden producir metástasis pulmonares y hepáticas.

El tratamiento de elección es la cirugía. En los estadios tempranos es la histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral. La extensión quirúrgica se justifica por la alta incidencia de bilateralidad y la tendencia de invadir el útero.

Cáncer de testículo

Aunque esta es una enfermedad relativamente rara, su incidencia más habitual se da en los hombres entre los quince y los treinta y cuatro años.

Entre los síntomas más conocidos están: el aumento no doloroso de uno de los testículos y la presencia de un bulto o nódulo en el mismo. En algunos casos la enfermedad avanza sin que la persona lo perciba o sin que de importancia a los pequeños cambios anatómicos a ese nivel, por lo que acuden a consulta por problemas respiratorios o gástricos debido a metástasis a distancia.

La etiología del cáncer de testículo es prácticamente desconocida. No hay evidencia de que existan factores genéticos, enfermedades infecciosas o traumas físicos que directamente lo originen.

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es una neoplasia cuyas particularidades se las ha ido conociendo en las últimas décadas, en función del descubrimiento del Antígeno Prostático Específico (PSA), el mismo que ha permitido un diagnóstico de la enfermedad en etapas incipientes y el monitoreo, evaluación y ensayo de las diferentes formas de tratamiento. Otros medios de imagen como el ultrasonido transrectal, también han contribuido para su conocimiento.

Su incidencia se eleva con la edad. Sus síntomas se caracterizan por la progresiva dificultad en la micción, incremento en la frecuencia de la misma y sensación de evacuación incompleta y sus causas son desconocidas, sin embargo se han encontrado factores de riesgo intrínsecos los mismos que no son prevenibles como: la edad, pues estudios demuestran que esta enfermedad es rara antes de los 40 años, y excepcional antes de los 20 años, un 33% de probabilidades a los 50 años el cual aumenta a un 75% a los 80

años, mientras que a los 90 años puede existir en un 80 y 90% de probabilidad; la raza, en la negra se duplica el riesgo cuando hay antecedentes familiares, y la posibilidad de su desarrollo aumenta tres veces en pacientes con padres con esta patología; y extrínsecos prevenibles como el consumo de tabaco, alcohol, café, grasas animales e insaturadas, así como las infecciones virales transmisibles como el HPV.

Leucemias

Son producto de la proliferación maligna de las células hematopoyéticas, cuya acumulación progresiva se acompaña de una disminución en la producción de los elementos sanguíneos normales.

En atención a su agresividad, se clasifica en dos amplios grupos: 1) aguda y 2) crónica. Estos a su vez de acuerdo al origen de la clona de la célula progenitora leucémica se dividen en mieloides y linfoides. Por tanto, estos sistemas están vinculados con la agresividad de la enfermedad y el origen de la célula, reconociéndose cuatro tipos de leucemia: mieloides aguda (LMA), mielocítica crónica (LMC), linfoblástica aguda (LLA) y linfocítica crónica (LLC).

No es frecuente la vinculación leucemia con relación familiar, excepto entre gemelos idénticos en los cuales se observa frecuencia aumentada en los 6 meses del diagnóstico de el niño afectado.

Agentes que inducen daño en el ADN y virus que pueden incorporarse dentro del ADN han sido asociados con la leucemia aguda. Ocurre con frecuencia que esta enfermedad se vea incrementada después de exposición a radiaciones, o de ciertos tipos de quimioterapia o con exposición continua al benceno. Sin embargo, estos factores son identificados en solo una pequeña fracción de pacientes con leucemia aguda.

Sin tratamiento, 98% de los enfermos con leucemia mieloides aguda fallecen en pocos días o semanas, como consecuencia del fracaso hemopoyético, sobre todo por infección hemorragias. Por tanto, la decisión de tratamiento debe ser inmediata, el mismo que se realiza a base de quimioterapia.

CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente anotado es muy importante generar cambios con respecto a la concepción de la enfermedad y de las dinámicas acerca de la importancia que damos a la salud en general. Es decir la salud debe dejar de estar en un segundo plano para convertirse en una prioridad.

Las enfermedades lejos de ser temidas deben ser conocidas con el fin de saber como cuidarnos de las mismas y en el caso específico del cáncer conocer sus manifestaciones clínicas así como los factores de riesgo para sea detectado a tiempo y podamos hablar cada vez de más casos de pacientes con cáncer pero que han sido tratados exitosamente por lo temprano de sus estadios clínicos.

CAPITULO 2

PSICONCOLOGIA

INTRODUCCION

El desarrollo tanto de la medicina como de la psicología ha hecho que cada vez más psicólogos se encuentren en contacto directo con pacientes con enfermedades medicas y quirúrgicas.

Por otro lado los médicos han visto en su trabajo diario que los pacientes no solamente manifiestan dolencias físicas, sino que estas dolencias hacen que existan manifestaciones psicológicas que deben ser atendidas.

El cáncer constituye una enfermedad que se ha extendido por todo el mundo, generando así un gran impacto psicológico alrededor de la posibilidad de desarrollar esta enfermedad.

Ir a un hospital oncológico pensando en las posibilidades diagnosticas es ya difícil, lo que es más difícil aun es conocer el diagnóstico, aceptarlo y afrontarlo, por lo que el apoyo psicológico es de vital importancia.

Es por esto que en todo hospital oncológico debe existir un psicólogo que tenga conocimiento de oncología pero no solo desde en punto de vista medico sino con plenos conocimientos sobre todo lo que genera la enfermedad en el paciente, es decir un especialista en psiconcología.

2.1 EL PACIENTE ONCOLÓGICO: ASPECTOS PSICOSOCIALES

El niño y el adolescente con cáncer (Maria Die Trill)

El niño y el adolescente con cáncer enfrentan situaciones médicas y emocionales que influyen en su grado de alteración psicológica.

Las manifestaciones físicas que se producen y sus tratamientos, unidos a: la gravedad de una condición potencialmente mortal; a las reacciones de los familiares; a su cronicidad; a las alteraciones en sus relaciones sociales; al deterioro en el progreso escolar y el impacto que produce el cáncer en el entorno del niño y adolescente; pueden exacerbar síntomas psicológicos o generar malestar emocional impidiendo una adaptación psicosocial y escolar adecuada.

Es por ello que, es de suma importancia el apoyo a los pacientes a fin de facilitarles su adaptación a estas difíciles situaciones y estimular su capacidad de compensar las deficiencias que se pueden dar en su desarrollo como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento oncológico.

1. Aspectos médicos. El cáncer infantil constituye a penas el 2% de todas las enfermedades malignas. Sin embargo es la segunda causa de mortalidad infantil.

El riesgo de desarrollar un cáncer entre los cero y los quince años es de aproximadamente de uno entre seiscientos.

Los tipos de cáncer más comunes durante la infancia son: la leucemia, los tumores cerebrales y el linfoma.

Otras formas típicas de esta enfermedad en los niños son los tumores de Wilms (cáncer de riñón), el neuroblastoma (tumor del tejido nervioso simpático) y una variedad de

tumores sólidos que implican al músculo (rabdomiosarcoma), al hueso, al ojo (retinoblastoma), y al hígado.³

La edad en la que suele aparecer el cáncer en los niños varia dependiendo del tipo de enfermedad. Así, los tumores de Wilms y el neuroblastoma aparecen típicamente entre los dos y tres años, mientras que los tumores óseos suelen aparecer en la segunda década de la vida.

Estas diferencias sugieren que los tumores que se desarrollan en niños muy jóvenes están más relacionados con influencias genéticas y prenatales, en cambio los que se presentan en edades más avanzadas, si bien también pueden depender de la genética están relacionados a variables postnatales.

La mayor parte de los cánceres infantiles probablemente son el resultado de la interacción compleja entre factores ambientales y susceptibilidad genética.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad oncológica infantil están en relación con su órgano de origen, así pues, las leucemias comprenden un grupo de cánceres de la médula ósea que se manifiestan como alteraciones en la producción de la sangre tales como anemia o una mayor tendencia a la infección y a la fiebre. También pueden presentar dolor óseo debido a la expansión de la médula invadida.

Los tumores cerebrales provocan síntomas según su localización, pueden dar cefalea, vómitos, cambios de personalidad, problema cognitivos o cambios en el control motor.

Los tumores sólidos pueden presentarse como masas a veces visibles y causar dolor, malestar general, fiebre, pérdida de peso o alteraciones en alguna función.⁴

³.DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 85; 86

⁴ DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 88

Una vez que se sospecha la presencia de un cáncer, el niño debe someterse a una serie de pruebas diagnósticas, algunas invasivas y muchas de ellas pueden resultar sumamente dolorosas y enormemente traumáticas. Estas varían según la enfermedad.

La meta de todo tratamiento en pediatría oncológica es alcanzar la remisión siguiendo para ello un proceso terapéutico de consolidación y mantenimiento con el fin de que la enfermedad no vuelva a aparecer. Los tratamientos empleados son: la quimioterapia; la radioterapia; la cirugía y el trasplante de médula ósea.

2. Aportes de la psicológica evolutiva a la conceptualización de enfermedad y muerte. Para comprender y poder comunicarse con niños y adolescentes enfermos es imprescindible conocer a cabalidad tanto los aspectos evolutivos de quienes tienen un desarrollo normal cuanto de los enfermos, y en base de ello, reconocer y tratar a los afectados por el cáncer.

Entre los cero y dieciocho meses el infante responde básicamente al dolor físico, al malestar y a la presencia de personas extrañas. Muestra temor ante la ausencia de los padres. Carece del concepto del tiempo por lo que no puede comprender la temporalidad de una enfermedad o de la posibilidad de la muerte.

Durante la etapa pre-escolar (18 meses, 5 años) El niño comienza a reconocer su cuerpo por lo que comprende que una parte está afectada por la enfermedad, y es consciente de que padece una enfermedad grave causada por factores externos.

Es capaz de interpretar los mensajes de su entorno y sabe que algo malo está ocurriendo. Su pensamiento mágico hace que no tema a la muerte y su creencia de ser invencible le protege contra los temores de la enfermedad.

La hospitalización implica un bloqueo en su actividad por lo que se vuelven irritables, ansiosos o tristes.

Al comienzo de la etapa escolar (A partir de los 5 años) conceptualiza el tiempo de manera que le permite comprender que su salud luego del tratamiento mejorará en el futuro. Ya no identifica a factores externos como la causa de su enfermedad sino a factores internos como el no funcionamiento de un órgano. La hospitalización le significa la separación de los amigos y de la escuela, lo cual le genera malestar. La muerte para él es selectiva por lo que afecta únicamente a los ancianos.

Entre los siete y los trece años el niño ha desarrollado un concepto de la muerte como un fenómeno universal, irreversible y permanente. La edad en la que aparece esta madurez depende de sus experiencias con la enfermedad y con el fallecimiento.

Durante la pre-adolescencia y la adolescencia se desarrolla el pensamiento formal. Admite que existen causas desconocidas a la enfermedad. Teme perder el control y durante las dolencias predomina la lucha de poder y la vergüenza de ser diferente al grupo.

3. Alteraciones psicológicas. El progreso evolutivo del niño físicamente sano va encaminado a ganar más control sobre sí mismo, sobre sus relaciones y sobre su entorno. Los tratamientos oncológicos amenazan el control sobre su mundo, su desarrollo y la formación de su identidad.

Entre las necesidades de un niño con una enfermedad oncológica se distinguen las siguientes:

Las de control emocional. El niño requiere ser querido, desarrollar un sentido de pertenencia, obtener una sensación de logro, etc. Estas necesidades básicas suelen permanecer insatisfechas con la presencia del cáncer, debido a las restricciones del contacto con personas que puedan satisfacerlas, y a la rutina de la enfermedad.

Las de apoyo, comprensión, seguridad y cariño ante la reacción al tratamiento y a la hospitalización, ya que generan sentimientos de culpa e inutilidad en los niños.

Las psicológicas que surgen de la concepción que tiene de la muerte como: temor, ansiedad, aislamiento, pasividad y soledad.

La de aplacar la ira y conductas regresivas, que es una reacción muy común a la enfermedad del cáncer y sus limitaciones.

La de superar la ansiedad de separación, los temores al abandono y a la mutilación. En niños oncológicos la ansiedad puede estar asociada a las restricciones en su actividad motora o a la administración de pruebas médicas o tratamientos invasivos.

La de restringir los sentimientos de culpa y de vergüenza, por razones como: considerar que la enfermedad deviene como un castigo por algún comportamiento o pensamiento previo; tener conciencia de que su condición médica causa dolor a sus seres queridos; y constatar que sus habilidades para controlar su entorno se ven comprometidas; y la presencia de alteraciones físicas.

Entre otras alteraciones psicológicas que deben ser consideradas se pueden citar: el insomnio que es de origen multifactorial; y los comportamientos violentos debido a encefalopatías, a la interrupción brusca de medicamentos o al dolor mal controlado.

Es importante señalar que el adecuado control de estas alteraciones no se lo atribuye al éxito del tratamiento de cáncer pediátrico, si no en general a procesos aplicados y a mejorar el índice de adhesión terapéutica del paciente.

4. El adolescente con cáncer. La adolescencia constituye una etapa compleja del desarrollo, en donde existe una clara lucha por su propia identidad y autoimagen, por su independencia, por adaptarse a su sexualidad y a los cambios y modificaciones de su cuerpo.

El cáncer constituye para él entonces, una pérdida del control y de independencia y una limitación en sus actividades físicas, tales como los deportes.

Su futuro se ve amenazado, duda sobre su atractivo, piensa en las posibilidades de esterilidad y en general de ser feliz como los demás. Aunque tiene un claro concepto de la muerte, en el fondo niega su enfermedad y suele sentirse como carga para su familia.

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 sobremedida, existen otras adversidades que se evidencian con el cáncer como:

La pérdida de la identidad.- Aunque de una manera transitoria el paciente deja valorarse como lo hacia antes, puesto que de una manera negativa repercuten: los síntomas; la hospitalización; el deterioro por los tratamientos; 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 del tratamiento. Además se siente dependiente del médico.

La pérdida de las relaciones.- No solamente 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 querido en los momentos difíciles y no por falta de afecto, si no por que el cáncer afecta no solo al paciente si no a todo su entorno.

La pérdida de 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 tratamiento con radioterapia y por las terapias hormonales que reciben.

La pérdida de la imagen de sí mismo.- Los pacientes con tumores en la cabeza y el cuello, así como algunos que portan ostomías o que reciben por largo tiempo tratamiento esteroideos ven afectada su autoimagen al punto que algunos evitan el contacto social.

La pérdida del estilo de vida.- La interrupción transitoria del estilo de vida les provoca 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 principales ideales la procreación, la enfermedad en muchos casos genera cuestionamientos e incluso crisis en la pareja.

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

La pérdida del esquema de valores prioritarios.- Los valores y prioridades cambian radicalmente al punto que los paciente manifiestan que existe un antes y un después de la enfermedad.⁵

2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOCALIZACIONES TUMORALES ESPECÍFICAS.

Tumores de cabeza y cuello

A más de las reacciones propias ante un diagnóstico de cáncer, los pacientes con tumores en cabeza y cuello se enfrentan a alteraciones en su imagen corporal, sus relaciones interpersonales y su autoestima.

Estas deformidades como resultado, ya sea por la cirugía, de la radiación o del mismo crecimiento tumoral, les genera ansiedad y tristeza; y deficiencias tales como: alteraciones en la voz; incapacidad para articular palabras; y dificultades para deglutir y respirar.

⁵ DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 103 :107

Estos problemas sumados a los cambios de apariencia y a los desagradables olores que desprenden algunos tumores crean sentimientos de rechazo que los desmoralizan y culpabilizan a su entorno.

La deformidad facial produce reacciones más intensas debido al valor que tiene esta parte del cuerpo en las relaciones sociales. Pues a través del rostro entramos en contacto con nuestros semejantes, expresamos las emociones y emitimos señales de interacción facial y de los ojos. La comunicación de afecto y cercanía con el cónyuge, los hijos y amigos depende de la expresividad facial.

Por todo lo anotado, estos pacientes enfrentan un enorme aislamiento social, causado tanto por la deformidad como por la incapacidad de comunicación, así como una gran ansiedad debido al temor de enfrentar su realidad.

La ansiedad, además de constituir en muchas circunstancias una respuesta a la enfermedad también puede ser un estado general que trae consigo complicaciones durante el tratamiento y sobretodo en el período preoperatorio que suele ser de mayor intensidad y en el postoperatorio por falta de control del dolor, especialmente cuando existen tratamientos que impiden la respiración normal.

Según estudios realizados aproximadamente el 25% de los pacientes con cáncer desarrollan depresión en el curso de la enfermedad. En aquellos con tumores en cabeza y cuello tienen un riesgo mayor de desarrollar este tipo de episodios, al igual que un mayor riesgo de suicidio.

Como parte de la reacción depresiva puede existir hostilidad, considerando al médico cirujano el causante del daño sufrido.

La personalidad juega un papel importante puesto que la capacidad que tenga para adaptarse a las dificultades, será la misma con la que enfrente la enfermedad.

La calidad de vida, a más de lo señalado, se ve afectada por todos los síntomas de la enfermedad y los efectos del tratamiento, al igual que el miedo a morir. Peor aún, cuando muchos pacientes deben ser sometidos a nutrición parenteral y tienen dificultades para masticar e incapacidad para disfrutar de la comida, razón por la cual evitan hacerlo en lugares públicos.

El cáncer de mama

Las reacciones emocionales generadas por esta enfermedad dependen entre otras cosas del órgano que se encuentra afectado. El cáncer de mama genera respuestas psicológicas específicas relacionadas generalmente con aspectos íntimos de la feminidad, la sexualidad, la maternidad y la imagen corporal.

En la actualidad se desconocen las causas, pero existen factores de riesgo tales como: la edad avanzada; la historia personal o familiar con cáncer de mama; una menarquia temprana o menopausia tardía; obesidad; uso de anticonceptivos; primer parto después de los treinta; nulipariedad; etc.

Debido a que la mama es un órgano con una gran carga afectiva, el impacto psicológico que se produce por el diagnóstico, tratamiento y la enfermedad en general, es enorme, por ello, una de las primeras preguntas que se formula una paciente es, si va a morir, y posteriormente si perderá o si podrá conservarla.

La deformidad física interfiere frecuentemente en la continuidad y establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o relaciones, sobre todo si ya existen conflictos.

Estos pacientes muchas veces sufren vergüenza por padecer la enfermedad oncológica o por la ausencia de la mama, en caso de haberse sometido a una mastectomía radical, además existe un deterioro emocional por los efectos secundarios del tratamiento como: náusea, vómito, cansancio físico afectándose también a través del aislamiento de sus seres queridos.

El impacto psicológico de perder una mama o parte de ella sumada al hecho de padecer una enfermedad potencialmente devastadora, genera un sin número de reacciones, y afecta su autoestima, especialmente en mujeres que basan su autoconcepto en el aspecto físico.

El proceso de adaptación depende de diferentes variables individuales y psicológicas como:

Las etapas evolutivas en el momento del diagnóstico.- El impacto es diferente para las mujeres jóvenes que para las adultas. Generalmente las mujeres jóvenes no tienen una relación estable, no han tenido hijos, o están comenzando una vida independiente por lo que temen no encontrar una pareja que las ame, perder su capacidad reproductora o ver sus aspiraciones truncadas. Las mujeres más maduras por el contrario, han perdido ya su capacidad reproductora tras la menopausia, sus hijos se han independizado, y están redefiniendo su relación de pareja por lo que generar otra pérdida en su feminidad es complejo.

Entre los factores psicológicos que influyen en la adaptación emocional de las pacientes frente a esta enfermedad tenemos:

Los rasgos de personalidad y la estabilidad premórbida.- Se adaptará más fácilmente a la enfermedad y al tratamiento las mujeres cuyo funcionamiento psicológico premórbido ha sido estable y sus estilos de afrontamiento eficaces, por el contrario, las personas con alteraciones premórbidas tales como depresiones constituyen un factor de riesgo por su reaparición durante el curso de la enfermedad.

El apoyo emocional y social.- La aceptación de la enfermedad dependerá del soporte emocional que sus familiares y amigos le puedan brindar.

La presencia de estresantes adicionales.- El padecimiento de otras enfermedades o problemas, hacen que la enfermedad oncológica no sea su única preocupación o sufrimiento.

El estadio de la enfermedad. El momento del diagnóstico no solamente influye en la adaptación el pronóstico sino también todos los factores físicos y psicológicos que estos estadios implican.

Los tratamientos administrados.- Cada método empleado genera efectos secundarios, que influyen en la respuesta psicológica del paciente frente a la enfermedad.

Las posibilidades de rehabilitación.- Existen claras diferencias en cuanto a los beneficios generados por las expectativas de tener una cirugía reconstructiva en pacientes mastectomizadas. Estudios han demostrado que quienes se someten a este tipo de cirugía estética, al aumentar su nivel de satisfacción mejoraban su funcionamiento psicológico, social y sexual.

Historia familiar o contacto previo con en cáncer.- El haber vivido de cerca con un familiar o amigo con cáncer, aumenta significativamente los niveles de ansiedad, especialmente si estas experiencias han terminado con un fallecimiento. Estos conocimientos previos se convierten en un modelo comparativo. Por un lado, pueden imitar estilos de afrontamiento y por otro, compararse con otras personas que tuvieron más recursos económicos y de atención concluyendo que probablemente en su caso no podrá salir adelante.

La relación con el médico.- La toma de dediciones en conjunto y la oportunidad para aclarar cualquier tipo de dudas se facilita enormemente con una buena comunicación que induce a su vez a una mejor información.

Todos estos factores influyen en la capacidad adaptativa de las pacientes, sin embargo, existen otros factores tales como el tipo de tratamiento administrado. Por ejemplo, en el

caso de la cirugía (mastectomía) cuyo objetivo no solo es curativo sino también de información diagnóstica y pronóstica, genera en la mujer no solo miedo por ser mutilada sino que se siente enormemente amenazada ante la información médica que le proporcionan.

Las relaciones de pareja y la sexualidad.- Luego de un cáncer de mama estas se ven claramente afectadas, aunque según estudios muy pocos matrimonios terminan en divorcio por esta situación y son generalmente las que antes de la enfermedad tenían ya situaciones conflictivas. La adaptación psicológica es mayor si existe un buen apoyo conyugal, siendo este más difícil en jóvenes, que aún no han logrado desarrollar una adecuada compenetración como pareja.

En algunas ocasiones son los cónyuges quienes evitan mirar la cicatriz durante un largo tiempo, por lo que es poco probable que acaricie esa zona del cuerpo. Otras veces, no inician actividad sexual por miedo a causar dolor o malestar, aunque, generalmente son las mujeres que por miedo al rechazo se sienten incapaces de reiniciar conductas íntimas.

El cáncer de pulmón

Si bien es cierto que las reacciones y la adaptación del enfermo no se relacionan con un tumor específico si no con el cáncer en general, sin embargo, el órgano afectado así como la persona afectada tienen características especiales. Los primeros síntomas son de características respiratorias y estos son generalmente ignorados por los pacientes que dan poca importancia, razón por la cual muchas veces no son detectados tempranamente.

Esta minimización de síntomas y el hecho de acudir o no al médico depende de factores tales como:

Socioculturales.- Por la mayor o menor conciencia de la enfermedad, por la información a la que puedan acceder sobre sus síntomas, sus implicaciones y la importancia de su tratamiento temprano.

Miedo.- Al cáncer y a sus efectos como el dolor, el sufrimiento y la muerte.

Apoyo afectivo de los familiares.- En el sentido de que la familia sea o no afectiva en su soporte y hasta cierto punto sean quienes empujen al paciente para acudir al médico.

Las experiencias médicas previas. Cuando estas relaciones fueron negativas en el tratamiento general de la salud.

La autoimagen de invulnerabilidad. Esta percepción hace que muchas personas minimicen los síntomas y su necesidad de acudir a un profesional de la salud.

A lo expuesto se suma, el hecho de que el cáncer de pulmón tiene un desarrollo rápido, por lo que el diagnóstico generalmente es tardío, lo que contribuye a una tasa de supervivencia baja.

Un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón buscando adaptarse pasa por una serie de reacciones tales como: la ira; la ansiedad; la depresión; la culpa; la negación; etc. Una de las respuestas cognitivas más frecuentes es la atribución causal interna, a la acción culposa y voluntaria de fumar.

Esta búsqueda de adaptación sumada a la amenaza de la enfermedad, a la sensación de falta de control, al agotamiento de los recursos personales y psicosociales, precipitan las reacciones a niveles de descontrol.

Los tratamientos también constituyen un aspecto a tomarse en cuenta durante el proceso de enfrentamiento a la enfermedad, así la cirugía constituye un temor al daño corporal y a la muerte, sin embargo es aceptada como alternativa válida por ser limitada en el tiempo, de alivio inmediato del sufrimiento, del dolor y de otros síntomas. Por otra parte, la radioterapia y la quimioterapia generan temor, miedo y malestar por sus efectos secundarios.

Leucemias, linfomas y mielomas

El diagnóstico de leucemia, linfoma y mieloma (cánceres de sangre) y su tratamiento desestructuran la vida del paciente y de su entorno debido a los cambios bruscos que debe enfrentar como: pérdida de su independencia; efectos secundarios de los tratamientos; cambios en su imagen corporal; pérdida del trabajo o de ciertas capacidades; y la confrontación con la muerte. Incluso la supervivencia a esta enfermedad constituye un nuevo proceso, de readaptación que requiere apoyo psicológico, cuyo impacto depende en gran parte de:

El balance entre las amenazas percibidas por el paciente y sus recursos y el de sus familiares para afrontarlo; de aspectos médicos como: la enfermedad; los síntomas; el estadio; el pronóstico; la agresividad de la enfermedad; etc.

De factores psicológicos como: las amenazas percibidas por el paciente, las características personales, las experiencias previas, etc.; y de, factores sociales y culturales como: el apoyo social recibido, valores, actitudes, etc.

En los pacientes hemato-oncológicos uno de los tratamientos de elección es el trasplante de médula ósea, durante este período las alteraciones psicológicas se evidencian, siendo mayor los porcentajes de trastornos de adaptación, ansiedad, y depresión. Las preocupaciones difieren en función del momento en el que se encuentre, así al principio, la recuperación y el cuidado médico, posteriormente en la etapa de recuperación los aspectos adaptativos post tratamiento y el bienestar que puedan o no percibir dependen del personal médico, la hospitalización, la comunicación profesional – paciente.

Dicho esto, se evidencia la importancia del manejo multidisciplinario, en donde la intervención psicológica será la base para controlar la ansiedad y el estrés que generalmente se encuentran asociados a la enfermedad.

Tumores propios del varón

La palabra cáncer engloba un sin número de enfermedades frecuentes que tiene como común denominador el crecimiento incontrolado de células y su diseminación de forma anormal. Los propios del hombre son: el cáncer de próstata; de testículo y de pene. La persona que es diagnosticada de un cáncer de estos tipos, lo vive con un alto nivel de estrés emocional por lo que la reacción de ira, negación, depresión, etc, es muy común y los miedos no se limitan solamente a la muerte si no también a la incapacidad, a la sexualidad y al sufrimiento.

En estos casos, la adaptación va a depender de la manera como se maneje la información, sobre todo si es de manera gradual y progresiva.

Por la localización tumoral, el temor más grande en los cánceres genitales es el relacionado con la sexualidad, al respecto existen la duda sobre: contagios, la impotencia, la esterilidad, y el recelo a acercarse a la pareja, etc. En estas circunstancias, es de vital importancia la información profesional con el fin de despajar dudas, mitos y prejuicios. Estos aspectos se acentúan más en aquellos pacientes afectados en su testículo sobre todo en jóvenes con proyectos de formar una familia y mantener una vida sexual activa.

En estos casos, la cirugía es el método de elección para contrarrestar la enfermedad.

En el cáncer de próstata, la prostatectomía radical (la extracción de la próstata y de las vesículas seminales) es una intervención muy eficaz, que sin embargo, puede dañar los nervios que controlan el flujo sanguíneo del pene y afectar su erección.

En el cáncer de pene, la cirugía no solo se muestra como un método propuesto por el médico, si no como un aspecto de suma importancia que debe ser decidido conjuntamente con el paciente, debido al alto costo emocional que implica.

En el cáncer de testículo se realiza una orquiectomía radical (extirpación del testículo en el que se encuentra el tumor). Esta intervención influye directamente en la fertilidad y en la dificultad para mantener y tener erecciones aunque el testículo restante este sano.

La extirpación del pene o de los testículos es vivida por el hombre como una mutilación que afecta su integridad.

La radioterapia, generalmente daña arterias que llevan la sangre al pene, dificultando las erecciones que algunos hombres no logran recuperar y otros solamente tras algunos meses o años. En el testículo, puede afectar el deseo sexual así como la producción de espermatozoides, sin embargo se recomienda usar anticonceptivos por el riesgo de malformaciones en el feto concebido durante el tratamiento y en la zona pélvica produce a más de todo lo antes mencionado, dolores abdominales, irritación rectal, diarrea y dolor.

La quimioterapia tiene repercusión directa en la fertilidad, produciendo una esterilidad temporal o definitiva. Durante el tratamiento y en los dos años posteriores al mismo, se recomienda el uso de anticonceptivos.

Tumores ginecológicos

Si bien es cierto que muchos de los problemas psicológicos son similares en pacientes con tumores, estudios realizados demuestran que la oncología ginecológica tiene estrés añadido.

Estos cánceres son: de ovario; endometrio; cérvix y vulva y en la mayoría de casos no producen síntomas hasta estadios muy avanzados sobre todo en personas mayores. Sin embargo, pueden ser diagnosticados en cualquier momento de la vida.

Los tratamientos provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos y alteraciones psicológicas y sociales. Y para cada mujer la experiencia de un cáncer ginecológico es única, dependiendo de las características individuales y de su entorno sobre todo por el

impacto significativo de la vida en pareja por la pérdida del placer sexual, ya sea temporal o definitivo.

Este impacto es menor o mayor dependiendo del tiempo que la relación se haya mantenido, y distinta para personas que aún permanecen solas, para quienes las dificultades que se presentan son temas del futuro.

Después del diagnóstico, durante los primeros meses de tratamiento ya sea por los estragos del tratamiento o por factores de tipo psicológico, el deseo sexual se ve claramente afectado, sin embargo, es a partir del año que este problema se hace evidente, ya sea por la administración de hormonas, o por la depresión; o por la pérdida del bienestar físico; o por la utilización de medicamentos como los opiáceos, antidepresivos, etc. Es entonces cuando se requiere del manejo adecuado y del apoyo psicológico.

Los tratamientos específicos para el cáncer de cérvix son la cirugía (histerectomía total) y la radioterapia. En el caso del cáncer de ovario la cirugía y la quimioterapia son los tratamientos de elección, procedimientos que generan menopausia adelantada y pérdida de la capacidad reproductiva.

El cáncer de vulva es el menos frecuente, pero por el tipo de cirugía es el que más depresión e impacto genera, ya que existen grandes cambios a nivel genital que afectan la imagen corporal.

Otro aspecto que conmociona sobremanera a estas pacientes, es la infertilidad, pues muchos de los tratamientos impiden que puedan quedar embarazadas con secuelas de depresión, negación, ira culpa, ansiedad, etc.⁶

⁶ DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 145; 257

2.3 FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS.

La cirugía oncológica.

La cirugía constituye una de las experiencias más temidas, incluso las intervenciones consideradas por los especialistas como menores, pues producen dudas y mucha ansiedad, en efecto, la anestesia general genera gran ansiedad puesto que los pacientes temen perder el control sobre sí mismos mientras están bajo sus efectos y la posibilidad de no despertar.

El tiempo que transcurre entre el momento que conoce el paciente que debe ser intervenido hasta el momento de la operación, también genera ansiedad puesto que no sabe su duración, temen la posibilidad de desarrollar dolor físico, la pérdida de privacidad, la vergüenza por la desnudez, y el manejo de su cuerpo por extraños y el ambiente hospitalario, los aparatos, equipos y los procedimientos de evaluación y diagnóstico por ser extraños a su entorno normal.⁷

En el caso de la cirugía oncológica a todos estos temores se debe añadir, el ser diagnosticado de una enfermedad potencialmente mortal o conocer la extensión o agresividad de un tumor.

Los objetivos de estas cirugías son las de curar el cáncer, preservar las funciones al máximo y mantener la estética en lo posible.

A pesar de la agresión prevista, este procedimiento suele ser el de elección por parte de los pacientes, debido a que no es un tratamiento que se extiende en el tiempo y que significa una menor estadía y asistencia a un hospital. A su vez, proporciona un alivio inmediato del dolor y de otros síntomas que reducen el sufrimiento físico y psicológico. Además, el hecho de que un tumor maligno sea operable lo ubica en la perspectiva de curable.

⁷ GIACOMOTONE Y MEJIA. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. Argentina. Editorial Paidós. 1997 Pág. 35; 41

El período preoperatorio está directamente influenciado por la localización, el estadio y curabilidad del tumor, otro aspecto importante es el grado y el tipo de alteración que sufra el aspecto físico y el significado que el paciente da al cáncer y a la intervención misma.

El funcionamiento psicológico premórbido interviene en el período de adaptación por lo que resulta muy importante la historia personal, sobre todo en cuanto concierne a experiencias previas con la enfermedad.

La perspectiva que tenga el paciente sobre el grado de importancia de sus diferentes partes del cuerpo, predispone o no temores hacia la cirugía en función del órgano afectado.

Aunque el período intraoperatorio es un espacio donde afortunadamente muy pocas personas están concientes y se dan cuenta de lo que les ocurre, quienes si lo han estado, lo describen como atemorizante, generador de angustia y traumático. El postoperatorio en cambio, es de incertidumbre y de innumerables preguntas debido a las dudas sobre si fue maligno, las condiciones en las que se desarrolló, etc.

Cuando han existido complicaciones, el paciente es enviado a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Este ambiente le genera un alto grado de ansiedad, pues se siente solo, en un lugar desconocido, rodeado de personas y aparatos extraños, con intervenciones dolorosas y en algunos casos paralizantes. En general, la adaptación psicológica postoperatoria, depende en gran parte de la recuperación física, de los resultados de la cirugía y de las alteraciones cosméticas que se hayan producido.

Evidentemente, luego de una cirugía oncológica el estado de ánimo se ve influenciado por los resultados obtenidos: si se pudo extirpar el tumor, la recuperación y la adaptación emocional será mejor, que si no fueron los esperados.

Generalmente, en la fase postoperatoria, los estados confusionales agudos son frecuentes, los mismos que aparecen a los tres o cuatro días; y se complican, cuando se encuentra ya

fuera del área hospitalaria en donde los pequeños detalles se convierten en grandes dudas e incertidumbres, pese a la información oportuna otorgada por el médico.

Por lo anotado, la intervención psicológica es de suma importancia, es necesario trabajar a nivel cognitivo con el fin de disminuir su ansiedad mediante una información clara y sencilla, que les permita comprender que lo que les sucede esta dentro del proceso normal de recuperación.

La radioterapia

Consiste en la aplicación de radiación electromagnética de elevada energía o partículas de alta velocidad para atacar a las células malignas.

Este procedimiento a más de atacar al tumor o enfermedad busca proteger al tejido sano. Su planificación depende de su tamaño, del estadio y localización, de la proximidad del tejido sano y de órganos vitales que limitan las dosis como: el hígado, el riñón y la médula espinal.

Su simulación se realiza mediante un aparato específico, que a través de un tatuado delinea el campo de tratamiento, que facilita el posicionamiento para cada sesión que se programe.

Los efectos secundarios son múltiples, entre los más comunes tenemos malestar general, náuseas, debilidad, y depresión. En algunos casos, ciertos síntomas como las náuseas pueden persistir hasta meses después de finalizado el tratamiento. Estos efectos también dependen del área u órgano radiado y se manifiestan como: dolor, sequedad oral, alteraciones en la sensación del sabor, pérdida de peso, pérdida del apetito, cambios en la voz, dificultades para deglutir, cansancio, diarrea, dolor al orinar, reacciones dermatológicas, irritación y quemazón en la zona irradiada. La administración de radiación en los ovarios causa menopausia y la vagina tiende a estrecharse; y en los ovarios o testículos puede producir esterilidad.

En muchos de los casos, cuando los pacientes acuden al hospital para iniciar el tratamiento con radioterapia, llegan con un sin número de dudas y preguntas, las mismas que son alimentadas por la falta de información o por su distorsión, sin olvidar que está siempre asociada a peligros y a la radiactividad.

Cuando este tratamiento se aplica a tumores no operables, su acción es paliativa, de mal pronóstico y de dosis limitadas, sin embargo, en todos los casos la continuidad es de suma importancia, pues las interrupciones excesivas están asociadas a una mayor regeneración y menor control del tumor.

Además de que los equipos utilizados intimidan al paciente, generando en muchos casos altos niveles de ansiedad. Este tratamiento les genera preocupaciones sobre las posibles quemaduras, las alteraciones físicas, la esterilidad, la pérdida de la sexualidad, etc.

Las alteraciones sexuales se manifiestan cuando se ha administrado radioterapia a los genitales, y los trastornos cognitivos cuando se lo aplica sobre tumores cerebrales.

Las creencias y reacciones de los familiares pueden influenciar en el enfermo, siendo las más frecuentes aquellas que afirman que la radiación contamina a los que lo rodean.

Diversos estudios demuestran que las alteraciones emocionales y de comportamiento que se producen en estos pacientes, modifican significativamente la adaptación al tratamiento y la calidad de vida, por ello lo ideal sería lograr la reducción de la toxicidad de la radioterapia.

Quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia

Son tres tratamientos que buscan: curar, aumentar la supervivencia o paliar la enfermedad. El desconocimiento generalizado sobre este procedimiento, produce gran temor. Entre sus efectos secundarios constan: los cambios en la imagen corporal, la pérdida del cabello, la pérdida de peso, etc.

La quimioterapia además de producir los síntomas descritos puede generar otros específicos en función de los fármacos empleados. Así la ifosfamida, utilizada básicamente en sarcomas y en tumores germinales puede inducir muy ocasionalmente una encefalopatía durante el tratamiento, el mismo que es gradual y requiere de un diagnóstico precoz.

La vincristina, vinblastina, están asociadas a alteraciones neurológicas periféricas sensitivas y motoras, debilidad muscular, ánimo disfórico, etc.

El cisplatino se relacionan a la neuropatía periférica y la encefalopatía; el fluorouracilo puede producir alteraciones cerebrales, en la marcha, pérdida de memoria, confusión y desorientación.

En cuanto a la hormona e inmunoterapia, el tamoxifeno, el interferón o interleukina son fármacos con gran capacidad tóxica a nivel del sistema nervioso central, pueden producir también alteraciones cognitivas, enlentecimiento psicomotor, alteración en la memoria, concentración y lenguaje.

Los problemas adaptativos son los más notorios, su situación emocional de angustia y ansiedad pueden verse acompañados por sentimientos de desesperanza sobre las posibilidades de curación o respuesta al tratamiento, verbalizando incluso el miedo a morir.

Los efectos secundarios del tratamiento y los cambios físicos llegan a afectar la autoestima de los pacientes. La pérdida del cabello, la toxicidad en general hacen que la adaptación emocional a estos cambios sea muy difícil.

Los efectos secundarios, sumada a la situación emocional que vive el paciente, hace que la adhesión al tratamiento sea muy complicada, la misma que depende de un sin número de factores como su personalidad, sus estilos de afrontamiento, antecedentes

psiquiátricos, estresores psicosociales, estructura familiar, modelos parentales y evidentemente el tipo de cáncer y tratamiento oncológico a seguir.

La enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su entorno, por lo que hay que buscar las fortalezas y los recursos propios como individuo y como núcleo familiar, por ello, tanto los pacientes hospitalizados como los ambulatorios que tienen más apoyo social, son los que más adaptación emocional poseen.

Los ajustes personales, sumados al bienestar, la felicidad y la satisfacción, constituyen la calidad de vida. Por lo señalado, se evidencia la necesidad de la asistencia psicológica en íntima relación con el personal médico, a fin de trabajar en equipo con una buena comunicación con el paciente y sus relacionados, coadyuvando para que siendo todos concientes del ámbito de la enfermedad y sus efectos, mejore la adhesión al tratamiento y la aceptación a sus consecuencias.

2.4 REPERCUSIONES DE LA ENFERMEDAD EN EL ENTORNO DEL PACIENTE

La familia del enfermo infantil y adolescente

Es muy importante considerar, las distintas variables que afectan el proceso de adaptación familiar a estas enfermedades crónicas, que están relacionadas con el diagnóstico, que en sí es ya un evento traumático y con la expectativa de vida, la duración de los tratamientos, los efectos secundarios en función del tipo de cáncer, la estructura familiar y las habilidades para usar recursos externos e internos.

El nivel de participación familiar en la toma de decisiones esta muy ligada a la edad del paciente, a su capacidad de independencia, a su imagen corporal, al desarrollo de su autoestima, a sus relaciones sociales, a la intimidad y a los logros profesionales y académicos que pudiera haber alcanzado.

El ciclo de la familia en relación a su habilidad para adaptarse al cáncer pediátrico es otro factor que responde a profundos estudios. Así, el estadio del desarrollo personal profesional en el que se encuentran sus diferentes miembros como unidad psicológica son determinantes. En efecto la actuación y reacción de una familia joven, donde el paciente es un niño pequeño será muy diferente a la que está a punto de jubilarse y que el enfermo es el último de los hermanos.

Entre los retos más importantes que deben afrontar las familias en estos casos, se pueden citar las siguientes: la comunicación, puesto que la manera como ésta sea manejada influye en su adaptación durante el diagnóstico y el tratamiento. Los estudios sugieren que ésta no debe circunscribirse solo entre el paciente y sus padres, sino también con el resto de hermanos.

La estabilidad familiar a pesar de la crisis puesto que debe lograr ajustar las necesidades del paciente con sus miembros. No debe olvidarse que luego de la enfermedad, deben reorganizarse, lo cual dependerá de las cualidades y características individuales de cada núcleo familiar.

La reincorporación del niño a la escuela, ya que este proceso genera ansiedad en los padres, bien por la separación o por miedo a que se enferme, o a que lo ridiculicen. Estas experiencias suelen ser más difíciles en los adolescentes, que en los niños, puesto que su autoestima está íntimamente relacionado con su apariencia y edad.

Los cambios significativos en la rutina, son otras alteraciones que sufren sobre todo los hermanos, a los que se suma la pérdida de atención, las nuevas responsabilidades, y los sentimientos de tristeza, temor, rabia, celos y culpa.

En el afrontamiento de la situación, dependiendo de la manera en que perciba la enfermedad, algunas familias adoptan estilos activos por lo que buscan información, participan en los procedimientos médicos y en grupos de apoyo. Otros por el contrario, desarrollan estrategias de evitación, más pasivas.

En resumen, los retos familiares ante el cáncer de uno de sus miembros, niño o adolescente, suponen retos que deben afrontar y para lo cual es imprescindible la asistencia profesional en el campo de la psicología.

La familia del enfermo adulto

La enfermedad crónica se desarrolla en una familia y no en el individuo aislado. El cáncer afecta a cada integrante emocional, cognitiva y conductualmente, modificando sus rutinas diarias, sus planes para el futuro, sus sentimientos, en definitiva su vida.

Durante el curso de la enfermedad las familias pasan por ciclos repetidos de: desesperanza, esperanza, frustración, adaptación y reajuste. Estas etapas de adaptación pueden ser descritas como procesos continuos multicíclicos de cambios inesperados y de variables incontroladas generando demandas que dependerán del grado de la enfermedad, del pronóstico, de la expectativa de vida, del tratamiento, etc.

El apoyo a la familia debe enfrentarse desde distintos campos: El social por ejemplo, puede ayudar a tolerar los efectos psicológicos del estrés severo, facilita la recuperación, disminuye las alteraciones emocionales y logran más autoestima y percepción de eficacia.

No hay duda entonces, de que el cáncer es una enfermedad de contexto familiar, que influye sobre la supervivencia, sobre la adaptación del paciente, y miembros sanos. Esta influencia se da básicamente por ser la unidad primaria de apoyo, en donde cada reacción de un miembro influirá en la familia entera. Específicamente el apoyo entre parejas al bienestar físico y mental; a la capacidad del enfermo para enfrentar más eficazmente su situación, a aumentar su motivación, reducir su angustia, etc.

Desde otra perspectiva, cuando un cónyuge es el enfermo, esta angustia afecta por igual a la pareja puesto que supone restricciones en sus vidas y nuevas situaciones preocupantes como la muerte para las cuales no están preparados.

El cónyuge sano a menudo no sabe como ayudarlo al enfermo; puede sentirse poco preparado para satisfacer sus demandas, incluso puede ocultar sus sentimientos, generando mas bien altos niveles de ansiedad y depresión, cuya intensidad está en función del tiempo que dura la enfermedad terminal más que del tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

En esta circunstancias, además del cuidado del paciente, se ven obligados a asumir responsabilidades adicionales vinculadas con roles propios del hogar.

La cirugía y los tratamientos, como la radio y la quimioterapia y sus efectos secundarios no controlables y desagradables, afectan las relaciones íntimas de la pareja y las rutinas diarias del hogar, generando incertidumbre y graves desequilibrios de difícil solución.⁸

2.5 REHABILITACIÓN EMOCIONAL DEL ENFERMO CON CÁNCER.

El tratamiento psicológico en el enfermo con cáncer tiene como objetivo ayudar al paciente a adaptarse a la situación de enfermedad y de tratamiento así como también mejorar la calidad de vida, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Como ya se ha expresado, esta intervención debe responder a un todo integrado.

El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste y adaptación del paciente ante el cáncer va a depender de: a) el estadio clínico; b) los efectos de los tratamientos; c) el nivel y el modo de información que reciba; d) el apoyo social y los recursos ambientales; y e) la competencia del paciente para hacer frente al estrés y la disponibilidad de tratamiento psicológico.

Las líneas de intervención psicológica están orientadas básicamente a:

⁸ DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 463; 484

Intervenciones preventivas: Mediante la eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y adopción de conductas que faciliten la detección temprana de los tumores.

Información adecuada al paciente: En función de sus necesidades y de su familia, cuidando el contenido, el tipo, y las vías de información, así como el momento más oportuno.

Preparación a la hospitalización y tratamientos: con el objetivo de disminuir la ansiedad y el impacto estresor que conlleva, así como adquirir respuestas adaptativas a esta situación; Es decir, controlar las reacciones emocionales de afrontamiento ante la hospitalización en general y la cirugía.⁹

Psicoterapia Individual

La psicoterapia individual esta siendo muy aceptada como una forma eficaz de ayuda para pacientes oncológicos y sus familiares, la misma que contempla a la psicoterapia dinámica, existencial, interpersonal, adyuvante e integrativa.

La psicoterapia dinámica; facilita un buen marco teórico para comprender las reacciones emocionales de los pacientes oncológicos. Explica que el cumplimiento o no del tratamiento puede ser entendido en términos de transferencia o de resistencia. Así entonces, la psicológica del yo se centra en los mecanismos de defensa y de afrontamiento, el modelo de las relaciones objetales ayuda a la comprensión en términos de la amenaza de pérdida del objeto; y del modelo de la psicológica del self lo contempla como una amenaza del self.

Las técnicas de esta corriente están orientadas a que los psicoterapeutas vayan creando conexiones entre experiencias infantiles tempranas y la estructura del carácter actual del paciente y sus síntomas.

⁹ BUCETA José Maria. Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades. Madrid España. Ediciones pirámide. 1996. Pág. 506; 511

Malan lo explica a través del uso de los triángulos de conflicto y de las personas, en donde en el primer triángulo, en uno de los vértices coloca la defensa que da lugar al síntoma; en el segundo la ansiedad que lo motiva y en el inferior el sentimiento o impulso inconciente o inaceptable que despierta ansiedad. La intervención busca hacer conciente esta asociación entre estos tres elementos pero también hacer evidente de cómo este proceso defensivo ocurre en los tres vértices. En el segundo triángulo, se describe como el síntoma se ha puesto de manifiesto en las relaciones significativas actuales que se colocan en un vértice en relación con el terapeuta y en las relaciones con sus figuras primitivas de la infancia.

La psicoterapia dinámica puede tener un formato breve o a largo plazo, sin embargo, en su aplicación al contexto oncológico han debido adaptarse para ponerse al servicio del mayor número de pacientes posibles.

La psicoterapia existencial; comparte con las psicoanalíticas la idea central de que la conducta humana, adaptativa o no, es el resultado de las fuerzas en conflicto, que surge de la confrontación de la persona con los datos de la existencia; es decir de las preocupaciones supremas que son: la muerte; la libertad; la soledad y el sin sentido.

Los pacientes oncológicos enfrentan estas cuatro preocupaciones durante todas las fases de la enfermedad.

Las personas vivimos nuestras vidas creyéndonos y sintiéndonos sujeto de ellas. Esta experiencia protagonista nos permite la actuación en el presente, la proyección del futuro, la re-visión del pasado y creatividad; y el cambio. La persona se encuentra en una continua construcción de su experiencia ya sea esta presente, pasada o futura.

La irrupción del diagnóstico amenazante para la vida, desafía la experiencia de ser sujeto y le coloca a la persona bruscamente en la posición de ser objeto, desde donde puede convertirse en observadora de su propia vida aumentando la conciencia de finitud y de ausencia de control sobre la misma.

Durante los tratamientos psicoterapéuticos es frecuente que la atención a la muerte no sea una constante, por lo menos no de una manera explícita. Es más habitual que esté escondida detrás de otros temas que la persona acepta más fácilmente. A veces los síntomas de ansiedad y tristeza actúan como un grueso telón que no deja traslucir su fuente primitiva. Otras veces surgen directamente del reconocimiento de la muerte y no su aceptación.

La psicoterapia interpersonal, parte del hecho de que los componentes de la depresión clínica son: la función del síntoma, las relaciones sociales e interpersonales y los problemas de personalidad. Busca: la reafirmación y la clarificación de emociones; mejorar la comunicación y pone a prueba la realidad de las percepciones y conductas a través de contacto interpersonal, considerando siempre el trabajo en el aquí y ahora.

En comparación con otras psicoterapias, utiliza también los factores comunes, es de tiempo limitado, focalizada, no queda abierto al final, trabaja con relaciones actuales y no relaciones pasadas, no es intrapsíquica o cognitivo conductual. La personalidad no es el foco del tratamiento, pero debe ser evaluada para evitar su interferencia.

Su tratamiento tiene tres fases: la primera en la que se revisan sus síntomas. Se identifica el área del problema actual y se establecen objetivos, determinando que aspectos están relacionados con la depresión y que cambios requiere. En la intermedia, se inicia el trabajo sobre las áreas del problema: duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol, etc. Y en la final se evalúan las posibilidades de que puedan surgir de nuevo sentimientos de tristeza, de pérdida, y se intenta que el paciente reconozca su competencia independientemente de la terapia.

La terapia psicológica adyuvante, es una forma de psicoterapia breve, focalizada, que utiliza técnicas cognitivo conductuales y especialmente diseñadas para pacientes oncológicos en formato individual. Busca identificar sus problemas significativos y enseñarles técnicas cognitivo conductuales de resolución. Tratar de fomentar el espíritu de lucha, que es un estilo de afrontamiento del cáncer, asumiendo conductas positivas de

supervivencia que acepten el diagnóstico pero con actitudes optimistas que le lleva a luchar contra la enfermedad y participar en las decisiones sobre su tratamiento.

La terapia de construcción o narrativa es una conversación conjunta de nuevas historias que ayudan al paciente a enfrentar la situación de enfermedad, de una manera diferente, permite la integración de conceptos, ideas e intervenciones que provienen de otras escuelas psicoterapéuticas. Durante esta conversación terapéutica, como en otras comunicaciones verbales, todo lo no dicho excede a lo dicho; y resultan adecuados por ser “ hechos a la medida ”.

El foco de interés desde la perspectiva de las narrativas radica en el lenguaje transmisor de experiencias de vida, que no es más que la forma, en que describimos aquello que compone nuestra existencia en un medio cultural e histórico determinado.

La intervención del psicoterapeuta es la de facilitador de los cambios de la narrativa a fin de empatizar con la experiencia de un paciente concreto. Por lo que debe ser lo suficientemente flexible y conocedor de la situación de enfermedad oncológica como para adaptar las intervenciones terapéuticas adecuadas a dicha situación.

La experiencia de la enfermedad hace que desde el momento del diagnóstico, el paciente vuelva a vivir con intensidad emociones de indefensión, de dependencia y necesidad de ayuda que lo regresa a otros periodos de su vida como la infancia. Por ello sus narrativas y las de su familia deben cambiar para adaptarse a las nuevas situaciones.

En el proceso psicoterapéutico es importante no perder de vista su objetivo, que debe estar marcado por el tratamiento en la enfermedad y sus repercusiones, y en cada encuentro centrar la conversación en ese propósito así como finalizar la entrevista dentro del camino marcado previamente.

De acuerdo a algunos autores, estas intervenciones pueden adaptarse a las peculiaridades de cada situación, como las limitaciones del tiempo, los problemas del aquí y ahora, pues la meta es la de ayudar a la persona a volver al nivel de equilibrio previo.

Por lo descrito, es evidente la importancia de trabajar con estrategias integradoras, ya que estas nos permiten captar las necesidades concretas del paciente y planificar con él un adecuado tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo el plan previsto no es rígido como en otras opciones terapéuticas, por lo que a veces, desde el comienzo se puede intercalar con entrevistas familiares o con terapia de grupo, etc.

Como mecanismo de ayuda y alivio, es de suma importancia crear facilidades para que el paciente hable de sus sentimientos y emociones, pues estas expresiones son los primeros pasos que se deben dar para enfrentar las pérdidas que se suceden con la enfermedad y la anticipación a una propia muerte. En este contexto, no se debe olvidar que uno de los mayores miedos que afrontan es la pérdida de control de la propia vida, por ello la ayuda será eficiente si precozmente se logra que esos sentimientos se exterioricen mediante la verbalización y la adecuada discusión de dudas y preguntas, y el entrenamiento en relajación y meditación.

Las técnicas conductuales

El principal objetivo de la terapia conductual es producir cambios clínicamente significativos en determinados comportamientos del paciente, mediante el uso de técnicas psicológicas basadas en la teoría del aprendizaje y con el empleo de métodos de observación.

El ambiente hospitalario proporciona al enfermo un entorno que facilita el desarrollo de problemas emocionales, de una magnitud suficiente como para alterar su calidad de vida, y en ocasiones impedir su adhesión al tratamiento. Por ello, es importante describir el uso de estas técnicas, en el control de los efectos secundarios físicos y de comportamiento del tratamiento del cáncer.

La quimioterapia, debilita al paciente puesto que los fármacos utilizados afectan a todas la células del organismo y no solamente a las cancerosas, sus efectos secundarios como: alopecia, pérdida o disminución del apetito, vómitos, náuseas, esterilidad (temporal o definitiva) depresión del sistema inmunológico, malestar general, diarrea, astenia, etc. varían de un enfermo a otro y depende también del tipo de quimioterapia administrada, a la vez que constituyen un gran problema, cuando los síntomas no ceden. Estas reacciones generalmente comienzan a desarrollarse unas horas después de recibir la infusión y pueden durar algunos días, dependiendo de la sensibilidad del paciente y del tratamiento recibido.

Los síntomas como la náusea y el vómito les han adjudicado otras variables no farmacológicas que pueden incrementar los niveles de temor al tratamiento, de ansiedad durante la infusión, agravados por la susceptibilidad a este efecto.

Algunos pacientes pueden desarrollan estos mismos efectos secundarios, sin relación alguna con los fármacos, a medida que cercan al hospital o en la noche antes, o por los olores u estímulos del hospital. A este fenómeno se le denomina náuseas y vómitos anticipatorios o condicionados. Varias teorías psicológicas explican estos fenómenos que van desde las dinámicas que identifican la ira y la negación como su causa, hasta aquella que mejor describe su desarrollo, propuesta por Redd y Andresen que las describen como consecuencia de un proceso de condicionamiento pavloviano.

Los métodos de control sintomático basados en la terapia conductual para eliminar estas reacciones en el paciente oncológico, son los siguientes: La hipnosis, relajación muscular progresiva, biofeedback electromiográfico, desensibilización sistemática, y distracción cognitivo atencional.

Las reacciones a la quimioterapia pueden presentarse también como una aversión a ciertos alimentos y/o sabores, que de una u otra manera están asociadas al tratamiento, o que son consumidos horas antes de su administración, por lo que es muy importante variar la dieta de los pacientes a fin de evitar esas excesivas relaciones.

La repetida administración de procedimientos médicos dolorosos o invasivos es otro de los aspectos que pueden producir alteraciones en la conducta. Por ejemplo, el aspirado de médula ósea o las punciones lumbares periódicas, se realizan con anestesia local. En este y otros casos similares, son oportunas las intervenciones psicológicas como la relajación hipnótica, el entrenamiento en técnicas de respiración o las técnicas de desensibilización sistemática.

En conclusión, las técnicas conductuales son altamente eficaces en el control de síntomas físicos o alteraciones del comportamiento asociadas al tratamiento oncológico.

Psicoterapia de grupo

Si bien es cierto que en oncología las intervenciones psicológicas individuales son más frecuentes, debido a que se considera que cada paciente es único, la terapia grupal permite una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad y a los tratamientos, mejorando su autoconcepto y reduciendo la ansiedad y la depresión. Este mecanismo, al permitir al mismo tiempo atender a un mayor número de pacientes, adquiere suma importancia en el ámbito hospitalario, en donde la significativa carga asistencial impide en ocasiones proporcionar una atención adecuada.

Como otras ventajas suele señalarse: el reconocer o identificar sus propios problemas en otros casos dentro del grupo terapéutico; comprenden que no son los únicos que experimentan determinadas alteraciones emocionales, somáticas, etc. Y enriquecerse de otras experiencias que alivian temores, mejoran la calidad de vida, el estado anímico, el afrontamiento, etc.

Si bien es cierto, existen diversos modelos psicoterapéuticos aplicables a las terapias grupales, no hay evidencias en oncología sobre la superioridad de uno u otro. Por ello, una orientación didáctica informática ejercida por grupos de orientación conductual son eficaces en aliviar o controlar determinados síntomas físicos y en mejorar la adaptación funcional del paciente pues facilitan la adaptación emocional. Estos modelos y métodos

terapéuticos deben ser adaptados a los objetivos que se buscan, así como a las necesidades específicas de cada grupo.

Al diseñar un grupo psicoterapéutico se encuentran varios obstáculos, como: la dificultad de reunir personas con la misma patología tumoral; las debilidades físicas y psicológicas de los enfermos; los efectos secundarios que pueden impedir la asistencia de los pacientes ambulatorios; la reinserción en actividades profesionales o laborales con su consecuente problema de horarios, a lo que se suma, el deseo de evadir todo lo que al hospital se refiere.

En la planificación y organización de un grupo, la identificación de las necesidades de los pacientes, es de suma importancia, debiendo tener en cuenta las siguientes cuestiones prácticas:

- Definir cuándo y dónde se va a reunir
- Determinar si será cerrado o abierto
- Definir la homogeneidad o heterogeneidad de sus miembros
- Identificar actividades de otros servicios hospitalarios que pudieran interferir en su participación
- Preparar material a distribuir o emplear durante las sesiones
- Obtener información de otras instituciones, en las que se lleven a cabo grupos similares, con el fin de aprender a cerca de su funcionamiento.
- Establecer reuniones regulares
- Definir claramente criterios de inclusión y exclusión

Dentro de las reglas a las que deben sujetarse constan las siguientes: comprometerse a asistir a todas las sesiones (exceptuando ausencias de fuerza mayor como la hospitalización) y mantener la confidencialidad sobre todo dentro del ámbito hospitalario, pues de no tomar estas precauciones, fácilmente se puede compartir información en las salas de espera.

Como mecanismo de apoyo, es necesario planificar la participación de otros profesionales especialistas en determinados temas con el fin de que los pacientes puedan hacer preguntas específicas que pudieran haber sido analizadas en una sesión previa.

Por su parte, el terapeuta debe buscar la cohesión de los integrantes del grupo, resaltar las similitudes que existen entre ellos pese a las diferencias que va generando el curso de la enfermedad.

Psicoterapia de pareja

El diagnóstico de cáncer en un miembro de la pareja por su gran impacto, afecta no solo al paciente si no a todos aquellos que están cerca. Su efecto puede alterar el balance emocional de la relación marital, las responsabilidades de los cónyuges, las actividades sociales y la economía familiar.

Como problemas principales se pueden anotar: los cambios físicos; que muchas veces repercute en la vida sexual; la autoestima; las situaciones nuevas que obligan a la variación del rol tradicional; el cambio emocional; la incertidumbre y el miedo a la muerte, lo cual genera angustia y ansiedad no solo en el paciente si no también el cónyuge sano.

La adaptación del paciente, en su vida conyugal depende en gran medida del tipo de relación mantenida antes del diagnóstico y enfermedad, y del cómo han afrontado problemas y crisis anteriores.

Durante la enfermedad, la depresión suele producir interacciones disfuncionales que se pontencializan cuando existen experiencias negativas. Convivir con una persona en este estado puede agotar los recursos de afrontamiento del cónyuge, provocando importantes dificultades maritales que exacerban y prolongan el cuadro depresivo.

La ansiedad, a su vez puede interferir en la adhesión terapéutica del paciente generando tensión en la pareja y en el funcionamiento diario de la misma. Por ello, es importante

lograr respuestas positivas del cónyuge no ansioso a fin de evitar que este cuadro se mantenga.

Una buena relación marital por lo tanto, ayuda a una más larga y mejor calidad de vida, pues permite afrontar con mayor solvencia las dificultades que se presentan. A su vez, los especialistas Goodwin y Cols¹⁰ investigaron, si el estado marital influía en la supervivencia de pacientes diagnosticados de cáncer, demostrando una influencia muy positiva, pues según estos autores, las personas casadas suelen tener mejores hábitos de salud, acuden más temprano a los centros de salud, a lo que se suma el status socioeconómico y el apoyo social que reciben. Sostienen a su vez que las mujeres enfermas desarrollan menos ansiedad que las esposas de los pacientes y que los hombres enfermos desarrollan más ansiedad que los esposos de las pacientes.

Las buenas o malas relaciones maritales pueden marcar la adaptación o no del paciente e influir en las estrategias de afrontamiento.

El apoyo otorgado por el cónyuge en ocasiones no es igual al que percibe el paciente pues muchas veces este se centra en el cuidado físico y no en el emocional.

Muchas parejas acuden a terapia no solamente por los problemas desadaptativos frente a la enfermedad, si no por todos los existentes dentro de la vida conyugal.

Por todo lo anotado, es de suma importancia la intervención psicoterapéutica a nivel de pareja a fin de evitar la adaptación al trastorno del enfermo, lo cual puede crear dificultades ante la existencia de una mejora sintomática. Es trascendental por lo tanto, lograr una conexión entre los cónyuges, es decir una empatía, estableciendo una alianza de trabajo, en un ambiente adecuado y seguro, en donde cada quien se sienta cómodo en experimentar lo que siente el otro. Por ello se pide que utilicen el "yo" en lugar del "tu".

¹⁰ GOODWIN JS, Hunt WC. The effects of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. JAMA. 1987.

La misión del terapeuta, se evidencia en la búsqueda de explicaciones de donde provienen las necesidades de cada uno y por que actúan de determinada manera, a fin de conseguir que se expresen sus emociones.

Psicoterapia de familia

La teoría general de sistemas sostiene que lo que ocurre a una parte, afecta inevitablemente al todo. Es decir, si un miembro de la familia padece cáncer, los demás también se verán afectados por la enfermedad. Este concepto de sistema integrado no debe hacernos olvidar que cada persona es un ser individual con sus propios estilos de personalidad, problemas y posición. Por lo que la terapia familiar deberá centrarse en las relaciones entre el proceso psicológico individual y el campo de interacciones en el que se manifiestan las conductas y emociones.

El efecto de la enfermedad sobre la familia, depende de: la gravedad; de su evolución; del desenlace y el tipo de incapacidad que va produciendo; del significado e importancia que tenga para ellos; de la existencia o no de una experiencia previa; del momento del ciclo vital en que se encuentre cuando presenta la enfermedad y de las creencias o religiones que profesen.

Sin embargo, la dolencia oncológica puede también convertirse en una oportunidad para fortalecer las relaciones intrafamiliares.

Dentro del marco psicoterapéutico es importante identificar si la familia tiene conductas rígidas o flexibles, pues estos patrones, siempre serán indicativo para un mejor pronóstico en la evolución del tratamiento.

Entre los factores indicativos de salud, pueden destacarse: la capacidad para adaptarse a los cambios externos e internos, que nos permite lograr una homeostasis del sistema familiar. Su estructura puesto que, si existen claras definiciones en las jerarquías, distribución del poder, límites en la distribución de roles habrá una mejor adaptación a la enfermedad. La comunicación y sus lineamientos: como se entienden entre sí, quién

habla con quién, que palabras usan, etc, que grado de cohesión existe, como son sus lazos emocionales, que patrones de respuesta existen, etc.

La intervención en la familia, por lo tanto, como un grupo de personas con cualidades y capacidades debe orientarse a encontrar el camino para que superen la enfermedad. Lo cual depende de sus características; del momento de la intervención; del tiempo disponible; de la predisposición; de sus objetivos; etc.

Se busca entonces, mediante la historia clínica, obtener la información necesaria para ser utilizada de manera adecuada en el ciclo terapéutico.

Otro instrumento válido es el genograma, el mismo que mediante la representación gráfica de su estructura, de sus alianzas, de las muertes y sus causas, de los lugares de referencia, las creencias familiares acerca de la enfermedad, de las relaciones entre ellos en el contexto social y de todos los datos que queramos reflejar le permitan al terapeuta contar con la información adecuada para el éxito de sus intervenciones.

Estas prácticas pueden ser de carácter preventivo, sobre todo cuando crisis anteriores se encuentran estancadas. En estos casos, la intervención será orientada a reforzar los recursos que ya tienen y ayudarlos a organizarlos. En estas familias generalmente las intervenciones son breves puesto que no presentan sintomatologías importantes.

Existen otras herramientas útiles como: las narrativas, en donde el terapeuta se convierte en un conversador que induce a que se cuenten historias relacionadas con la enfermedad y como es vivida por ellos, y consecuencia de esta narrativa crear nuevos espacios, otras confidencias significativas. Y, la escultura que proviene del psicodrama y por lo tanto utiliza la acción para poner en escena los conflictos, cuando la visión de unos miembros a otros difieren ostensiblemente. En este caso el escultor se convierte en protagonista.

2.6 TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Las vivencias de los seres humanos están basadas en las relaciones, y por tanto en la comunicación bidireccional que va más allá de lo 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 de los tratamientos

En este campo se debe tener en cuenta que:

- La información sea secuencial
- 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.¹¹

Si bien, ésta debe ser realista y lejos de expectativas infundadas es muy importante la forma cómo se la transmite puesto que de ser adecuada, se convierte en herramienta válida que permite un menor costo emocional, y de ayuda a la 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 del paciente, evitando la actitud paternalista de aconsejar, de lo que tiene que hacer, sino más bien otorgarle 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 la 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, la escucho)

¹¹ BUCETA José Maria. Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades. Madrid España. Ediciones pirámide. 1996. Pág. 511

- 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 aclarando si es necesario
- Congruencia entre la comunicación verbal y no verbal.¹²

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 cómo 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 dice con nuestras ideas. Las únicas razones para hablar mientras se escucha, deben ser para mostrar que estamos entendiendo lo que se 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 dos tercios de la información que se transmite 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

¹² Manual de psicología, Nova Sidonia Oncología. Madrid España. Editor Francisco Gil. 2000

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 conductas.

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 y definen sus emociones, por ello las respuestas deben ser congruentes entre sí para evitar confusión y desconcierto.

2.7 EL CÁNCER ¿UNA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?

El modelo de trabajo que propone la psiconeuroinmunología supone el equilibrio entre a) los factores medioambientales (como los denominados acontecimientos vitales o la exposición a agentes patógenos); b) los factores psicológicos comportamentales (como las alteraciones de ánimo, la ansiedad, la depresión, etc.); y c) los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. Postulando así que, una alteración en cualquier componente de la ecuación puede afectar en alguna medida a los demás elementos del sistema.

Existen múltiples y complejas vías de interacción bidireccional entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, así,

- a) El sistema nervioso se comunica con el inmunitario de una manera directa mediante tres vías: innervación simpática noradrenérgica de los órganos linfoides primarios y secundarios; contactos directos entre terminales nerviosos; y la producción de citosinas por parte de las células microglías del cerebro.
- b) Esta misma comunicación también se da en forma indirecta a través de la regulación que ejerce sobre la actividad endocrina.
- c) Finalmente el sistema inmunitario puede afectar la actividad de los sistemas nervioso central y endocrino a través de sustancias que liberan las células inmunitarias.

El sistema inmunitario puede verse afectado por acontecimientos vitales estresantes como: la espera de un resultado médico; de un procedimiento quirúrgico; o de los exámenes académicos; del desempleo; por el cuidado de un familiar con una enfermedad crónica grave; por el duelo; la separación, el divorcio, etc. Sus efectos pueden ser:

- a) una menor respuesta de proliferación de los linfocitos especialmente los linfocitos T a los mitógenos (interpretada como una capacidad reducida de la respuesta inmunitaria celular para hacer frente a los antígenos de los patógenos)
- b) una elevación de los títulos de los anticuerpos frente a los virus herpes latentes (lo que indicaría una reactivación del virus como consecuencia de la insuficiencia de la respuesta inmunitaria celular para seguir manteniendo la infección en un estado latente)
- c) Una menor actividad citotóxica de las células asesinas (natural Killer. NK)

Estudios han demostrado que las células NK juegan un papel preponderante en la vigilancia y el control del crecimiento de células tumorales y especialmente en la diseminación de micro metástasis. Estas células NK se alteran fácilmente en pacientes que sufren de depresión.

El estrés, a su vez, origina alteraciones en la producción de citocinas por las células inmunológicas, algunas de estas citocinas regulan el proceso denominado angiogénesis mediante el cual los tumores crean una red de microcirculación sanguínea a través del cual obtienen el flujo sanguíneo necesario para su crecimiento.¹³

Por todo lo señalado, las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir el estrés no solo ayudan al paciente en su estado anímico si no que mejoran algunos parámetros de la función inmunitaria. En estudios realizados se concluyó que las personas que recibieron

¹³ DIE TRILL Maria. Psico_oncología. Madrid España. Ediciones Ades. Pág. 691: 696

tratamiento en relajación a lo largo de un mes experimentaron una mejoría del 30% de la actividad de las células NK.

Sin embargo, el papel de los mecanismos inmunitarios en el cáncer no está plenamente aclarado ni demostrado, siendo muy probable que su papel presente una gran variabilidad en función del tipo de cáncer estudiado: mayor en los etiológicamente asociados a estímulos hormonales (cáncer de mama, ovarios, endometrio, o próstata) o al sistema inmunitario (leucemias, linfomas o melanomas), intermedio en los asociados a virus (por ejemplo el cáncer de cérvix) y a factores genéticos (como algunos tipos de cáncer de mama y de colon) y menor en los debidos a carcinógenos físicos o químicos (como en cáncer de pulmón).

Existen diversos estudios en los cuales se ha utilizados diferentes técnicas y enfoques demostrando cambios positivos significativos en el sistema inmunitario en pacientes con cáncer de mama en etapas tempranas. En función de ello, la propuesta sería, buscar un modelo general que sea integrador, el mismo que tiene dos principios básicos que resaltando: a) la importancia emocional y psicosomática de una buena comunicación entre el personal médico y el paciente oncológico, durante el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad; y b) el funcionamiento de los mecanismos psiconeuroinmunológicos.

Estos principios pueden extenderse a los familiares y personas allegadas al paciente, pues la calidad en las relaciones en general, influirá directamente en la adhesión al tratamiento, en el control del estrés frente al tratamiento y en su calidad de vida.

2.8 EL EQUIPO MULTIDICIPLINARIO. LA FORMACIÓN EN PSICONCOLOGÍA

Los seres humanos no somos individuos aislados sino más bien integrados al mundo social, e influenciados en distintas dimensiones ya sean físicas, espirituales, religiosas, sociales, históricas, etc. Por ello la atención que se da al paciente debe ser integral a fin de satisfacer todas sus necesidades.

Un equipo interdisciplinario esta compuesto por un conjunto de profesionales de diferentes áreas que se unen para trabajar con una metodología en común, y en el caso de la oncología, es de suma importancia puesto que ninguna especialidad puede atender todos los requerimientos del enfermo, ni prevenir muchos de sus trastornos físicos y psicológicos.¹⁴

Ventajosamente, los servicios médicos actuales están constituidos por una serie de profesionales de la salud de distintas especialidades, lo cual garantiza una buena y completa atención. Es importante recalcar la necesidad del médico de cabecera, de la enfermera, del psicólogo y la trabajadora social, y en los casos de la oncología del cirujano, el oncólogo clínico, el radioterapeuta, la enfermera, el psicólogo, el trabajador social, la familia y el voluntariado, sin olvidar a los patólogos, hematólogos, endocrinólogos, neurólogos, etc.

Un psicólogo experimentado, en base a su orientación y adecuada comunicación, contribuye notablemente, en el manejo del paciente y su entorno familiar, en el enfrentamiento de la enfermedad, tratamientos y consecuencias, y en la interacción del equipo multidisciplinario.

Si bien, lo ideal es conformar un equipo de trabajo; Este no siempre cumple su función satisfactoriamente, debido a problemas de diferentes orígenes como: culturales, de

¹⁴ GALLAR Manuel. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid España. Editores Thomson, cuarta edición. Pág. 65; 71

comunicación y coordinación, organizacionales, personales, de dedicación y responsabilidad, y aún de celos profesionales que causan conflictos que dificultan el trabajo. En este ámbito, se deben buscar mecanismos de solución y en todo caso prevenir estas posibilidades buscando profesionales motivados con objetivos en común, y con buena delimitación de funciones; que compartan decisiones; se apoyen mutuamente y así se evite el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout

Inicialmente la palabra estrés se uso para referirse a los procesos que utilizaban las personas para mantener su homeostasis y adaptarse a los cambios que se producen en el medio.

Más tarde autores como Levy (1971) o Antonovsky (1979) incluyeron en su definición la subjetividad. Para ellos los estímulos productores del estrés pueden ser externos o internos.

Lázarus, en 1980 plantea que su nivel de estrés, en el desarrollo profesional esta relacionado con la calidad de vida y el rendimiento.

Freudenberger en 1974 aplicó estos conceptos al ámbito profesional, definiendo al síndrome de burnout como, el agotamiento y la pérdida de interés que sufren algunas personas dedicadas a los campos asistenciales.

En 1982 Maslach señala que el burnout, es un síndrome de agotamiento emocional que determina una pérdida de motivación y eventualmente progresa hacia sentimientos de inadecuación y de fracaso. Es por lo tanto un proceso de fatiga física y psíquica que se produce en aquellas personas que dispensan servicios que les obligan a una intensa relación personal con el paciente y con sus problemas, muchas veces de difícil solución. Si los medios con los que se cuenta son precarios, aumenta más su angustia ante la incapacidad de atender la inmensa demanda.

En consecuencia, el síndrome de burnout es un fenómeno que tiene sus causas en la interrelación del individuo (sus características personales), con el tipo de trabajo (profesiones asistenciales) y con la organización en la que se desarrolla.

Dentro de las organizaciones, sus efectos se ven reflejados en el aumento de absentismo, de conflictividad relacional, de disminución de la calidad de trabajo, y de atención; aumentan las críticas, se pone distancia con los pacientes, se delega a los compañeros, se evitan algunas tareas o se sobre involucra en otras impidiendo la coordinación con el resto de los miembros.

Estos síntomas que se reflejan en diferentes áreas de la personalidad del individuo, van más allá del área laboral y afectan las relaciones de pareja, de la familia, de los amigos e incluso consigo mismo.

Sus síntomas más notorios son:

Físicos: cansancio; agotamiento; falta de energía; fatiga; resfriados frecuentes; problemas gastrointestinales; cefaleas; hipertensión; dolores musculares; insomnio; falta o exceso de apetito.

Cognitivos y emocionales: irritabilidad elevada, sensación de frustración o impaciencia en las relaciones con otros, apatía, desánimo, aburrimiento, distanciamiento afectivo y negación de emociones, problemas de concentración, disminución de la autoestima, elevada ansiedad y/o depresión.

A lo anterior se suman, tendencias al aislamiento, reacciones de dependencia, abuso de drogas como el alcohol, el tabaco y tranquilizantes, aumento de conductas violentas, comportamientos de alto riesgo.

Para el control del estrés o su prevención, en primer lugar se debe conocer el proceso por el cual se llega al burnout, es decir sus síntomas, las causas presentes en el trabajo, las

características personales y la vulnerabilidad a determinados estresores; y en segundo lugar, cuidar la formación en habilidades y técnicas que faciliten el desempeño en el trabajo, como puede ser el counselling, el planteamiento de objetivos realistas, el manejo de la comunicación, el trabajo en equipo, la formación teórico práctica y la creación de una amplia red de apoyo profesional.

A nivel individual, es importante mantener la vida privada y una amplia red de apoyo social, realizar actividades de acción muy diferentes al trabajo profesional, cuidar la propia salud, el estado físico, la alimentación y el descanso así como utilizar habitualmente la relajación.¹⁵

La formación en psiconcología

La psiconcología es una rama de la psicología que tiene como objetivo principal, mejorar la calidad de vida de los pacientes especialmente en el aspecto emocional y social, así como las relaciones interpersonales dentro del grupo familiar y con su medio. Se ocupa de educar a la población para prevenir las enfermedades, brindar adecuada información que permita conocer lo que es la enfermedad, que alternativas se tienen y especialmente a dónde recurrir en busca de ayuda.

La psiconcología busca conocer el mundo afectivo de las personas con cáncer y la interacción entre las variables psicológicas y médicas.

La necesidad de desarrollar programas de formación en psiconcología es cada más evidente no solo por el mayor énfasis que se da a la atención multidisciplinaria en el cáncer, sino por el incremento de demandas por parte de los pacientes y sus familiares, por esta atención durante y después de la enfermedad. Si a esto se suma la elevada incidencia de problemas emocionales, se evidencia la necesidad de tener profesionales especializados en esta rama que se integrarían a los equipos multidisciplinarios con lo

¹⁵ Manual de psiconcología, Nova Sidonia Oncología. Madrid España. Editor Francisco Gil. 2000. Pág. 255; 269

cual se reducirían los índices de problemas psicosociales no identificados y de falta de tratamiento oportuno.

La intervención de estos especialistas en psicooncología, facilitaría: la adaptación del paciente al diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal; la administración de tratamientos; la optimización de la calidad de vida; la detección y tratamiento de las reacciones emocionales que interfieren con ésta; la prevención de otros trastornos; la reincorporación laboral, personal, social, escolar y el afrontamiento maduro a su situación y a la muerte. A nivel familiar permitiría: su mejor adaptación a la enfermedad; y el enfrentamiento a las realidades del enfermo; la movilización de recursos para atender el proceso oncológico, y el fomento de la comunicación en los momentos donde la misma puede resultar muy dificultosa; y a nivel del equipo sanitario, aportaría, con el instrumental necesario y con sus conocimientos como factores integrativos.

El psicooncólogo debe tener ciertas habilidades y conocimientos que le permitan:

- Conocer e identificar las reacciones emocionales apropiadas de los enfermos ante el cáncer y sus tratamientos, diferenciándolas de las reacciones patológicas.
- Proporcionar tratamiento psicológico adecuado y constante a toda reacción durante el proceso de tratamiento.
- Conocer e identificar las alteraciones emocionales que se desarrollan en los familiares del paciente.
- Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los familiares en todas las fases de la enfermedad.
- Identificar las alteraciones emocionales de los miembros del personal sanitario.

- Identificar factores emocionales, comportamentales y sociales que puedan ser considerados de riesgo para el desarrollo del cáncer y crear programas para reducirlos.

La psiconcología, es ya considerada como una especialización de suma importancia debido a la necesidad que tienen familiares y pacientes de que los problemas psicológicos que acompañan al tratamiento oncológico sean atendidos. Por lo tanto, dentro de un equipo médico debe ser considerado como parte fundamental durante todas las etapas de la enfermedad.

2.9 CALIDAD DE VIDA

Este es un concepto relativamente nuevo en el campo de la oncología. Antiguamente los resultados de la salud se medían por la duración de la vida y por la toxicidad de los tratamientos. No se consideraban aspectos psicológicos, sociales, funcionales, ni siquiera físicos.

Según la OMS, la calidad de vida adquiere especial sentido en aquellas enfermedades de tipo crónico, para las que existen diferentes opciones de tratamiento. Conceptualmente esta relacionado con términos como: bienestar, felicidad o ajuste personal.

Aaronson y Cols, en 1994 coinciden su definición bajo dos aspectos importantes: la subjetividad como a la necesidad de entenderlos desde la perspectiva del paciente; y la multidimensionalidad, como ciertos dominios o áreas de actividad del paciente, tales como: el estatus funcional, psicológico, físico y social.

Ferrans en 1990, considera que se refiere al sentido personal de bienestar, que procede de la satisfacción o insatisfacción que sienten las personas en sus relaciones de vida.

Cella, al referirse al paciente, lo describe como la valoración y la satisfacción con su nivel de funcionamiento actual, comparado con el que percibe como posible o ideal. En

este sentido es importante tener en cuenta, si su vida cotidiana se ve alterada y si se recupera después del tratamiento y en que medida.

Así pues, la salud no está definida tan solo como la ausencia de síntomas físicos, puesto que los cambios de tipo no biológicos, también forman parte de este concepto. Por lo tanto, no solo es importante conocer la evolución natural del cáncer, si no también la del paciente en las diferentes etapas de la enfermedad: fases iniciales, al final del tratamiento, en la recidiva, en las avanzadas, etc.

Las terapias paliativas por ejemplo, como su nombre lo indican, no buscan la curación, pero si paliar síntomas con el fin de mejorar al máximo la calidad de vida del enfermo. Este tratamiento es muy importante puesto que no se trata solo un tumor, si no a un ser humano con pocas posibilidades y esperanzas. Por ello se deben evaluar si los beneficios compensan su toxicidad física y psicosocial.

En muchos casos los pacientes prefieren abandonar los tratamientos debido a los efectos secundarios, renunciando así al período asintomático más largo. Es por esto que es muy importante, realizar un seguimiento del impacto en su calidad de vida, con el propósito de identificar a quienes tienen por estas razones tendencia a abandonar el tratamiento. Por estas razones, es menester programar una buena comunicación entre el paciente y el profesional, a fin de aclarar dudas o miedos y respetar los estilos y posibilidades de procesamiento de la información.

2.10 EL DUELO

La palabra duelo proviene del término latino "dolus" que significa dolor. Por lo que podemos definirlo como una reacción natural ante la pérdida de algo que se ama, sea este real o imaginario. Se lo concibe también como la elaboración cognoscitiva y emocional del impacto de un trauma sobre la persona y su familia.¹⁶

Para J.A. García García es " la reacción adaptativa natural ante la pérdida de un ser querido, que conlleva, en general, un largo y costoso proceso de elaboración y ajuste."

Modelos explicativos del duelo¹⁷

Teorías psicodinámicas

Según Freud el duelo es " la reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la libertad, el ideal, etc."

Manifiesta que es un proceso normal que tiende a evolucionar favorablemente en la mayoría de casos sin requerir ayuda terapéutica: su proceso es la retirada de la libido invertida en el objeto y su sana reinversión posterior en otro objeto.

Ana Freud lo analiza desde el punto de vista analítico, como el esfuerzo individual para aceptar un hecho en el mundo externo (la pérdida del objeto amado, la carga emocional) y efectuar los cambios en el mundo interno (retirada de la libido del objeto perdido.)

Teoría del vínculo de Bowlby

Esta teoría describe el desarrollo psicoemocional del ser humano sano, que produce vínculos (apegos) en forma instintiva.

¹⁶ . BRENSON LAZAN Gilberto. Trauma psicosocial. Quito Ecuador. 1990. Pág. 7

¹⁷ DIE TRILL Maria. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. España. Ades Ediciones. 2000. Pág. 475;488

La meta de la conducta del apego es mantener el vínculo afectivo, cualquier situación que lo haga peligrar, generará una acción de preservación. Cuanto mayor se perciba la amenaza de pérdida, mayor y más variadas serán las de prevención. Cuando estos vínculos se ven amenazados o rotos, se suscitan intensas reacciones emocionales.

Teoría de los constructos personales y modelos cognitivos

Parkes (1971) sugiere que la experiencia del duelo da lugar a grandes cambios en el espacio vital del individuo. Define el mundo de supuestos "o mundo asumido" como los constructos sobre los que la persona edifica su mundo. El ser humano establece vínculos afectivos con los elementos de su espacio vital y los etiqueta como propios. En el duelo se debe renunciar a los constructos del mundo que incluía al fallecido y a él mismo y entonces crear un nuevo esquema de constructos acerca del mundo, acorde a sus actuales circunstancias vitales.

Woodfield y Viney manifiestan que el afrontamiento de la muerte de un ser querido origina una dislocación en el sistema de constructos personales del individuo ante lo cual existen dos modos de adaptación: La Asimilación que consiste en intentar mantener el sistema de constructos intacto, negando la existencia del acontecimiento incongruente, manifestando negación, hostilidad e idealización. Y la adaptación que constituye un proceso activo de cambio en el sistema de constructos personales y tiene lugar gradualmente manifestándose a través de las defensas que protegen a las personas de la ansiedad y la depresión

Modelos del estrés.

Para la mayoría de los autores el duelo es un acontecimiento estresor.

Caplan (1964) lo describe como una pérdida de objeto asociada a una crisis accidental en la que el individuo se ve abocado a un estado de indefensión, en el que los recursos personales no tienen éxito en el manejo del problema, en donde las defensas se debilitan y el individuo se dirige cada vez más hacia los otros buscando ayuda, y es más susceptible a sus respuestas.

Este estado crítico se resuelve a lo largo de las semanas, dando lugar a dos tipos de adaptación: es mejorada si la persona ha reforzado sus capacidades adaptativas manejando bien la situación; y desmejorada si los recursos han sido inapropiados o han fallado.

En muchos casos se pueden reavivar experiencias anteriores, y de darse en el duelo del resultado de la crisis, puede depender en gran medida de la calidad de soporte social disponible.

Parkes considera que el duelo es como una herida física que gradualmente va cicatrizando; puede cicatrizar con complicaciones, puede no cicatrizar o puede reabrirse.

MODELOS DESCRIPTIVOS

Freud nos habla de cuatro desviaciones de la actitud normal de la vida, las mismas que constituyen las características más importantes normalmente asociadas al duelo:

- Estrés somático
- Preocupación por la imagen del fallecido
- Culpa
- Reacciones hostiles
- Pérdida de patrones de conducta

Linderman, uno de los pioneros en la investigación de este tema, describe al duelo agudo, como una reacción normal ante una situación estresante. Definió esta reacción como un síndrome con sintomatología psicológica y somática que tiene 5 características principales:

- Un abatimiento profundamente doloroso
- El cese del interés por el mundo externo (mientras no tenga relación con el fallecido)

- La pérdida de la capacidad de amar
- Inhibición de la actividad

Se refiere también a una sexta en algunas personas que parecían al borde de tener reacciones patológicas; ésta es la aparición de rastros del fallecido en la conducta del deudo, en especial de los síntomas de la última fase de la enfermedad.

Para Linderman, el duelo es un trabajo que requiere de un gran gasto de energía, tanto física como psicoemocional, que comprende tres tareas:

1. Emancipación del lazo del fallecido
2. Reajuste al ambiente en el que falta el ser querido
3. Formación de nuevos vínculos

Además describió las siguientes etapas:

1. **Conmoción e incredulidad.-** En esta fase se da una incapacidad para aceptar la pérdida y en ocasiones aparece la negación total de que ésta haya sucedido.
2. **Duelo agudo.-** Caracterizado por la aceptación de la pérdida, el desinterés por los asuntos cotidianos, el llanto, los sentimientos de soledad, insomnio, pérdida del apetito y una intensa preocupación por la imagen del fallecido.
3. **Resolución del proceso.-** Que consiste en el regreso gradual a las actividades de la vida diaria y en una reducción de la preocupación por la imagen del fallecido.

Parker y Bowlby describieron cuatro fases que son:

1. **Fase de aturdimiento.-** En la que aparecen diferentes grados de negación de la pérdida.

2. **Fase de anhelo y búsqueda.**- El deudo manifiesta la urgencia de encontrar, recobrar y unirse con el fallecido. Aparece incredulidad, tensión, llanto y la tendencia a mantener una imagen visual clara del fallecido.
3. **Fase de reorganización.**- El deudo rompe las ataduras con el ser querido y comienza a establecer nuevos vínculos con los otros. Hay un retorno gradual de intereses y gustos.

Engel identifica cinco rasgos característicos, que son:

- Caer en cuenta de cosas que se daban por hechas con respecto al fallecido
- Intentos de refutar, negar y discutir la realidad del fallecimiento
- Emisión de conductas de petición de ayuda y expresión de sentimientos de impotencia, pérdida y desamparo
- Intentos de construir una representación mental del fallecido para reemplazar la presión física.
- Experiencias personales, sociales e institucionales de duelo que sirven para separar al deudo del fallecido y devolverlo a su hogar como miembro de la comunidad

Duelo anticipado

Cuando se prevé un fallecimiento, comienza un período que se conoce como, duelo anticipado, el cual incluye muchos de los síntomas y procesos que se dan cuando ocurre el suceso. Los pacientes moribundos experimentan este fenómeno debido a la gran cantidad de pérdidas que irán soportando a lo largo de su vida.

Fulton y Funton manifiestan cuatro aspectos de este acontecimiento que son:

- Depresión
- Preocupación excesiva por el moribundo
- Ensayo mental del fallecimiento
- Intento de encajar las consecuencias de la muerte

Estos autores señalan que el duelo anticipado, permite integrar la realidad de la pérdida gradualmente, resolver asuntos inacabados con el moribundo, comenzar a cambiar esquemas sobre la vida y la propia identidad y hacer planes para el futuro.

Se considera que uno de los beneficios de estas anticipaciones es la ayuda que se puede dar a los familiares cuando realmente se da el acontecimiento, sin olvidar que no reduce el dolor por la pérdida pero ayuda a no desbordar tanto las capacidades adaptativas del sujeto.

Este proceso se encuentra conceptualizado en cinco aspectos funcionales relacionados entre sí, a saber:

- Conocimiento: El familiar se va haciendo conciente poco a poco de que la muerte de su ser querido es inevitable.
- Aflicción: Experimenta y expresa el impacto emocional de la pérdida anticipada y el desequilibrio físico, psicológico e interpersonal asociado.
- Reconciliación: Desarrolla perspectivas sobre el desenlace esperado del familiar o ser querido, que preservan un sentido convincente de la valía de esa vida.
- Desapego: Retira la inversión emocional puesta en el moribundo como un ser de crecimiento con un futuro real.
- Recordatorio: Desarrolla una representación mental conciente y relativamente fija del moribundo que perdura tras su muerte.

Es evidente que cuando se trabaja psicoterapéuticamente a nivel de estos hechos, a la hora de la muerte, rara vez el duelo se encuentra completo por lo que queda aún trabajo por hacer. En particular en muchas ocasiones, más que un desapego produce reacciones en los familiares que dejan de ver al moribundo como un ser con un futuro.

Entre las técnicas y estrategias que se pueden utilizar constan: la utilización de objetos que estimulan los recuerdos y emociones; la reestructuración cognitiva; las autoinstrucciones positivas y autorefueros con el fin de lograr habilidades de afrontamiento; la utilización de cartas, diarios, etc. Para facilitar la expresión de sentimientos, pensamientos, recuerdos, reconciliación y despedida, es muy útil el juego de roles representativos de situaciones que producen ansiedad y que sirven también para buscar reconciliaciones y elaboraciones de sentimientos de culpa.

Otras técnicas importantes son las de resolución de problemas, de manejo de contingencias, de planificación de actividades gratificantes, de relajación, de visualización, de imaginación en función de las necesidades del paciente y en el momento del duelo.

2.11 CULTURA, CREENCIAS Y ÉTICA EN ONCOLOGÍA

La cultura hace referencia a los patrones aprendidos de comportamientos, creencias y valores que comparten individuos que pertenecen a un grupo social determinado. La cultura proporciona a los seres humanos una identidad y un marco de referencia para comprender e interpretar la experiencia.

Así la interpretación y el significado que cada individuo le asigna a una enfermedad están influidos por variables y actitudes culturales que se van transmitiendo de una generación a otra.

El cáncer es una enfermedad que traspasa todas las fronteras por lo que el temor a ella y su asociación con el sufrimiento, el dolor y con la muerte superan las barreras culturales que separan a la humanidad. Sin embargo, el paciente diagnosticado de cáncer se enfrenta a la enfermedad y al tratamiento de manera diferente según el grupo cultural al que pertenece, así también las causas a las que es atribuida la enfermedad también difieren de un paciente a otro.

El cuidado del paciente con cáncer puede resultar enormemente complejo en una sociedad donde aunque existe una gran diversidad de culturas todavía somos poco tolerantes. Las relaciones entre el profesional sanitario y el paciente suele ser conflictiva debido a los diferentes mundos simbólicos y creencias.

Así también la definición de familia varía de un grupo cultural a otro, así en Europa por ejemplo, la familia corresponde a padres e hijos; mientras que en Latinoamérica se extiende a tíos, primos, abuelos.

Tenemos pues, que los individuos que pertenecen a sociedades tradicionales, generalmente desarrollan elevados niveles de dependencia, en estas culturas existe además una fuerte identificación familiar y sistemas que favorecen la interacción de la misma, lo que permite que el paciente o enfermo desarrolle un menor sentido de responsabilidad personal ante la enfermedad. Por el contrario, en las familias en cuya cultura prima la autonomía, el paciente cuenta con la libertad de actuar con total independencia con respecto a su situación médica.

Las fuentes de apoyo dentro de la familia también varían en función de la cultura, así como la edad en la que a un niño se lo considera lo suficientemente maduro como para enfrentar la enfermedad.

La causalidad de las enfermedades han sido tema de estudios a lo largo de los años, sin embargo la causa del cáncer no ha sido definida, esto hace que los pacientes oncológicos intenten buscar por sí mismos las causas de su enfermedad con el fin de disminuir la ansiedad generada por la incertidumbre, por lo tanto, el paciente con cáncer al no recibir información adecuada sobre lo que está viviendo crea sus propias teorías al respecto, estas teorías dependerán a su vez de la cultura.

Otro tema muy importante es la espiritualidad en el enfermo oncológico, puesto que en muchos casos en el intento de dar sentido a lo que está pasando buscamos un camino hacia la espiritualidad donde podamos encontrar paz y sosiego.

Muchas veces la enfermedad se convierte en la oportunidad para que aparezcan otros valores como la solidaridad, la relatividad de la vida, la valoración de lo que se es y no de lo que se tiene, etc.

Es evidente la existencia de necesidades espirituales en los pacientes oncológicos así podemos citar las siguientes:

- Necesidad de ser reconocido como persona
- Necesidad de volver a leer su vida
- La búsqueda de un sentido
- Liberarse de la culpabilidad
- Deseo de reconciliación
- Necesidad de establecer su vida mas allá de sí mismo
- Necesidad de continuidad, de un más allá

Desde el punto de vista de la ética oncológica podemos resaltar que tomando en cuenta los diferentes tratamientos y opciones terapéuticas hay muchas decisiones que dentro de este ámbito deben ser tomadas, es muy importante la ética del curar y del cuidar el beneficio del paciente, así como en la relación médico paciente, la confidencialidad, el consentimiento informado, el derecho a la verdad. Además existen tres puntos de vital importancia que se debe tener siempre en cuenta:

- La responsabilidad moral de los profesionales frente a la experiencia del sufrimiento del paciente oncológico
- La valoración de la competencia psicológica para las decisiones clínicas y éticas.
- Los criterios de excelencia profesional que han de guiar a todos los profesionales que intervienen en oncología.

Muchas veces el ámbito médico se encuentra teñido de un gran paternalismo, difícilmente justificable desde el punto de vista moral, sin embargo, muy a menudo confundimos lo que es tener buenas habilidades comunicativas y experiencia en el

manejo y reducción de conflictos con la capacidad de analizar y proponer valoraciones éticas.

La metodología ideal debe tomar en cuenta los siguientes principios deontológicos que son:

- Principio de no maleficencia
- Principio de justicia
- Principio de autonomía
- Principio de beneficencia

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta que un paciente con cáncer es más que una persona con una enfermedad grave que necesita atención médica, es una persona que enfrenta un sin número de situaciones y cambios en su vida desde que es diagnosticada.

El paciente pasa por diferentes etapas desde el momento que conoce de su padecimiento hasta llegar al momento del tratamiento mismo.

El psicólogo debe tener en cuenta la enfermedad y los cambios específicos que esta representa puesto que cada paciente da una significación diferente a la enfermedad, por lo que debe estar atento para atender las necesidades individuales de cada paciente y de su familia constituyendo un soporte muy importante para que afronte su enfermedad y se adhiera al tratamiento de manera responsable.

CAPITULO 3

HOSPITALIZACIÓN Y ANSIEDAD

INTRODUCCION

La hospitalización en muchas ocasiones constituye una situación inevitable pues permite valorar lo que esta pasando con el paciente para así lograr a un diagnóstico adecuado y en ocasiones para aplicar un tratamiento que no puede ser aplicado de manera ambulatoria.

Esta etapa de hospitalización puede desencadenar vivencias de ansiedad y angustia tanto para el niño, como para el adolescente, el adulto y la familia. Los tratamientos pueden ser vividos como agresiones físicas y a éstas suelen sumarse otras vivencias que afectan la estabilidad emocional de todos.

El niño queda separado de su medio familiar y se enfrenta a una nueva situación y puede sentirse nervioso, ansioso, irritable, con miedo y con malestar, lo mismo ocurre con el paciente mayor al ser separado de su medio habitual de vida y de su ambiente de trabajo o estudios.

Ante la hospitalización se da un cambio tanto en su vida diaria como en sus actividades; supone una situación de crisis, por lo que actualmente se tiende a hospitalizar sólo si es imprescindible y el menor tiempo posible.

3.1 LA HOSPITALIZACIÓN

El hospital como organización civil, surgió en el occidente medieval, bajo la iniciativa caritativa de la iglesia. Su principal objetivo es asistir a los enfermos y actualmente poseen un alto grado de sofisticación y participan también en la docencia y la investigación.

Estos centros pueden ser de varias clases, según el criterio de clasificación que apliquemos pero básicamente están divididos según su finalidad, en hospitales generales que atienden a una gran población y todo tipo de enfermos; y los de especializaciones que se encargan de pacientes con patologías específicas.

El paciente hospitalizado se ve sometido obligadamente a situaciones de aislamiento, de separación de su casa, de su entorno cotidiano, puesto que se encuentra recluido en una habitación de la que no puede salir y a la que en muchas ocasiones se tiene acceso restringido.

Estas casas de salud, como toda institución organizada tienen sus propias reglas y disposiciones de general aplicación. En estas circunstancias algunos pacientes encuentran que el trato similar, la uniformidad de la ropa, etc. los despersonaliza y que la disciplina hospitalaria como horarios, obligaciones higiénicas no siempre concuerdan con sus normas y hábitos personales.

Además enfrenta una pérdida de su intimidad: en el espacio físico al compartir habitaciones, en el corporal por el sin número de exámenes y en lo psíquico debido a las entrevistas de información relacionado con sus hábitos, conductas sexuales, etc.¹⁸

A estas dificultades de hospitalización se suman otras, especialmente cuando la estadía es prolongada, como el coste económico, las repercusiones físicas, como la debilidad por

¹⁸ GALLAR Manuel. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid España. Editores Thomson, cuarta edición. Pág. 208; 211

disminución de la masa corporal, problemas respiratorios, etc; las psíquicas como la dependencia al hospital, lo cual hace que el paciente se sienta inseguro en casa por sentirse desprotegido.

Por lo anotado anteriormente, la acogida que se da al paciente dentro de ámbito hospitalario tiene dos grandes finalidades:

- A) Ofrecerle apoyo psicológico inmediato, dirigido no solamente a la toma de conciencia de la enfermedad en sí, sino a paliar el ambiente ansiógeno que implica su hospitalización.
- B) Promover desde el primer momento hábitos de vida saludables.

Desde hace algunos años se cuenta ya con el servicio de hospitalización domiciliaria, en la cual se pretende mejorar la calidad asistencial de una serie de pacientes que con un protocolo de seguimiento pueden ser atendidos en sus hogares. Generalmente los beneficiados son pacientes con suficiente capacidad de autonomía o que viven acompañados y que padecen de una enfermedad controlada y fuera de su fase aguda. Esta estrategia está basada en el supuesto de que en el domicilio, se controla mucho mejor los aspectos fundamentales para su curación como la sensación de seguridad, el sueño y la alimentación. (Beorlegui 1994)

Los cuidados intensivos suponen, un intenso estrés especialmente para la familia y para el paciente en caso de estar conciente. En otros casos requieren de apoyo psicológico más intenso puesto que tienen miedo a morir, se encuentran rodeados de tubos y aparatos, están aislados de sus familiares, por lo que el facultativo debe compensar esta situación reforzando la compañía, hablándoles, empleando el tacto, y dándoles esperanzas y fuerzas para seguir adelante.

El paciente quirúrgico también sufre situaciones similares durante los días previos, dentro y fuera del ámbito hospitalario, producido por: el riesgo que implica toda intervención

que requiere de anestesia; la incertidumbre de no saber si con la intervención se resolverá o no el problema; el temor a que la operación no sea exitosa; y la imposibilidad de controlar la situación. En este campo, la intervención psicológica se orienta a dar una información adecuada tanto al paciente como a su familia, identificar las dudas, temores y preocupaciones y aplicar técnicas de reducción de ansiedad.

La anticipación de lo que va a ocurrir es tan estresante como el acontecimiento es sí, y a menudo lo es más.

Uno de los momentos más difíciles para el paciente es enfrentar una amputación de alguna parte del cuerpo, un pie, una pierna, una mano, una mama, etc. Puesto que supone la pérdida de la integridad corporal y el consiguiente efecto antiestético, pudiéndole convertir en minusválido, discapacitado e impidiéndole continuar con su vida normal.

El trabajo psicológico, en éstos como en otros casos, no es tarea fácil sobre todo cuando enfrentan situaciones de negación, irritabilidad, o depresión.

Los pacientes en general deben estar preparados antes de ser dados de alta, pues ellos y sus familias deben conocer sobre los cuidados que requieren en sus hogares, y la organización que responda a sus exclusivos intereses de salud.

El hospital en consecuencia, constituye un mundo desconocido para el paciente por lo que le presenta una serie de temores que generan ansiedad. Por ello, el personal sanitario debe estar preparado para acogerlo de manera que desde el primer momento se le presten todos los cuidados necesarios para paliar su ansiedad.

3.2 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

Enfermarse supone enfrentarse a un mundo que hasta entonces había sido desconocido, y experimentar una serie de reacciones emocionales.

Entre factores que intervienen en esas reacciones, se destacan:

La personalidad del paciente. Las personas inseguras tienen miedo a perder el control sobre sus vidas; y los pasivo-agresivos a ser más irritables y demandantes.

La edad del paciente. Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar con resentimiento o incredulidad, y buscan diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original sea equivocado. Los ancianos, generalmente lo aceptan con resignación.

El tipo de enfermedad. Algunas como las crónicas producen diversas respuestas que pueden incluso llevar a su negación, así como a la ansiedad y al miedo a la muerte y la complejidad de la dinámica familiar. Por ejemplo, la ansiedad de un esposo se transmitirá al cónyuge.

La enfermedad es un acontecimiento amenazante que pone en marcha mecanismos de defensa como los siguientes:

Regresión. Respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y retrocede a estadios anteriores del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros.

Evasión. Rechazo a la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños.

Agresión. La conducta agresiva más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario lo que le está ocurriendo como el origen de su enfermedad, sus efectos secundarios, etc.

Inculpación. Liberación de mecanismos auto punitivos que hace que el paciente se sienta culpable de la enfermedad por lo que trata de aislarse.

Negación. No aceptan un acontecimiento como verdadero, como la enfermedad que padece.

Supresión. Mecanismo que permite que el paciente de una manera más o menos consciente desvíe del pensamiento todo lo que le es desagradable.

Represión. Rechazo o no identificación de forma consciente de aquellas sensaciones desagradables.

El paciente puede afrontar la enfermedad de manera adecuada mediante reacciones como:

- **Superación.** Caracterizada por un deseo de salir adelante y de curarse.
- **Resignación.** La misma que tiene un menor grado de iniciativa y actividad que la anterior.
- **Aprobación.** El saber que la enfermedad es ineludible exige la aceptación de estar enfermo.
- **Acciones médicas.** Actitudes comprensivas y comunicativas hacia los pacientes.

Técnica de Afrontamiento

Existen técnicas de afrontamiento específicas frente a situaciones de la vida real que parecen amenazantes para cada persona; primero relajándonos en las escenas imaginadas; segundo, aprendiendo una amplia variedad de frases o comentarios, y tercero, aplicando todo el proceso en la vida real.

Los pasos a seguir son:

- Aprender la relajación progresiva.
- Practicar la respiración profunda.
- Construir una jerarquía de sucesos estresantes.
- Visualizar en la imaginación las escenas mientras permanece relajado.
- Crear una lista de pensamientos para afrontar la ansiedad.
- Afrontamiento “en vivo”.

La Relajación

Acostado o sentado en una silla en la que se pueda apoyar la cabeza y con los ojos cerrados, se realiza una relajación progresiva de cada una de las partes de cuerpo.

La Respiración Profunda.

Respirar profundamente es la clave de la relajación. Para ello hay que realizar aspiraciones con el estómago y al mismo tiempo repetirse palabras como «relájate..., cálmate..., abandónate».

Colocando ambas manos sobre el vientre. Se aspira de modo que el aire mueva el vientre y sus manos y se dirija hacia el abdomen de modo que las manos se desplacen sin que le produzca dolor. Cada respiración es profunda y con el ritmo personal que se imponga. Expele con un suspiro e imagine que la tensión se va con él.

La Jerarquía de Sucesos Estresores.

Se debe construir una lista con todas las situaciones de vida que causen ansiedad. Se escriben entre 15 y 20 ítems ordenados de menor a mayor, empezando con uno que sea relativamente neutral, o de poca o ninguna tensión. A éste se le dará el valor de cero y a

partir de él se irá incrementando cada ítem en 5 unidades subjetivas, de tal manera que la situación más estresante valga 100. Cada ítem debe describirse con el máximo de detalles para que posteriormente puedan ser visualizados, incluyendo lugares, personas, colores, sonidos, etc. El contenido de cada uno debe ser independiente del anterior.

Visualizar en la Imaginación las Escenas mientras permanece Relajado.

La técnica está basada en el simple hecho de que al reducir la reacción de ansiedad de un ítem a otro más débil de la jerarquía, se disminuirá la intensidad de todos los otros ítems en el mismo valor. Para su aplicación deberá colocarse en una posición cómoda donde no pueda ser molestado, y seguir los siguientes pasos:

- Sentado o acostado con los ojos cerrados, se empieza utilizando las habilidades de relajación progresiva de todos los músculos del cuerpo.
- Cuando consiga la relajación total, preséntese mentalmente el primer ítem de la jerarquía. Visualice la escena durante cinco o diez segundos, haciéndola tan real como sea posible. Es necesario que use todos los sentidos, incluyendo la conciencia del color, sonido, tacto y olfato.
- Preste atención a cualquier tensión que se produzca y mentalmente asígnele un valor.
- Mantenga la escena, haga una inspiración profunda, retenga el aire mientras cuenta hasta tres y suéltelo lentamente. Simultáneamente se va repitiendo a sí mismo «estoy relajado... la tensión desaparece... Ahora estoy relajado...».
- Cuando note que ha decrecido el nivel de tensión haga desaparecer la escena de la imaginación. Si lo prefiere, puede finalizar el evento visualizando un lugar especialmente con paz y seguridad.
- Repita los pasos anteriores con la misma escena, apreciando los niveles en que la ansiedad disminuye con cada intervención.
- Cuando en dos presentaciones seguidas no se experimente ansiedad, se puede pasar a la siguiente escena de la jerarquía.

Generalmente se necesitan tres o cuatro visualizaciones para llevar la respuesta a cero. La primera sesión debería durar unos 15 minutos, y probablemente en ella se examinen los tres o cuatro primeros ítems de la jerarquía.

Crear una Lista de Pensamientos para Afrontar el Estrés.

Estos pensamientos le informan de que no hay ningún motivo para alarmarse cuando esté pasando por una situación de ansiedad, a través de la utilización interior de una serie de razonamientos que sirven para luchar contra el miedo. Es recomendable hacer una lista propia de pensamientos de afrontamiento y de ser posible aprenderlos de memoria.

Afrontamiento “En Vivo”

Consiste en la sensación de estar preparado para iniciar el aprendizaje del afrontamiento en las situaciones de la vida real. Se utiliza la tensión del cuerpo como señal de inicio del relajamiento y del uso de los pensamientos de afrontamiento. Con esto se pretende poner límites a las emociones negativas y recompensarse a sí mismo por vencer la situación activadora de ansiedad.

3.3 LA ADAPTACIÓN

La adaptación biológica, es una característica desarrollada por un organismo, mediante un proceso de selección natural a lo largo de muchas generaciones, para solventar los problemas de supervivencia y reproducción que enfrentaron sus antecesores.

A su vez la adaptación al medio, según Carlos Fernández Chaparro, es la capacidad de involucrarse con el entorno y hacer parte de este una simbiosis que les permita a ambos disponer del otro. Para Sergio Castañeda de la Cruz esta adaptación ya no solo es una capacidad, sino una necesidad de aprovechar al máximo las posibilidades de aprendizaje de cada individuo, para logra un nivel significativo.

Por medio de este proceso, el individuo asimila una nueva forma de supervivencia, se adapta a situaciones desconocidas y busca formas de interrelación. Como ejemplo: un niño que ha pasado sus primeros años de vida en el núcleo familiar, al ingresar por primera vez a la escuela sufre un cambio pues se encuentra inadaptado a este medio.

Después de un breve período y con el apoyo del docente, esta etapa es sustituida por la de adaptación que se caracteriza por la aceptación de las normas de convivencia establecidas por el grupo escolar y por la institución. Este concepto también es entendido como la etapa final a través de la cual el niño ha asimilado nuevos conocimientos y ha desarrollado las habilidades para poder hacer uso de los mismos, en la resolución de los problemas que enfrenta en su vida diaria.

La adaptación como conceptualización de la inteligencia, quien se adapta mejor y en menor tiempo posee un mayor nivel.

Actualmente la inteligencia no se mide solamente por la memoria, por el coeficiente intelectual, sino por la adaptación al medio, puesto que requiere un cambio y un aprendizaje.

La reacción adaptativa es la respuesta positiva que da el paciente ante el hecho de la hospitalización al entenderla como necesidad como su actitud es de total colaboración, es muy importante darle la sensación de control sobre todo proceso al que esta siendo sometido, con el fin de que continúe en ese proceso.

La no adaptativa, por el contrario, es de reacción contra la hospitalización. Pueden presentarse dos tipos de conductas: la agresiva y de rechazo en la que el paciente no colabora con el personal, está a la defensiva, y se niega a seguir las pautas del tratamiento; y la depresiva, en que se muestra abatido, ensimismado, no le interesa nada de lo que le sucede, no muestra interés por seguir correctamente con el tratamiento y las recomendaciones, es pasivo y poco comunicativo.

3.4 LA ANSIEDAD, DESCRIPCIÓN Y ETIOLOGÍA

La ansiedad se manifiesta en los individuos en diversos momentos durante su vida. Como por ejemplo, en las pruebas de detección del cáncer, en su diagnóstico, tratamiento o recidiva.

La ansiedad, independientemente de su grado moderado o severo, puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; por lo tanto, debe evaluarse y tratarse. Las estadísticas señalan que el 44% de los pacientes con cáncer han declarado tener alguna ansiedad y de ellos, el 23% un grado muy significativo. En la mayoría de los casos, las reacciones son momentáneas y pueden motivar a decisiones orientadas a su reducción y adaptación. Sin embargo, cuando se prolongan o son extrañamente intensas se clasifican como trastornos de ajuste que les afecta negativamente en forma personal y en su función social.

En muchos pacientes, cuando se presenta durante el tratamiento con manifestaciones incluso físicas pueden ser reproducciones de trastornos específicos sufridos antes de que apareciera la enfermedad.

La ansiedad experimentada por la hospitalización, objetivamente tiene dos orígenes básicos que son: la real generada por la propia enfermedad; y la situacional producto del desconocimiento del entorno hospitalario y de sus profesionales. Y subjetivamente tiene tres variantes:

Ansiedad confusional. Que se produce cuando el paciente de forma predominante experimenta una sensación de incertidumbre generalizada por: encontrarse en un lugar o entre personas desconocidas, no conocer lo que le pasa, o a que procedimientos se le somete; o por no saber lo que le depara el futuro.

Ansiedad paranoide. Hace referencia a la actitud social determinada por la tendencia a desconfiar en los demás, mas no a la personalidad encasillada en este comportamiento. El

paciente duda de la competencia de los profesionales, de la veracidad de las pruebas y de la eficacia del tratamiento.

Ansiedad depresiva. Que es la actitud que adoptan los pacientes como: sentimientos de pesimismo, abandono o vacío interior provocado por la conciencia de la enfermedad. Por lo que suprimen su vida normal, de su entorno, de sus amigos, etc.

3.5 CICLO DE LA ANSIEDAD

Como se ha afirmado, la situación de hospitalización de por sí, genera un elevado índice de ansiedad en los pacientes y más aún si van a ser sometidos a una serie de tratamientos extraños para ellos, tradicionalmente esta situación ha sido considerada como algo colateral, ajeno a los cuidados y que, por lo tanto, solo debe ser disminuida como entidad global. Sin embargo, desde hace unos años se lo considera como un problema que puede solucionarse.

En cualquier caso, aunque pueda ser un reflejo de estados internos, generalmente se lo asocia con sucesos externos, y que afecta a unas personas más que a otras y que puede ser experimentada por cualquier persona como respuesta al estrés. Por ello, prepara al individuo para la acción a la hora de enfrentar un peligro, siendo en muchas ocasiones una respuesta vital.

Cuando hay estrés o peligro real, el organismo se dispone a la acción mediante la secreción de adrenalina, presentándose entonces las sensaciones corporales propias de este fenómeno. En ese momento la respuesta puede facilitar la ejecución, y a partir de cierto punto se deteriora.

La ansiedad influencia a diversos aspectos del comportamiento humano como: la habilidad perceptiva, el aprendizaje, la memoria, el apetito, el funcionamiento sexual, el sueño, entre otras. Así, puede reflejarse en distintas habilidades y manifestarse por sí solo de diversas formas (Kennerley, 1990).

Sus causas básicas son los estímulos, antecedentes, o sucesos desencadenantes, que pueden ser externos o internos como lo son las creencias. Por lo tanto, es una combinación de variables que provocan una incómoda sensación de angustia. La consecuencia más común es el miedo hacia un objeto o situación, generalmente a su propia sensación. Así pues, se convierte en un ciclo cerrado que produce una respuesta cada vez mayor.

El principio del problema está en que las experiencias físicas de la ansiedad y los pensamientos negativos incrementan la tensión y una vez desaparecido el estresor, la conducta se mantiene o, incluso, se incrementa.

Por otro lado, las personas más vulnerables, ante determinados sucesos externos o internos, generan miedo anticipado lo cual redundará en la aparición de nuevos síntomas pese a la ausencia de estresor.

Sus factores más importantes son los siguientes:

Comportamentales, pues afecta directamente al proceder y a la actividad, pudiendo causar insomnio, hiperactividad, y conductas repetitivas. La más común de todas es la necesidad de huida o escape.

Síntomas físicos, dado que la excesiva actividad del sistema nervioso simpático o el incremento de la tensión muscular se manifiesta en una amplia variedad de síntomas físicos. Son comunes los sentimientos de dificultad respiratoria, de palpitaciones, dolores precordiales, etc. Así como los relacionados con el sistema nervioso central incluyen confusión, enturbiamiento de la visión, vértigos, etc. Los vinculados con el tracto gastrointestinal son: incomodidad epigástrica, flatulencia, náuseas, sensación de opresión, etc. Los genitourinarios, pueden incluir el incremento de la frecuencia y la urgencia en la micción, impotencia en el hombre, disminución de la libido y complicaciones como la amenorrea o dismenorrea en la mujer. Otros síntomas son: la tensión muscular, como las cefaleas, los temblores, etc. con consecuencias probables como la fatiga, y pensamientos

amenazantes, que son estresantes y repetitivos, (o fantasías) y generalmente, giran en torno a un posible daño externo físico o psíquico. Cuando la ansiedad es excesiva podemos encontrar problemas de atención y de memoria.

Estos tres componentes, normalmente se presentan juntos y su intensidad varía de una a otra persona.

3.6 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Existen autores que manifiestan que la ansiedad y la depresión son difíciles de diferenciar y coexisten los criterios diagnósticos para las dos patologías. Respecto a esta controversia, como señalan Stavrakaki y Vargo en 1986 se mantienen tres posiciones:

1) **Modelo unitario**, en el que se considera que ambos trastornos difieren cuantitativamente.

Partiendo de la posición de Foulds (1976) en la que presenta la necesidad de tener en cuenta una jerarquía de enfermedad y que todos los trastornos que aparecen en los niveles altos incluyen también trastornos por debajo del mismo, autores como, Prusoff y Klerman (1974), observaron que aunque la depresión menos grave y la ansiedad podían ser diferenciadas, éstas se establecían debido a que los pacientes deprimidos tenían más síntomas que los ansiosos, con resultados aditivos o cuantitativos más que cualitativos.

2) **Modelo pluralista** en el que se señala que las diferencias son sólo cualitativas.

Se afirma que los trastornos por ansiedad y los depresivos se pueden distinguir sin excesiva dificultad y con sólo un mínimo solapamiento entre ellos. Es el grupo de Newcastle, encabezado por Roth, que ha trabajado en la dirección de explicar y concluir sobre su diferenciación concluyendo que a pesar de que los dos síndromes se solapan, responden a diagnósticos diferentes.

3) **Modelo mixto**, que se inclina por la existencia de un síndrome independiente ansiedad-depresión, que se diferencia de la presentación "pura" de ambos trastornos.

Ya en el CIE-10, se los incluye como trastorno mixto denominado también como “cotimia” para aquellas personas que no se encasillan en las definiciones existentes para cada una, pero que presentan sintomatologías que corresponde a ambas. Sin embargo solo se refiere para casos de nivel leve de patología, mas no para cuando los síntomas de cada tipo sobrepasen los grados considerados como moderados. Por lo tanto, aunque como señalan algunos autores (Paykel, 1971) el trastorno mixto es muy común, sólo vamos a encontrar un pequeño grupo de pacientes agrupados bajo esta categoría (Tyrer, 1992).

Como apoyo al establecimiento de una alternativa de clasificación mixta, encontramos distintos trabajos, y en algunos de ellos se exponen datos que evidencian la evolución de ciertos diagnósticos "puros", de ansiedad y de depresión, dirigidos a una categoría mixta.

Woodruff, Guze y Clayton (1972) señalaron que la mitad de su muestra de pacientes ansiosos, habían sido diagnosticados de depresión secundaria. Igualmente Breier, Charney y Heninger (1986) encontraron que el 70% de los que padecen agorafobia y/o trastorno de pánico, han presentado al menos un episodio de depresión mayor. Ambos estudios concluyen en la existencia de un gran grupo de pacientes mixtos, ansiosos-depresivos, distintos de aquellos que presentan formas puras.

Clark (1989) concluye que si se ignoran los criterios de exclusión, aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad cumple criterios de un trastorno depresivo y viceversa. Aunque esto es así, se debe considerar que en la mayoría de los casos uno de los síndromes se presenta como dominante.

Según Wittchen, Essau y Krieg (1991), la estabilidad de estos trastornos "puros" es baja, pues a lo largo del tiempo, buena parte de los casos desarrollan una depresión secundaria, o un trastorno mixto y tienden al abuso de sustancias tóxicas.

Los estudios sobre el particular llevado a cabo por Pincus, Frances, Davis, First y Widiger (1992) demuestra que en consulta ambulatoria, se encuentran pacientes que si bien no presentan la totalidad de los criterios de depresión, en muchas ocasiones éstos están combinados con los de ansiedad. Concluyendo que la ausencia de estos trastornos en la nomenclatura actual, puede llevarnos a cometer errores, principalmente cuando se

trata de pacientes de atención primaria con diagnósticos incompletos y con tratamientos poco eficaces.

3.7 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Llamamos ansiedad normal al conjunto de emociones y manifestaciones físicas que se presentan cuando nos enfrentamos o estamos por enfrentar situaciones nuevas, o de exigencia. La "ansiedad normal" nos ayuda a adaptarnos y a obtener las respuestas más adecuadas a esas circunstancias. En este sentido, es beneficiosa, pues nos impulsa a buscar los objetivos que nos planteamos en la vida.

Sin embargo, cuando estos síntomas se vuelven excesivos y de difícil control, pueden llegar a interferir seriamente nuestras actividades diarias (trabajo, vida social, de pareja, etc.). En este caso estamos en presencia de un cuadro de "ansiedad patológica", que para su resolución suele requerir de tratamiento médico y psicológico.

La ansiedad entendida como una emoción básica del organismo y de reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en un caso patológico, el mismo que se presenta con diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia clínica, en la exploración y en pruebas complementarias. Cuando ésta se transforma en el centro del problema podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos como: trastorno de ansiedad generalizada y de angustia o ataques de pánico.

Estos síndromes se clasifican en:

Trastorno de Pánico: En los que la ansiedad intensa es el factor predominante, aunque puede acompañarse de síntomas somáticos graves como: disnea, mareos, palpitaciones, temblores, diaforesis, náusea, sensaciones de cosquilleo, o temor a "volverse loco".

Los ataques o períodos discretos de malestar intenso pueden durar varios minutos u horas y a menudo el padecimiento con síntomas puede ser difícil de diferenciar de otros trastornos, razón por la cual el conocimiento de antecedentes puede ayudar a aclarar la situación.

El pánico en pacientes con cáncer se controla con mayor frecuencia con benzodiacepinas y medicamentos antidepresivos.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Se caracteriza por un estado de preocupación permanente, invasiva y difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses. Los focos de preocupación son los habituales en la población (salud, economía, seguridad, desempeño laboral, problemas hogareños, etc.) Su intensidad es desproporcionada y se acompaña con sueño no reparador, concentración dificultosa, irritabilidad, impaciencia y contracturas musculares.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC): Se evidencia por pensamientos, ideas o imágenes persistentes (obsesiones) y por acciones repetitivas, con buenos propósitos e intencionales (compulsiones) que se realizan para controlar una desolación intensa. Estas obsesiones se presentan en contra de la voluntad del sujeto, las que no logra apartar con facilidad de su mente, a pesar de enormes esfuerzos, y de reconocer muchas veces lo absurdo de sus contenidos. Los temas más frecuentes son: temor a la contaminación o al contagio, necesidad de determinado orden y pulcritud, temor de lastimar a alguien de modo impulsivo o inadvertido, etc.

Los pacientes con cáncer con antecedentes de estos trastornos pueden comenzar a desarrollar comportamientos compulsivos como: lavarse las manos, revisar todo varias veces o contar, hasta tal punto que no pueden cumplir con el tratamiento. Para estas

personas su preocupación normal sobre el diagnóstico y su pronóstico, puede convertirse en síntomas totalmente obsesivo-compulsivos y provocarle una grave incapacidad.

Trastorno de Ansiedad Social: Su síntoma particular es el miedo intenso y persistente a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a tales situaciones produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o efectos característicos como: rubor, transpiración profusa de manos, temblor, palpitaciones, etc. Estas reacciones excesivas y desproporcionadas conducen a evitar en lo posible la interacción social y por lo tanto al deterioro de la calidad de vida.

Trastorno por estrés postraumático: Suele ocurrir luego de la exposición a un trauma intenso, tal como presenciar una muerte, o sufrir la desaparición violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, etc.) Sus principales síntomas son tres: revivir el evento traumático, a través de pesadillas o flashbacks; conductas evitativas, tales como eludir situaciones o lugares relacionados con el evento traumático; y embotamiento emocional. Se acompaña también con síntomas de ansiedad, como irritabilidad, impaciencia e inquietud.

Los pacientes con cáncer que sufren estos trastornos pueden tornarse muy ansiosos antes de la cirugía, la quimioterapia o los procedimientos médicos dolorosos.

Fobias: Quienes sufren este desorden, presentan un temor intenso, desproporcionado e irracional a determinados objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritas, tales como (arañas, ratas, aves, o animales domésticos) lugares cerrados o elevados, etc.

Quienes lo padecen reconocen lo inadecuado de sus temores, pero no se libran de conductas evitativas tendientes a sortear un posible encuentro con el estímulo desencadenante de su temor.

Las fobias en los pacientes con cáncer se presentan de varias maneras, como: temor a ver sangre o lesiones en los tejidos (también conocido como fobia a las agujas) o claustrofobia (por ejemplo, durante una exploración) y pueden complicar los procedimientos médicos y dar lugar al rechazo de una intervención o a pruebas necesarias.

3.8 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD

La aparición o aumento del dolor hace que el paciente piense en un agravamiento de su enfermedad. Estas reflexiones negativas generan un aumento de la ansiedad y de la percepción del dolor, produciéndose un círculo vicioso ansiedad-dolor, y si a esto se suma el hecho de que la ansiedad conlleva una disminución de las defensas inmunológicas y un aumento de los umbrales perceptivos, parece claro que se produce un aumento en el tiempo de hospitalización de un paciente.

Como se ha observado, un enfermo hospitalizado experimenta en su vida cotidiana un sin número de situaciones traumatizantes y, las experiencias de mayor impacto son las relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre la misma, no obstante, a todas estas fuentes podemos añadir las proporcionadas por las características intrínsecas de las distintas técnicas de enfermería. Por ello surge la necesidad de valorar sus componentes a fin de disminuir el grado de ansiedad de los sujetos.

Para cumplir con este objetivo se han diseñado una serie de cuestionarios generales y particulares en los que se detallan las técnicas seleccionadas como: el sondaje vesical, la canalización de vena periférica, el sondaje nasogástrico, la urografía, el electrocardiograma, la gasometría arterial y la punción venosa.

Una vez realizada la selección se pasa a elaborar una lista con las características propias de cada procedimiento que pudieran provocar un aumento en el nivel de ansiedad y que

hacen referencia a pensamientos negativos o positivos que puedan tener los pacientes y que deben ser valorados según su intensidad, de 0 a 5. Así por ejemplo, algunos de los ítems propios de cada técnica son:

Sondaje vesical:

“Pensaba en la vergüenza que pasaría cuando tocaran mis partes más íntimas”

Cateterización de vena periférica:

“Pensaba que se rompería el plástico de la aguja y quedaría en mis venas”

Sondaje nasogástrico:

“Pensaba que no podría respirar bien”

Urografía:

“Pensaba en toda la información que esta prueba aportaría sobre mi enfermedad”

Electrocardiograma:

“Pensaba en una mala conexión y que me electrocutaría”

Punción venosa:

“Pensaba que iban a atravesar la vena”

En la actualidad, los cuestionarios diseñados se encuentran en una fase de recolección de datos, tomados de una amplia muestra que incluye a personas hospitalizadas como en régimen ambulatorio. En definitiva, lo que se busca es aislar los componentes de la ansiedad producida por cada una de las técnicas citadas con el fin de que en un futuro se prevengan estos aspectos¹⁹.

¹⁹ www.psicologica.com

CONCLUSIONES

La hospitalización genera altos niveles de ansiedad, los mismos que deben ser manejados adecuadamente por un profesional calificado.

El paciente requiere desde el momento de su ingreso de ayuda y apoyo puesto que las situaciones a las que se enfrenta son difíciles, pues debe dejar a un lado su vida normal para volverse dependiente del cuerpo medico que lo asiste.

Es necesario trabajar con el paciente con el fin de que vea a la hospitalización como el camino hacia su bienestar, y al tratamiento como la esperanza de superar su enfermedad.

Sin embargo el psicólogo debe apoyar al paciente bajo pleno conocimiento de su realidad medica con el fin de trabajar en función de las necesidades del paciente según sea el pronostico del mismo.

CAPITULO 4

MODELO INTEGRATIVO

INTRODUCCION

La psicoterapia ha ido evolucionando con los años y con ellos las exigencias de los pacientes quienes buscan una respuesta a lo que les esta sucediendo.

La psicoterapia busca la resolución de estos problemas pero a través de corrientes que se enfocan en diferentes ámbitos de la psicología, así cada corriente aporta a la psicología y a la resolución de problemas pero al mismo tiempo limita el tratamiento del paciente dentro de una sola perspectiva.

El modelo integrativo surge como una respuesta a las necesidades tanto de los pacientes en ser tratados de una manera integral cuanto de los terapeutas que buscan tener mayor herramientas para lograr una adecuada intervención.

4.1 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 utilizados fueron diversos, con lo que se cayó en un claro eclecticismo, motivado justamente por la necesidad de herramientas más acordes a la realidad del paciente y por los éxitos de la experiencia 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 constituir un marco de diálogo entre las diferentes corrientes y lograr su cooperación.²⁰

Las razones que han conducido a esta evolución puede ser producto de dos factores independientes: Las clínicas, que están vinculadas a la creciente diversificación de ofertas de tratamiento; y las teóricas, por la diversidad de modelos y variantes.²¹

En los comienzos del siglo XX, la psicoterapia se constituyó como un nuevo procedimiento científicamente fundado para ayudar al tratamiento de los padecimientos psíquicos. Dicho mecanismo recurría al uso de la palabra como vehículo fundamental separándose así de las intervenciones médicas tradicionales. Así, el término ha ido

²⁰ FERNANDEZ ALVAREZ Y OPAZO. La Integración en psicoterapia. Barcelona España. Editorial Paidós. 2005. Pág. 34.

²¹. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós. 2005. Pág. 19

abandonando toda pretensión de vocablo simple para trasformarse 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 comienzos 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.²² Así cada teoría o enfoque buscaba el conocimiento y el manejo de las diferentes patologías y descalificaba a otros marcos conceptuales. Como consecuencia de ello, se dio la fragmentación de esas corrientes no siempre motivadas por diferencias teóricas si no también por intereses personales lo que muestra a una psicoterapia resquebrajada, dispersa y con fronteras relativamente rígidas.

Estos conflictos llevaron a la psicoterapia a la búsqueda de puntos comunes entre las diferentes teorías. Así Dollar 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 continuó 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 las 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 sí solo una expectativa de alivio; que todas las psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad el mismo que es compartido

²²CORSI Jorge. Psicoterapia integrativa multidimensional. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós. 2005Pág. 15

por el aparato cultural que definen el paciente y terapeuta; y que toda psicoterapia implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica.²³

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 permitan 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 Álvarez (1996) “integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos u complejos”

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

Existe un modelo integrativo chileno y uno argentino; y se buscó uno ecuatoriano, que desde luego, debía responder a nuestro contexto histórico y cultural, por ello ha adoptado una identidad propia en la descripción teórica, metodológica y técnica, e incorpora otros componentes siendo lo central la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico.

Nuestra idiosincrasia hace que el paciente se movilice con mayor facilidad dentro de esta vertiente, además se debe tener en cuenta las características propias al paciente hacen que esta postura técnica sea la adecuada, como: la escasa cultura psicológica con un importante apego al modelo médico que hace al paciente urgente e inmedatista, que busca resultados breves y sintomáticos; pacientes con predominio del pensamiento

²³ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós. 2005. Pág. 25

mágico e imaginario que espera respuestas provenientes del exterior o de fuerzas sobrenaturales y no se compromete con el esfuerzo para modificarse por sí mismo; y el predominio del locus de control externo que le impide asumir la responsabilidad sobre los resultados de sus acciones y le impulsa a buscar la supresión de sus dolencias y trastornos por mediación externa.

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 las sesiones y muestre una tendencia a operar con esquemas abiertos y a rechazar las posiciones rígidas en el abordaje que utiliza.

Dentro de este ámbito, pese a las dificultades encontradas en el camino, la integración de la psicoterapia se ha desarrollado en virtud de las ventajas significativas que ha demostrado a través de los años. En efecto permite que los pacientes conjuntamente con el terapeuta sean quienes fijen los objetivos del tratamiento, que se adapten a sus necesidades; y abarca más campos de trabajo que una terapia determinada, puesto que al ser más flexible y más amplia puede adaptarse con facilidad a cambiantes condiciones de trabajo.

4.2 ENFOQUES TRADICIONALES

Enfoques psicodinámicos. Explican la manera como se producen los trastornos psicológicos apelando a una hipótesis motivacional y construyen una psicopatología basada en la naturaleza del conflicto intrapsíquico (Paz 1971).

Freud estableció que los fenómenos patológicos tienen lugar como resultado de una pugna entre fuerzas internas, en cuya base se encuentran el antagonismo de los instintos de vida y de muerte que se despliegan desde los tempranos momentos de la vida a los largo de una serie de etapas que marcan distintas improntas en la constitución del conflicto.

Las perturbaciones psicológicas se evidencian por síntomas que constituyen las formas manifiestas, superficiales y externas de conflictos adyacentes y profundos cuya raíz se encuentra en la actividad inconciente del individuo.

El trabajo psicoterapéutico no está dirigido a la desaparición del síntoma sino a la elaboración de los conflictos que los sustentan, ya que su eliminación no supone la verdadera curación. Su tratamiento debe profundizarse en los recintos históricos donde se alojan las razones que dieron lugar al surgimiento de la patología.

Enfoques conductistas. Enfatizan el papel del aprendizaje en la generación de los trastornos, que se explican en función de la producción de hábitos perjudiciales para la persona. La conducta patológica sigue los mismos procesos de condicionamiento, a través de los cuales se implantan formas de respuesta ante la aparición de determinados estímulos.

En este ámbito las experiencias pasadas carecen de importancia, siendo vitales las condiciones exteriores que afectan la actividad del individuo y la manera como éstas operan condicionando su comportamiento.

Enfoques humanístico-existenciales. Describe los trastornos en base a un análisis existencial, en donde la experiencia del paciente refleja su condición enajenante en el despliegue vital que le impide su realización personal.

Dentro de este enfoque, los trastornos representan distintos modos de frustración en el cumplimiento de la búsqueda de sentido, y el trabajo psicoterapéutico busca generar las condiciones necesarias para que el enfermo pueda reflexionar sobre su condición y avance por un camino de realización espiritual que le permita abandonar la enajenación en la que ha caído como consecuencia de las malas elecciones valorativas.

Enfoques interaccionales. Consideran que los trastornos son resultados de una serie de mecanismos activados en las redes de interacción, que ligan a un grupo de personas en el

seno de un sistema en particular. La terapia sistémica es la más representativa dentro de este esquema.

Desde esta perspectiva la presencia de un síntoma en uno de los integrantes del sistema, no es una manifestación de su trastorno, si no que exterioriza un juego de relaciones en el marco de un sistema comunicacional al que esa persona pertenece.

La terapia esta dirigida a operar sobre el sistema en su totalidad, pensando que solo una modificación en la red de interacción hará posible resolver el problema que está en la base de la conducta que afecta a un individuo en particular.²⁴

4.3 LA PSICOLOGÍA COGNITIVA Y SUS ETAPAS.

La psicoterapia cognitiva en su desarrollo ha contribuido en diversos campos, expandiéndose a lo largo y ancho del conocimiento psicológico no solo en el campo teórico si no también en el de las áreas aplicadas y renovándose de viejos enfoques conceptuales.

La psicología cognitiva ha reaccionado: contra el paradigma conductista Estimulo _ Respuesta (E_R) centrando el estudio en las variables mediadoras, es decir dando importancia primordial a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, quien es concebido como operador activo que regula la transición entre la causa y el efecto; y contra la visión del sujeto como cognoscente, como simple reproductor de una realidad exterior que algún observador podía describir de forma exacta y verdadera. Por ello la psicología basada en el conductismo sentó sus bases entre los años 20 y 60 y estableció las directrices de los campos de aplicación de mayor relevancia social: la educación y la actividad laboral.

²⁴ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós. 2005. Pág. 45; 60

Con el advenimiento de la moderna psicología cognitiva, el sujeto fue considerado como un ser activo y capaz de influir decididamente en la elaboración de la realidad que le toca vivir; y como alguien que participa activamente en la conformación de los actos de conducta, y su experiencia comenzó a ser concebida como un acto de construcción de la realidad.

A mediados de la década de los 50, adquiere fuerza un nuevo modo de enfocar el comportamiento interesado en desentrañar la famosa caja negra que los conductistas habían cerrado por largo tiempo. Esto fue posible gracias a la renovación tecnológica, como la cibernética, la informática, la robótica y el despliegue incesante de la computación que plantea nuevas reglas en todos los campos de la vida contemporánea.

La psicología cognitiva por lo tanto es la respuesta a esta revolución tecnológica, a su lenguaje, su estilo y sus modalidades constituyen que en la muestra más elocuente de la interrelación que a lo largo de la historia han tenido los desarrollos tecnológicos y los modelos de pensamiento, al punto que la ilusión de contar con un copia del hombre en forma de una máquina capaz de ser programada para actuar con su propia estructura mental pareció ser definitivamente y una realidad, que marcó una época a la que se refieren como la primera revolución cognitiva, y como consecuencia a ello a la visión de una segunda que suponen se iniciará cuando se supere la etapa del funcionamiento de las máquinas para describir la manera en que operan los seres humanos en función sus características como: su capacidad autoprogramadora y anticipatoria.²⁵

Primera etapa: Empleo del paradigma de procesamiento de información.

En los últimos años ha existido un creciente interés por la integración de diferentes modos de abordaje de la psicoterapia resultados de la cual existen dos modalidades predominantes que son: el eclecticismo y lo integrativo.

²⁵ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós. 2005. Pág. 61; 76

El eclecticismo se basa en la necesidad de la articulación de recursos técnicos, basados en el principio de la eficacia empírica. Los terapeutas eclécticos creen en un modelo dominante al que se adicionan diferentes métodos de investigación provenientes de otros enfoques en la medida que se considera justificable.

La segunda modalidad integrativa responde a lo que llamamos, abordaje integrativo que consiste en una elaboración teórica que postula la construcción de un nuevo modelo que operando sobre las bases de segundo orden, permite referir las elaboraciones provenientes de los enfoques tradicionales en un metanivel que los resignifique.

En la trayectoria hacia este modelo, se ha atravesado por dos momentos sucesivos que corresponden con las dos fases de la revolución cognitiva contemporánea. El primero caracterizado por el empleo del paradigma de procesamiento de información por considerar que la actividad de los seres humanos puede ser analizada como la de un organismo que responde a estos parámetros ajustados a los siguientes enunciados.

- Vivimos en un universo de información, en donde todos los organismos requieren procesar aquella que habita en ellos, como un requisito básico de la adaptación.
- El ingreso de la información en un sistema tiene un doble efecto: el primero, por la incertidumbre que se genera a su ingreso, que deberá ser procesada y por lo tanto resuelta, y el segundo porque simultáneamente esa misma información puede operar resolviendo una incertidumbre existente previamente en el sistema.
- El ingreso de información en un sistema genera una puesta en marcha de una secuencia destinada a su resolución que se realiza por medio de un mecanismo de procesamiento que es equivalente a cualquier información, pero que difiere en función de su cantidad y complejidad.

Cuando un objeto ingresa en nuestro campo visual, decimos que lo vemos, lo que significa que ciertos mecanismos filológicos se activan para procesar las calidades físicas que llegan a nuestra retina mediante una serie de operaciones que nos permiten organizar la percepción como un conjunto de imágenes.

Lo importante de este ingreso es lograr su conocimiento, que se logra mediante el programa de actividades que el sistema maneja. La información que ingresa es filtrada por mecanismos de clasificación que permite una organización de la recién ingresada y de la que disponemos en nuestra memoria. Este ordenamiento implica una clasificación en varias categorías que permite tenerla disponible para resoluciones de las operaciones que realizan los esquemas centrales de procesamiento.

Estos esquemas constituyen el centro del procesamiento y contienen los programas que al resolver la incertidumbre, convierten la información en elementos potenciales de una acción concreta en la conducta.

Segunda etapa: enfoque cognitivo_social y constructivismo.

La importancia del paradigma de procesamiento de información quedó relegado cuando se evidenció la analogía entre humanos y computadoras, pues no incluía características peculiares del proceso de información de los humanos, cuyos actores se distinguen principalmente por su capacidad autorreguladora de la conducta, lo que permite que el proceso de resolución de la incertidumbre tenga un efecto retroactivo, que explica como las operaciones de procesamiento son controladas y controlan al resto del sistema, así como la manera como ciertas operaciones se traducen en acciones. Esta propiedad retroactiva hace referencia a que en lugar de operar en un solo nivel de organización están sometidos a principios evolutivos progresivos.

El carácter constructivo hace referencia a que la construcción de la experiencia esta directamente relacionada con la producción de la cultura.

La segunda revolución cognitiva a la que se hizo referencia, “centra el examen de la conducta en función de operaciones llevadas a cabo por un sujeto que esta ocupado en la tarea de organizar su propia realidad construyendo su mundo y respondiendo, en esta tarea, a las vicisitudes de una evolución que los constituye al mismo tiempo que lo determina. De esta manera pasamos a observar los procesamiento como operaciones activas de construcción en lugar de la descripción, fuertemente pasiva que suponía el modelo secuencial original del paradigma de procesamiento de información”²⁶

Los modelos cibernéticos sirvieron para entender que ciertos sistemas operan de modo que los resultados de una operación tienen la función de corregir su marcha, actuando sobre los mecanismos iniciales y regulando la actividad en su conjunto, esta propiedad se denomina feedback.

Complementando las acciones retroactivas, los seres humanos desarrollamos poderosas operaciones preactivas que tienen la finalidad de estructurar sistemas de significado prefigurantes de situaciones que todavía no han ocurrido más que en la mente y que se sitúan en un tiempo futuro.

La psicología se desenvolvió en sus inicios en el seno de una epistemología positivista que se apoyo en la certeza de la existencia de un realidad objetiva y en el poder del principio de causalidad, en donde los procesos psíquicos se explicaban sobre la base de un modelo causal como una manera de aprehender una realidad.

La perspectiva epistemológica de corte evolutivo supone que el conocimiento avanza por medio de intentos crecientes de elaboración de la realidad con el fin de lograr mejoras de la organización. La causalidad es dejada a un lado y en su lugar se da importancia a los procesos anticipatorios que configuran el conocimiento.

²⁶ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia. Argentina. Editorial Paidós. 2005. Pág. 100

El procesamiento de información no es pasivo en relación a la información que circula, si no que la operamos activamente en su selección y somos a su vez creadores de nuestros propios programas y por lo tanto, la realidad que vivimos no es algo externo, si no que forma parte nuestra por ser sus constructores.

4.4 EL CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo no es algo nuevo en su concepción básica, puesto que las diferentes posturas epistemológicas que dan una respuesta al problema del conocimiento se han ido perfilando a lo largo de los años; Sus fundamentos pueden encontrarse en sus predecesores como Vico, Kant y la fenomenología.

En la diversidad de orígenes de sus mentores reside probablemente una de las mayores virtudes y desventajas, Por una parte, la visión multidisciplinar aporta una perspectiva muy amplia del proceso del conocimiento y por otra parte, su dispersión origina problemas a distintos niveles, como la falta de conciencia colectiva de la confluencia de las contribuciones de distintas disciplinas.

Esta fundamentación metateórica tiene como objetivo, insertar la propuesta constructivista para la psicología y la psicoterapia, en el contexto de la historia de las ideas, en el conocimiento de la materia, de los seres vivos, de los sistemas informacionales y del desarrollo general de la ciencia.

Actualmente este modelo se plantea en un marco más restringido y al mismo tiempo más operativo de la psicología y la psicoterapia, respondiendo así la doble pregunta: cómo conocemos y cómo llegamos a conocer (Maturana 1970). La respuesta es que nuestro conocimiento es fruto de la realidad que es a su vez construida.

Descartes sostenía que solo hay una vía adecuada para buscar la verdad, mediante el descubrimiento por la razón de verdades intuitivamente obvias y la deducción a partir de ellas de las demás.

Por otra parte la epistemología de Locke consiste en una psicología por su énfasis en cómo conoce la mente más que en el qué. A partir de ésta, el examen de la mente humana se vuelve importante.

Berkeley manifestó que las cosas solo existen al ser percibidas, sin embargo el cómo se corresponden las ideas con los objetos reales ni siquiera se plantea. Lo único que conocemos son nuestras ideas.

Para Vico el único camino para conocer algo es hacerlo, por lo que es la conciencia operativa de nuestro mundo experiencial.

La concepción fenomenológica y existencial rompió con la distinción dualista entre sujeto pensante y objeto pensado. Para Heidegger no se puede pensar en el ser sin pensar en el sujeto que lo piensa, es decir el hombre.

Sartre aporta principalmente con el alternativismo el mismo que sostiene que toda actividad constructiva supone, necesariamente la posibilidad de construcciones infinitamente alternativas.

La física también ha tenido aportaciones constructivistas, como los siguientes pensamientos: "Estamos acostumbrados a considerar que los objetos existen incondicionalmente, aunque no exista tal existencia incondicional " (Mach 1970); " la imagen que cada ser humano tiene del mundo es y permanecerá así para siempre, es un constructo de su mente que no puede probarse que tenga otra existencia " (Schrodinger); " El comportamiento del hombre no es independiente de las teorías del comportamiento que adopta " (Heisenberg 1958).

Al contrario de la física clásica que asumía una realidad objetiva y cognoscible exterior e independiente del observador. La física moderna fundamentada en la teoría de la relatividad y la mecánica cuántica, desafía esta visión poniendo en relieve el efecto del observador sobre lo observado y cuestionando nuestro acceso a la realidad.

A finales del siglo XIX la física creía poder explicar todos los fenómenos observables de la materia a través de las leyes del comportamiento de las partículas de Newton y de las del comportamiento de las ondas electromagnéticas de Maxwell. Para todos los físicos de principio de siglo les parecía imposible aceptar que algo podía ser al mismo tiempo una partícula y una onda que se esparce por una extensa región del espacio.

No fue sino hasta 1927 que Bohr formuló el principio de complementariedad donde trascendió la dualidad onda-partícula afirmando que el comportamiento corpuscular y el ondulatorio no son propiedades de la luz si no dos representaciones complementarias que dependen de la interacción con su investigador y su instrumento de medida.

La biología que es la ciencia que estudia los seres vivos también ha aportado con el constructivismo en el sentido del estudio del nivel biológico de la actividad constructiva humana y de la forma como conocen. Uno de sus antecesores más notables fue el filósofo Helmholtz, que sostenía que el conocimiento del espacio se va creando en el individuo del mismo modo que los restantes datos vinculados al mundo material. A partir de sus estudios, desarrolló la idea de la inferencia inconciente, que supone la utilización de conocimientos anteriores ya en el mismo proceso de la percepción en lugar de dar primacía a los estímulos exteriores.

En 1976 Maturana introduce en concepto de determinismo estructural según el cual los cambios que se producen en todos los sistemas vivos están condicionados por su estructura, cualquiera que ésta sea, es decir cuando un organismo interactúa con algún aspecto de su entorno, su estructura (y no la del estímulo exterior) va a determinar sus respuestas.

Foerster también ha compartido la posición constructivista desde la postulación del modelo cibernético para explicar el funcionamiento nervioso celular, que a su criterio serían muy poco dependientes a los estímulos exteriores. Otro aspecto importante es su convicción de que no es el agente estimulador el que produce una sensación que experimentamos, sino que es el sistema nervioso quien la produce.

El aporte de la cibernética también es importante: Sabih en 1956, afirmó que la cibernética entonces no se interesa por lo que son las cosas, sino por lo que las cosas hacen. Boulanger en 1981 la definió como: la ciencia de los comportamientos con finalidad.

A partir de todo esto, se incorpora la nueva noción, hasta cierto punto revolucionaria, que sostenía que: si una máquina está dotada de retroalimentación y es capaz de reducir las diferencias entre un objeto y su desempeño efectivo, se puede decir que las máquinas persiguen metas. Por lo que la cibernética se vuelve una ciencia especialmente indicada para el estudio de la actividad preactiva e intencional del ser humano, que es precisamente uno de los supuestos básicos del constructivismo.

En el campo filosófico siempre se ha buscado de una manera u otra lograr diferenciar entre ciencia y opinión, por lo que el conocimiento consistía en determinar la vía para llegar a la ciencia superando las simples opiniones. Aunque no siempre se lograron estos objetivos, surgieron muchos debates al respecto donde finalmente se aceptó la imagen tradicional de la ciencia como, conocimiento de verdades absolutas, no opinables.

En la nueva filosofía de la ciencia se tienen planteamientos significativos, como los recogidos por Caparrós (1984). El primero se refiere a la introducción de un doble tipo de teorías científicas, unas más específicas que responden al concepto tradicional de ciencia y otras más generales llamadas paradigmas. El segundo, es la reivindicación de la naturaleza deductiva y no inductiva de la ciencia, lo que conlleva a que parta siempre de una concepción del mundo, de unos supuestos antológicos y metodológicos que determinan a través de las teorías específicas los problemas y sus soluciones. Y el tercero, es la oposición al positivismo, en particular al lógico o neopositivismo.

En la ciencia, el conjunto básico de presupuestos que suministran un marco de referencia en el que trabajan los científicos se ha llamado paradigma, cuyos componentes son: la matriz disciplinar y los ejemplares compartidos. (Khun, 1970).

La matriz disciplinar, consiste en conjunto de variables fundamentales generalmente no explícitos, a menudo inconcientes y habitualmente no sujetos a comprobación empírica. Sin embargo suministran las bases para las hipótesis específicas que si están sujetas a comprobación.

Los ejemplares compartidos son modelos de investigaciones que suministran métodos sobre los que existen acuerdos para la investigación de nuevos problemas.

En torno a las variables básicas de un paradigma, los científicos construyen un cinturón protector de teorías específicas y comprobables, que se proponen, refinan o descartan, conforme avanza el programa de investigación.

Según Toulmin (1977), la ciencia es concebida como un conjunto de conceptos que cambian a lo largo del tiempo. Este cambio no siempre es gradual y continuo, sino a veces radical, en un breve espacio de tiempo, lo que constituye más que una evolución, una revolución.²⁷

La base epistemológica del Modelo Ecuatoriano es el constructivismo moderado o relativo, aceptando la realidad fuera del sujeto cognoscente, y que a su vez considera que el sujeto es el que va construyendo dicha realidad, mediante el otorgamiento de significados.

La corriente cognitiva en su segunda etapa aporta al desarrollo del constructivismo, en ésta se considera al sujeto no solo como procesador de información sino como creador de su propia información. Donde el conocimiento esta influenciado por el aspecto biológico y ambiental de cada individuo, por lo tanto cada uno va a tener sus propios conocimientos de la realidad construyendo una realidad de manera individual.

²⁷ FLEIXAS Y VILLEGAS. Constructivismo y psicoterapia. Editorial desglée, tercera edición. Pág. 20; 63

El empirismo y el positivismo también dieron grandes aportes al desarrollo del constructivismo moderado.

Se considera que el ser humano tiene características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, e decir esta influenciado por lo que sucede a su alrededor y esto se manifiesta junto con las otras características en su personalidad.

La base teórica del Modelo Integrativo Ecuatoriano es la personalidad. La misma que es considerada como: “una estructura dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicológicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos (Allport) o como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar, otorgándole singularidad e individualidad al ser humano” (Lucio Balarezo).

La personalidad se va formando de acuerdo a los factores genéticos, puesto que se ha demostrado que existen características de la personalidad que están marcadas por los genes, está influenciada por experiencias que han pasado en el transcurso de la vida del individuo, según las características psicológicas y la influencia social el individuo va a ir formando y muchas veces modificando su personalidad que le permitirá interactuar, pensar, sentir en relación al mundo que le rodea y al resto de personas.

Es decir que los factores biológicos, socioculturales, las motivaciones, el aprendizaje, las cogniciones, el aspecto existencial y el sistémico aportan al aspecto psicológico dando como resultado la personalidad de cada sujeto.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano considera que la personalidad esta estructurada por diferentes factores, por los cuales esta influenciada, estos son:

- Factores biológicos
- Factores socio culturales

- Procesos conscientes e inconscientes
- Componentes motivacionales y afectivos
- Componentes cognitivos
- Procesos de aprendizaje
- Valoración sistémica

El Modelo Integrativo Ecuatoriano reconoce a la personalidad como: una estructura integradora de las funciones psíquicas; una estructura organizada; la vida psíquica como el resultado de lo biológico y social pero que se encuentra en un nivel superior; no es estática ni inmutable; reconoce las facilidades y obstáculos del factor biológico; la importancia de los bio-psico-social; reconoce el valor del pasado como influyente; le da coherencia y continuidad a la estructura; concibe la existencia de procesos conscientes e inconscientes, reconoce el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad, el valor de lo cognitivo y finalmente reconoce el valor del aprendizaje en lo patológico y lo terapéutico.

Los factores orgánicos, entre los que se encuentran los heredados marcan también el desarrollo de la personalidad, si se habla de temperamento y carácter como elementos de la personalidad, los factores hereditarios estarían formando parte del temperamento. También las influencias ambientales tienen gran importancia en la formación de la personalidad, por lo que no será igual la personalidad de una persona que creció en un ambiente de seguridad que la del que creció en un ambiente de maltrato y agresión.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano esta estructurado de tal manera que lo filosófico constituye la base donde se asienta lo epistemológico, seguido por lo teórico y posteriormente por lo práctico.

El ser humano es más que la suma de sus componentes. La teoría humanista estudia al individuo como fruto de una integración, quien está en capacidad de decidir y de actuar.

El humanismo da más importancia a lo actual, no nace de lo patológico, tiene una visión nueva que sostiene que el ser humano no es víctima del pasado por lo que se analiza el presente y se proyecta a metas futuras, objetivos y valores.

La personalidad es una estructura completamente dinámica que cada instante está recibiendo influencias de varios aspectos que rodean al individuo.

El instrumento que va a permitir explorar, planificar y guiar la conducción del proceso de intervención psicoterapéutico de forma estructurada, dando coherencia a la aplicación del plan de intervención es la Guía número 3 de la FIEPS – Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

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

Se determina las causas del problema, si surge a partir de pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, estilo atribucionales erróneos, ansiedad al momento de efectuar una conducta determinada, etc., cuáles son los factores desencadenantes y mantenedores del problema de ansiedad, 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 ansiedad.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados.

Determinar las causas del problema, desde dónde se origina, qué lo sostiene y refuerza.

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

Disminuir niveles de ansiedad.

Controlar su sintomatología

Motivar la adhesión al tratamiento

3.3 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 facilitará un acercamiento terapéutico adecuado que contribuirá al proceso psicoterapéutico.

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

4. Señalamiento de Técnicas

Psicoeducación

Escucha activa

Psicoterapia de apoyo

Relajación

Otro aspecto importante es evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados para lo cual se utilizará la guía final de evaluación que comprende los siguientes aspectos:

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (PACIENTE)	
Asesoramiento	Descripción Lograr una adecuado conocimiento y aceptación de su problema y del tratamiento Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Disminuir los niveles de ansiedad Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Reconocer rasgos de personalidad influyentes Valoración 1.2.3.4.5

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (FAMILIA)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (TERAPEUTA)	
Asesoramiento	Descripción Se cumplió con los objetivos planteados Valoración 1.2.3.4.5
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (INSTITUCIONAL / OTROS)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Mediante las evaluaciones se confirmó la disminución de la ansiedad en los pacientes Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Se promueve una actitud de cambio desde sí mismo Valoración 1.2.3.4.5

APLICACIÓN TÉCNICA	
Asesoramiento	Técnica: Psicoeducación Resultó adecuada para el manejo de la problemática
Sintomáticas	Técnica de Relajación Contribuyó a disminuir los niveles de ansiedad
De personalidad	

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

ASESORAMIENTO

SINTOMÁTICO

DE PERSONALIDAD

	SI	NO	POR QUE?
¿Se cumplió el proceso psicoterapéutico?	X		El paciente conoció sobre su tratamiento lo que mejoró su situación y su adhesión al mismo
¿Cumplí con las expectativas del paciente?	X		El paciente mostró satisfacción con los resultados. El paciente fue asimilando mejor la enfermedad
¿Las técnicas programadas dieron resultados eficaces?	X		En las sesiones trabajadas se observaron resultados positivos para el paciente.
¿Hubo necesidad de tratamiento mixto?	X		Si, el tratamiento es médico y psicológico
¿El paciente desertó?		X	Sin embargo la terapia termina al terminar el tratamiento oncológico

CONCLUSIONES

El modelo integrativo es más que una respuesta al claro eclecticismo que se venia dando a lo largo de los años sino también una respuesta a la realidad actual de las necesidades y requerimientos tanto de los pacientes como de los terapeutas.

El modelo integrativo ecuatoriano se adapta a nuestra realidad, a nuestros pacientes y a sus necesidades dándonos así una herramienta psicoterapéutica muy importante para tratar al paciente desde una perspectiva mas amplia y completa.

El modelo integrativo ecuatoriano es la plataforma donde todo psicólogo debe basarse puesto que permite ver más allá del problema actual del paciente, así como todo los factores que interactúan, mantienen y desencadenan el mismo.

CAPITULO 5

LA PSICOEDUCACIÓN

INTRODUCCION

El cáncer genera por si solo un sin numero 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 mas de impactados por el diagnóstico, temerosos por lo que desconocen y por lo que suponen de todo este proceso al que no han sido enfrentados antes.

Es importante entonces que tanto el paciente como sus familiares conozcan 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.

La psicoeducación también permite que tanto el paciente como sus familiares se conviertan en protagonistas de su proceso, fortaleciendo así el núcleo familiar que se ve afectado por la enfermedad.

5.1 LA PSICOEDUCACIÓN

Aceptar el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer es difícil, no solo para el paciente sino también para toda su familia, por lo que la psicoeducación contribuye a la no estigmatización de los trastornos y a la disminución de las barreras para el tratamiento. Esto se logra a través de 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 el 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 busca 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 el de asistencia y rehabilitación.

La educación preventiva es un proceso que busca el desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y físico de la persona. Sus actividades se clasifican en los siguientes tres niveles:

Prevención primaria. Cuyo objetivo es disminuir la probabilidad de incidencia de las enfermedades. Es una intervención pre-patológica.

Prevención secundaria. Se trata de evitar la propagación y transmisión de la enfermedad hacia otros. Es una intervención en el ámbito ya patológico.

Prevención terciaria o rehabilitación. Actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida. Su objetivo es volver al individuo afectado

a un lugar de la sociedad, utilizando sus capacidades de funcionamiento. Esta rehabilitación es física, psicológica y social.

Estos tipos de prevención no son incompatibles entre sí, por el contrario en su implementación se complementan, enriqueciéndose mutuamente con el único fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de la sociedad en general.

En lo referente al cáncer, la psicoeducación realizada por el terapeuta integrativo cumple un rol de asesoramiento tomando en cuenta el tipo de personalidad y el nivel de ansiedad 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 afrontamiento de la enfermedad será diferente en una situación u otra, por tanto, será más difícil trabajar con un paranoide debido a la desconfianza que los caracteriza y más fácil con un ciclotímico por ser más afectivo y necesitará mayor apoyo y acercamiento del terapeuta.

Las metas de la psicoeducación en los pacientes con cáncer son:

- **Informativo/Educativo.** Mejorando el conocimiento, la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional del paciente.
- **Cognitivo/Conductual.** Mejora 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 de sobre objetivos 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 la 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 pacientes²⁸

5.2 LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO²⁹

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 esta compuesta por pequeños 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 tensión en los familiares, le provocan incertidumbre y sentimientos de engaño.

²⁸ Manual de psiconcología, Nova Sidonia Oncología. Madrid España. Editor Francisco Gil. 2000.

²⁹ DIE TRILL Maria. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. España. Ades Ediciones. 2000. Pág. 59; 82

Según las leyes españolas “ el paciente tiene derecho a que se le de en términos comprensibles, a él y a su familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento “

Es nuestro medio la idea de la no comunicación es un opción permisible, aunque el derecho a la información se reconoce generalmente, no siempre es respetado especialmente 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 en gran medida su futuro.

La información debe ajustarse siempre a las necesidades de los pacientes, sin dejar vacíos, ni sobrepasar de lo adecuado, buscando que sea más bien gradual, y respetando las etapas por las que atraviesa, a fin de que sea oportuna. Una buena comunicación reduce la incertidumbre. La verdad fortalece la relación entre médico y paciente y facilita el establecimiento de un clima de confianza y colaboración. No conocer el 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 con 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 de 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 sino también para el profesional que la emite, sobre todo cuando hay relaciones y consideraciones especiales.

Dentro del Modelo Integrativo Ecuatoriano se propone los siguientes conceptos fundamentales de la relación terapéutica:

Inconsistencia del trabajo psicoterapéutico basado exclusivamente sobre los componentes técnico o relacional.

Muchas investigaciones alrededor de 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 una gran categoría general 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 la 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.

Connotaciones históricas, familiares, sociales y culturales en el encuentro. Dentro de ese 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 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 estará 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, potencializándola o contaminándola según sea el caso.

Una buena relación terapeuta-paciente, debe basarse en la confianza mutua, que puede facilitarse al considerar factores como:

- Que el primer contacto es 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 entienden y aceptan
- 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. Aún en las preguntas difíciles como, cuál 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 estará solo.

5.3 LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

Los procesos básicos de la familia comprenden la integración, el mantenimiento y el crecimiento de la unidad familiar en los aspectos individual y familiar.

Cuando las familias responden correctamente a las demandas internas y externas del individuo y del grupo es funcional.

La evolución histórica de la familia incluye al ciclo vital y la exploración transgeneracional puesto que nos permite una mejor comprensión del problema.

El ciclo vital es el proceso de cambio, crecimiento y desarrollo familiar.

La familia cumple un rol importante dentro del proceso terapéutico, pues buscan entender más sobre el problema del paciente, en muchos de los casos la familia se involucra sintiendo que la familia entera tiene un problema así como también constituye un instrumento de cambio.

Cuando se utiliza a la familia para favorecer el cambio, se trabaja en sus creencias, atribuciones y expectativas.

Cuando aparece una enfermedad grave, se trastorna la interacción entre el enfermo y sus familiares y surgen sensaciones de desorientación, sentimientos de amenaza y de pérdida del equilibrio. Por ello, la actitud que tome la familia condiciona de manera importante la situación del enfermo, dada la existencia de múltiples temores y miedos a lo que se suma el convivir con el sufrimiento de un ser querido y la duda de ser lo suficientemente fuerte y capaz para cuidar al paciente.

Ante esta situación las familias adoptan distintas actitudes y tienen necesidades y dificultades determinadas y experimentan reacciones emocionales, entre las que se destacan: ansiedad, miedo incertidumbre, enfado y tristeza, y reaccionan en ocasiones con negación, ira, tristeza, hasta llegar a la adaptación.

Entre las actitudes más comunes tenemos: la sobreprotección, que anula toda capacidad y voluntad del paciente, y la negación del proceso, lo cual en ciertas ocasiones impide la acción médica adecuada, y entre las necesidades específicas se destaca: la psicoeducación sobre aspectos que se deben tener más claros, con el fin de que se conozca lo que se debe hacer.

Para evitar la incertidumbre familiar por falta de conocimiento se debe utilizar todos los recursos disponibles, entre los cuales tenemos: en primer lugar el apoyo social que supone empatía; estímulos; información y asistencia en todos los ámbitos con el fin de disminuir el estrés y en segundo lugar, la comunicación que debe darse entre la familia, el paciente y el personal médico.

La intervención profesional debe facilitar la identificación de los problemas y alteraciones psicológicas con el fin de intervenir lo antes posible. La buena comunicación fomenta la expresión de sentimientos y permite una relación clara y abierta con el paciente.

El psicoterapeuta integrativo busca:

Rapport. Sensación de comodidad, entendimiento mutuo, de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre el paciente y el terapeuta. Es indispensable para el establecimiento de una relación terapéutica los primeros esfuerzos deben ir dirigidos a establecerlo, no es fácil forzarlo ni crearlo artificialmente.

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 esto es necesario que se guarden las condiciones de honestidad, amabilidad, reserva y eficacia en los casos que se atienden, al mismo tiempo se favorece por la presencia de fenómenos transferenciales por parte del paciente y el control de los fenómenos contratransferenciales.

Empatía. Se la puede definir como la “transposición, ponerse en el lugar del 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 natural humana más que aprendida, puede ser mejorada durante los procesos de supervisión y autoconocimiento.

Resistencia.- En el psicoanálisis hace referencia a la oposición contra todo intento de llegar al inconsciente del sujeto expresada a través de los mecanismos de defensa que este utiliza, conducta del paciente y del terapeuta que resulta antiterapéutica para el logro de los objetivos de modificación cognitiva, las causas de la resistencia se encuentra en actitudes y conductas por parte del paciente y terapeuta que no facilitan la colaboración terapéutica.

La resistencia se puede manejar:

Estrategias de respeto, como un manejo adecuado del rapport, respetando valores y creencias personales.

Estrategias de manejo como interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones, sustituir estructuras defensivas por resoluciones objetivas.

Transferencia. Se refiere al desplazamiento de afectos de un objeto a otro que equivale al proceso por el cual el paciente dirige sus sentimientos inicialmente orientados a otra persona, generalmente el progenitor o el terapeuta.

La transferencia puede ser positiva.- cuando la expresión de sentimientos afectos sean de amor, simpatía, ayuda, gratitud, etc.

Transferencia Negativa.- cuando la expresión afectiva es de celos, hostilidad, ira, agresión, temor, etc.

La transferencia puede ser expresada a través de conductas verbales como: conversaciones sobre temas superfluos, expresión de emociones ante el terapeuta, sueños relacionados con el terapeuta, conductas seductoras, manifestaciones sobre el agrado que siente en la consulta, etc.

En conductas no verbales como: llegadas tempranas o tardías a la consulta, excesiva puntualidad, arreglo personal especial, manifestaciones corporales de flirteo.

La transferencia debe ser manejada a través de.- autoanálisis del terapeuta, manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia, frecuencia y duración de las sesiones, modificación de los temas de discusión.

Manejo con discusión e interpretación de la transferencia.- condiciones técnicas, de acuerdo a la personalidad del paciente o la derivación a otro terapeuta.

Contratransferencia. Es la expresión de afectos, sentimientos por parte del terapeuta hacia el paciente. Esta se puede manifestar a través de prolongaciones innecesarias de las sesiones por parte del terapeuta, disgusto del mismo, incapacidad para simpatizar, excesiva atracción, actitudes defensivas ante la crítica del paciente, incomodidad o temor a la entrevista, preocupación excesiva por el paciente, no poder prestarle atención, acercamientos afectivos y corporales.

La contratransferencia puede ser manejada: identificación del fenómeno a través de una auto observación, resolución de conflictos personales por parte del terapeuta, consulta psicológica con un colega, derivación del paciente a otro terapeuta.

El rapport y la empatía bien manejados son indispensables para llegar al paciente mediante la psicoeducación.

Comunicación con la familia del paciente

Como se ha dicho, la comunicación que busca informar, orientar y apoyar, es el pilar fundamental y la estrategia terapéutica más eficaz para el sostenimiento familiar. No es una tarea fácil, puesto que informar malas noticias como diagnósticos, progresiones, fallecimientos, etc, conlleva reacciones difíciles de contener. Para el profesional por lo tanto, la situación es compleja y estresante, lo que en ocasiones lleva al retraso de la información. Sin embargo ésta debe darse oportunamente, pues una vez asimilada, permite tomar medidas apropiadas frente a casos aún extremos como puede ser el fallecimiento del enfermo.

Es importante que la familia designe a un interlocutor, quien deberá mantenerse bien informado sobre la evolución y situación de paciente, quien a su vez, debe transmitirla responsablemente incluyendo los cambios o alteraciones de tipo emocional que el paciente puede presentar.

En este contexto, se debe contemplar siempre la posibilidad de que tanto el paciente como su familia interpretan de manera errónea la información recibida, y a veces generando expectativas irreales.

Es muy importante que la familia reciba la información dentro de un ambiente adecuado y en forma privada, sin olvidar que el interlocutor, pese a que no es quien físicamente esta sufriendo el problema, a lo mejor no esté en condiciones de tolerar el impacto que supone una noticia de esta naturaleza.

La comunicación entre paciente y familia

Generalmente, el paciente es el menos informado, y es el marido, la mujer, los padres o hijos quienes tienen la dura tarea de comunicarle sobre la gravedad de su enfermedad o en algunos casos, ocultar la verdad.

En estas circunstancias, se generan conflictos en la medida en que se confronta el optimismo del enfermo con la incertidumbre y angustia de los miembros de su entorno familiar, quienes requieren en momentos determinados expresar sus sentimientos y apoyarse mutuamente.

La ocultación parcial o total de la verdad se la denomina “conspiración de silencio”, lo que provoca que se le impida que hable sobre su enfermedad y dolencia, lo cual evidentemente no mejora la situación, sino más bien la empeora.

5.4 EL TRABAJO EN EQUIPO

La complejidad de la medicina moderna requiere que sea ejercida en equipo, en donde el profesional actúe dentro de su área de competencia, y que por lo tanto sean considerados miembros esenciales, a fin de que en conjunto tengan un nivel de respuesta adecuada a las necesidades del paciente.

El trabajo interdisciplinario permite encontrar soporte en las dificultades que puedan presentarse, especialmente cuando es necesario tomar decisiones, tendiendo a resolver los problemas del paciente y su familia; y aún para transmitir las malas noticias.

Los integrantes de un equipo deberían ser capaces de:

- Establecer sus propias metas y encontrar su motivaciones
- Plantear cuestiones propias
- Cuidar de sí mismos, fomentando la vida privada

- Distanciarse emocionalmente de los problemas de los enfermos sin dejar de prestarles la atención adecuada
- Reconocer sus errores
- Tener conciencia de sus propias limitaciones
- Cultivar el sentido del humor y desarrollarlo en el trabajo.

Cuando el equipo esta centrado en el paciente, es éste quien debe manifestar sus necesidades con el fin de que se establezcan las prioridades.

También son miembros importantes de equipo:

La familia sobretodo cuando los cuidados son prestados en casa;

El médico cuyos controles de los síntomas físicos, para los pacientes tiene prioridad sobre otros aspectos;

Las enfermeras, que son las personas que más tiempo pasan con los pacientes y sus familias, que tratan heridas, úlceras, que ayudan a la movilización, etc, y que por lo tanto tienen un trato más íntimo que los liga afectivamente;

La trabajadora social, que busca dar respuesta a los problemas sociales que afectan a los enfermos y a la familia, y aún a los económicos;

El psicoterapeuta, quien conoce más a fondo al paciente y a sus problemas; por lo que la relación consigo mismo es de suma importancia pues constituye la base fundamental

donde se apoyará el paciente para superar la situación que esta viviendo, es este caso específico la hospitalización y el afrontamiento al cáncer.

El voluntariado, que de una manera u otra ayudan en diferentes áreas; y

Los fisioterapeutas, nutricionistas, etc, que pueden trabajar a tiempo completo o parcial dependiendo de los recursos de cada institución.

El equipo debe buscar objetivos bien definidos; medir los resultados como un todo y no como un logro personal; debe tomar las decisiones en consenso, y buscar la cohesión mediante la confianza y la lealtad.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS Y ESPIRITUALES

A menudo actúan de forma implícita los valores, que influyen mucho en las decisiones que se toman. Cada persona tiene los suyos, y en su formación intervienen muchos factores que van desde la tradición y las creencias hasta los conocimientos científicos. Estos conceptos hacen que exista una considerable gama de decisiones ante situaciones similares.

La ética a su vez, nos ayuda a discernir entre lo que moralmente se considera que esta bien y que esta mal.

El término moral tiene una connotación cargada de significación religiosa que determina una manera de ver el mundo y sus problemas.

Se podría pensar que la razón bastaría para tomar decisiones que fueran éticamente válidas, sin embargo hay cuestiones que escapan de este ámbito.

Lo racional está en conocer en dónde y cómo actúan los valores y tener en cuenta como influirán en la decisión.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano da gran importancia a las creencias y valores de cada paciente, al ambiente socio cultural en el que se desarrolla, ya que esto será un factor influyente para la significación que dará el paciente a las diferentes situaciones y decisiones que debe afrontar.

Dentro del marco ético, existen varias formas de abordar los problemas, y una manera sencilla de hacerlo es mediante el análisis de sus consecuencias, teniendo en cuenta ciertos principios fundamentales. Como los que en la salud son de consenso: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

El principio de beneficencia manifiesta que los objetivos de todo profesional sanitario es hacer el bien al enfermo y aliviar su sufrimiento.

El principio de no maleficencia, busca evitar el daño, que se mide mediante el análisis de los riesgos y beneficios. Si los beneficios superan los riesgos hay que intervenir, de lo contrario hay que abstenerse.

El principio de autonomía, manifiesta que el paciente debe participar en las decisiones que le involucran, para lo cual debe estar bien informado con el fin de que pueda tomar decisiones basándose en su realidad. Se debe por lo tanto abandonar la actitud paternalista que caracteriza a nuestra cultura que lleva a mentirle al paciente a pretexto de su protección.

El principio de justicia, se refiere a la distribución de los recursos necesarios para la asistencia médica y considera tres aspectos importantes que son:

- Todos los ciudadanos deben tener acceso a los servicios de salud, independientemente de su capacidad financiera.

- El acceso a la salud debe ser equitativo y no igualitario, es decir dando más a los que mas necesitan.
- Los recursos son limitados, por lo que hay que establecer prioridades basándose en la solidaridad.

Dentro de esta marco de valores, el paciente requiere estar bien informado, que se tomen decisiones en función de sus recursos, recibir un trato adecuado, y tener respuesta al problema que originó la consulta.

Muy a menudo las decisiones difíciles que se deben tomar, entran en conflicto con los valores. Así un paciente puede rechazar un tratamiento que el profesional considera imprescindible poniendo en riesgo su vida, o el profesional puede retirar todo el tratamiento por que considera que es inútil luchar, incluso en contra de la opinión de los allegados.

Dentro de lo espiritual, la enfermedad grave genera la necesidad de recibir palabras verdaderas, de hablar de su vida pasada y de ser reconocido con lo mejor de sí mismo, organizar una nueva jerarquía de valores, eliminando las discordancias graves con la conducta. En ocasiones la vida pasada, genera muchas culpabilizaciones con actitudes de autocondena que pueden provenir del deseo de encontrar una explicación a su enfermedad, considerándola como un castigo divino. Lo que muestra una clara prevalencia de un locus de control externo que es característico en nuestro medio donde el paciente busca una razón externa que explique lo que le esta sucediendo, y que lo que esta viviendo no depende de él.

La adhesión a la nueva jerarquía de valores o la vuelta a las opciones fundamentales previas pueden hacerle tomar conciencia de la distancia entre lo que realmente se ha vivido y lo que en teoría se ha querido vivir.

Todos hemos tenido la sensación de haber hecho daño a alguien. Esta necesidad expresa lo que algunos lo llaman poner en orden sus asuntos, por ello, cuando ha existido reconciliación, los pacientes graves son capaces de decir adiós.

En las pacientes con enfermedades graves, lo mas frecuente es que intensifiquen su relación con el pasado, el presente y el futuro. Y, si bien ya no podemos curarlas, debemos cooperar en sanar la relación profunda consigo mismo, con los otros y con Dios.

El psicoterapeuta integrativo da gran importancia al trabajo con las relaciones interpersonales del paciente, intentando lograr mayor bienestar en el paciente con su familia y entorno, resolviendo problemas que le impiden asimilar su enfermedad. Para esto, el terapeuta debe tener en cuenta las relaciones de mayor importancia del paciente y los problemas relacionados a las mismas así como a sus necesidades específicas.

El paciente tiene la necesidad de releer el pasado, de reapropiarse de una manera reconciliada con su propia vida, en relación al futuro, el tiempo limitado puede ser vivido como una frustración pero también como abrirse a lo trascendente, y en relación al presente, la proximidad o la idea del fin provoca a menudo la confrontación, y la percepción de nuevas valoraciones.

Esta visión de la muerte como algo más probable de lo que las personas sanas consideran puede devolver el sabor y el sentido al instante presente.

Para muchos creyentes, la fe se pone a prueba en la enfermedad grave como el cáncer, por el sufrimiento y la aproximación a la muerte muchos se sienten decepcionados por un Dios que no hace nada para curarlos y comienzan reclamos por lo que les está sucediendo, generalmente luego de esta crisis comienza una apertura a una fe más profunda. Algunos demandan la visita de un sacerdote que puede ser una muestra de esta apertura, de un deseo de relación con Cristo que también puede encontrar en lecturas de salmos y de escritos bíblicos.

La confesión suele ser un símbolo de reconciliación sacramentada en el perdón. Así como una reconciliación interpersonal directamente con las personas involucradas.

En definitiva para el creyente estas necesidades buscan ser vividas desde una dimensión religiosa manteniendo una coherencia fe-vida, en una relación personal con Dios.

Es muy importante tener en cuenta que no es posible acoger ni sanar las heridas de los demás sin haber acogido y cuidado la nuestras; puesto que solo si sabemos reconocer e integrar nuestras propias heridas sabremos conocer, comprender y acompañar las de los demás.³⁰

El Modelo Integrativo Ecuatoriano da prioridad al ser humano como tal, respetando su individualidad y sus características propias, otorga gran importancia al aspecto ético al momento de la intervención respetando los valores y creencias de cada paciente sin imponer las del terapeuta.

CONCLUSIONES

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

³⁰ DIE TRILL Maria. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. España. Ades Ediciones. 2000. Pág. 620; 648

CAPITULO 6

APLICACIÓN Y EVALUACION

6.1 DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE ANSIEDAD

Objetivo general

Aplicar psicoeducación desde el enfoque del Modelo Integrativo Ecuatoriano en pacientes con cáncer que presentan ansiedad por hospitalización para mejorar su calidad de vida

Objetivos específicos

Medir el nivel de ansiedad en los pacientes nuevos hospitalizados, antes y después del proceso de psicoeducación.

Aplicar y evaluar la psicoeducación en pacientes con cáncer, con la finalidad de disminuir la ansiedad, especialmente vinculada a la hospitalización y tratamiento.

Metodología

El estudio a realizarse será de carácter descriptivo. Se evaluará el nivel de ansiedad en los pacientes nuevos al momento de su internación en las áreas de clínica o cirugía del hospital de SOLCA y posteriormente se realizará el proceso psicoeducativo respectivo en función al tratamiento específico a seguir, posteriormente, cuando el paciente esté listo para el alta hospitalaria se realizará una nueva evaluación de ansiedad con el mismo reactivo con el fin de comparar resultados.

Se utilizará la revisión bibliográfica para la fundamentación teórica de la investigación y como técnicas a emplearse serán: la psicoeducación: y la evaluación del nivel ansiedad mediante la aplicación de Test STAI a los pacientes hospitalizados para tratamiento.

Universo

En general un estudio de esta naturaleza busca principalmente conocer los problemas de los colectivos para descubrir la regularidad de los comportamientos o las relaciones existentes entre ellos. En este caso el universo está constituido por los pacientes nuevos hospitalizados en SOLCA Cuenca, cuya vida institucional inicia tras la concepción de

que el cáncer era una enfermedad dolorosa e incurable, en la que no había nada que hacer. Por lo que el Dr. Juan Tanca Marengo, ilustre compatriota rompió este concepto, despertó el interés del médico sobre esta enfermedad y demostró que “el cáncer es curable cuando se diagnostica a tiempo”.

El 7 de diciembre de 1951, con un grupo de profesionales médicos y personas representativas de la ciudad de Guayaquil, fundó la “Sociedad de lucha contra el Cáncer”, a la que, el 22 de abril de 1953, por Acuerdo Ministerial No. 645 se le encargó la campaña contra el Cáncer en el País, transformándose en la: “Sociedad de lucha contra el Cáncer en el Ecuador” –SOLCA-

En 1952, desde esta ciudad se iniciaron las gestiones de la fundación del Núcleo de SOLCA en Cuenca. Luego de muchas gestiones, el 17 de enero de 1957 se creó un “Comité encargado de la fundación del Núcleo de SOLCA de Cuenca”, que se preocupó de ilustrar a la población y difundir el conocimiento de los siete signos de alarma del cáncer para el diagnóstico temprano de la enfermedad y de borrar el concepto de incurabilidad.

Y el 20 de noviembre de 1958, se fundó el Núcleo de SOLCA de Cuenca, se eligieron autoridades, miembros del Consejo Directivo y personal administrativo, fecha que marca la iniciación de la campaña contra el cáncer en la región.

El 1 de septiembre de 1960; se nombraron a los primeros médicos de la Institución y se inauguró, un Dispensario anexo al Hospital “San Vicente de Paúl”, con un Consultorio clínico, Rayos X, Anatomía Patológica, Radioterapia superficial y profunda, que abrió sus puertas a la atención al público.

El 12 de abril de 1977, se trasladó el centenario Hospital “San Vicente de Paúl” a su nuevo local, con el nombre de Hospital “Vicente Corral Moscoso” y en él se inauguró una sección dedicada a SOLCA.

Este departamento se mantuvo anexo al Hospital hasta que SOLCA construyó su propio local, inició sus labores con consulta externa en noviembre de 1995 y en abril de 1996 se inauguró oficialmente el Instituto del Cáncer, comenzando a funcionar con todos sus servicios.

La misión de SOLCA es prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes con equidad, eficiencia y calidad; para ello cuenta con personal altamente especializado, con equipos y tecnología de punta e instalaciones modernas y confortables, al nivel de los grandes centros del mundo.

El Instituto atiende desde su funcionamiento aproximadamente a 28.000 pacientes anuales, originarios de todo el país, especialmente de la zona austral.³¹

Muestra

Como propósito fundamental del trabajo se propone y centra su objetivo en exteriorizar la disminución de la ansiedad tras el proceso psicoeducativo en los pacientes. Se definió como necesidad que la muestra sea representativa, toda vez que los resultados obtenidos de validez absoluta para el universo, en este caso pacientes nuevos ingresados en el período comprendido entre Noviembre del 2007 a Enero del 2008 en el hospital de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) de la ciudad de Cuenca, determinó que para el caso de pacientes con cáncer la muestra la constituyen 60 pacientes de ambos sexos, de 20 a 80 años de edad cuya valoración se dividirá en la realizada antes y después del proceso psicoeducativo.

El diseño

Los límites del estudio fueron marcados por el objetivo general, en consecuencia su diseño debía responder a una estructura basada en esa búsqueda, para lo cual se comparó la evaluación de ansiedad antes y después de recibir la psicoeducación

³¹ www.solcacuenca.org

A través de la historia clínica de cada uno de los pacientes mediante la Ficha Integrativa Resumida FIEPS (Anexo 1) 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 ansiedad (Anexo 2) que consta de varios ítems clasificados específicamente para evaluar ansiedad de estado y de rasgo:

Cabe insistir que SOLCA por su carácter de hospital asisten en el área general pacientes de nivel socio cultural medio, particular que debe ser tomado en cuenta en lo referente a las principales preocupaciones o creencias.

6.2 APLICACIÓN DE LA PSICOEDUCACIÓN

Una vez que el paciente ha sido ya hospitalizado en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca, se procedió a realizar la evaluación de ansiedad mediante el test STAI, posteriormente se procedió a realizar la recopilación de datos generales, los mismos que nos permitieron llenar algunos aspectos importantes de la Ficha integrativa FIEPS.

Luego de esta 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 buscando la resolución de sus dudas, si no también, adaptándonos al lenguaje del paciente con el fin de que comprenda a cabalidad lo que le está por suceder.

La información en la mayoría de casos se enfocó a clarificar dudas de los pacientes y a rectificar ideas erróneas de los mismos, con el fin de que disminuya la ansiedad ya que a medida que el tratamiento avanza va perdiendo consistencia su característica de desconocida y se va clarificando.

En otras ocasiones, se enfoca en las posibilidades de ayuda económica que puede realizar el instituto y los mecanismos de ayuda del mismo, con el fin de que el tratamiento se vuelva más accesible para los pacientes.

Posteriormente, se realiza una nueva evaluación de ansiedad previa al alta luego de que el paciente ha recibido su tratamiento, la estancia de los pacientes oscila entre 2 y 6 días en la mayoría de los casos, período durante el cual se realiza una psicoeducación progresiva, que se va adaptando a las necesidades que van apareciendo a lo largo de su primera visita al hospital.

6.3 EVALUAR EL RESULTADO

Cuadro #1

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Sexo.

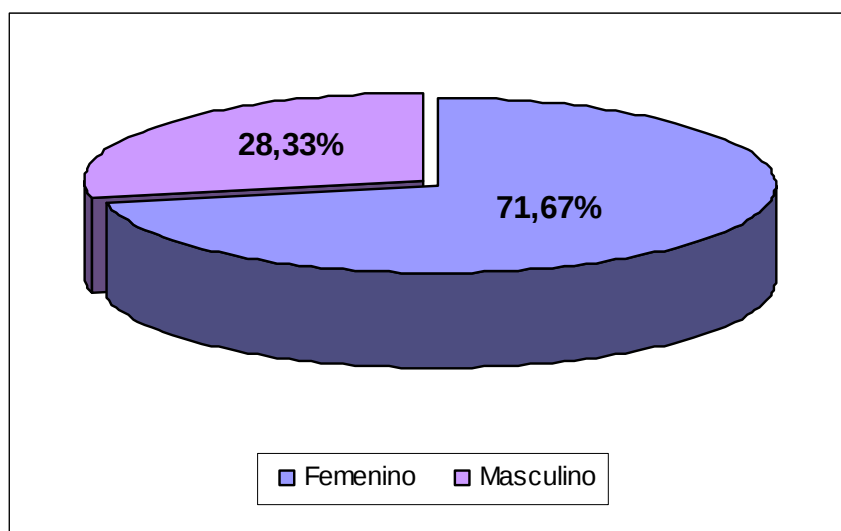
SEXO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Femenino	43	71,67
Masculino	17	28,33
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 1

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Sexo.



De los 60 pacientes que conforman la muestra, el 71,67% son de sexo femenino lo que demuestra la mayor incidencia de cáncer en la mujer y el 28,33% son de sexo masculino.

Cuadro # 2

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Edad.

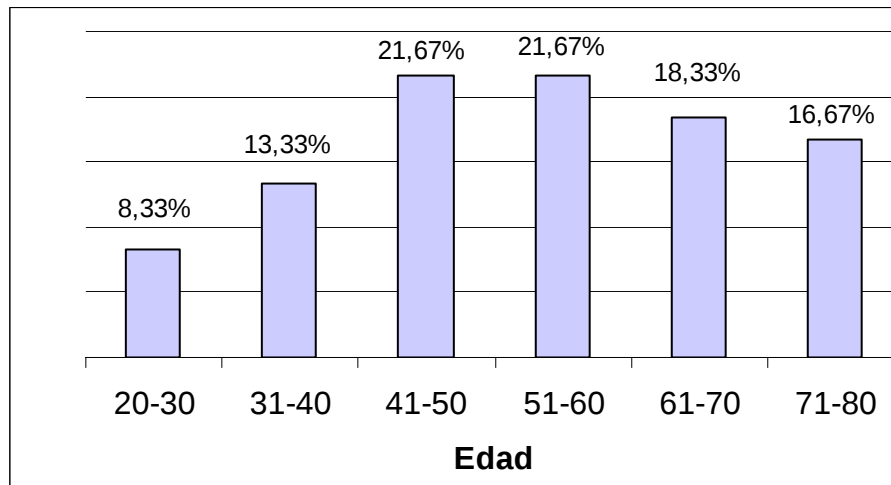
RANGO DE EDAD	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
20-30	5	8,33
31-40	8	13,33
41-50	13	21,67
51-60	13	21,67
61-70	11	18,33
71-80	10	16,67
TOTAL	60	100

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 2

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Edad.



De los 60 pacientes que conforman la muestra, la mayoría se encuentra en dos intervalos de 21,67%, lo que totaliza el 43,34%, comprendidos entre los 41 a 60 años. El menor porcentaje corresponde al rango entre los 20 y 30 años con un 8.33%.

La edad es un factor importante debido a que muestra las diferentes etapas del ciclo vital en las que se presenta la enfermedad.

Cuadro # 3

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Estado Civil.

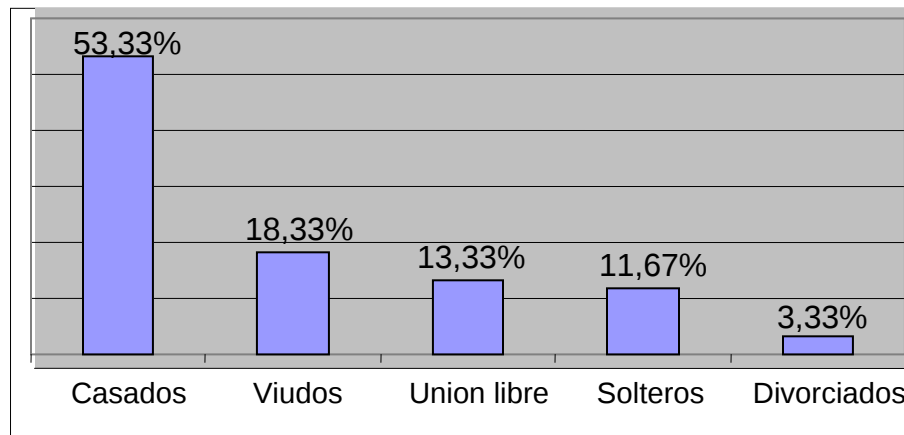
ESTADO CIVIL	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Casados	32	53,33
Viudos	11	18,33
Unión libre	8	13,33
Solteros	7	11,67
Divorciados	2	3,33
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 3

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Estado Civil.



El mayor porcentaje corresponde a los pacientes casados con un 53,33%, los pacientes en unión libre el 13,33%, lo que alcanza en estos dos grupos el 66,66%, seguido por los pacientes viudos con un 18.33% y en menor porcentaje encontramos a los pacientes divorciados con un 3,33%.

El estado civil nos muestra, de una u otra manera, como pueden estar conformadas sus redes de apoyo, asumiendo que los pacientes de estado civil casado y unión libre mantienen una relación de pareja estable.

Cuadro # 4

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Lugar de Nacimiento.

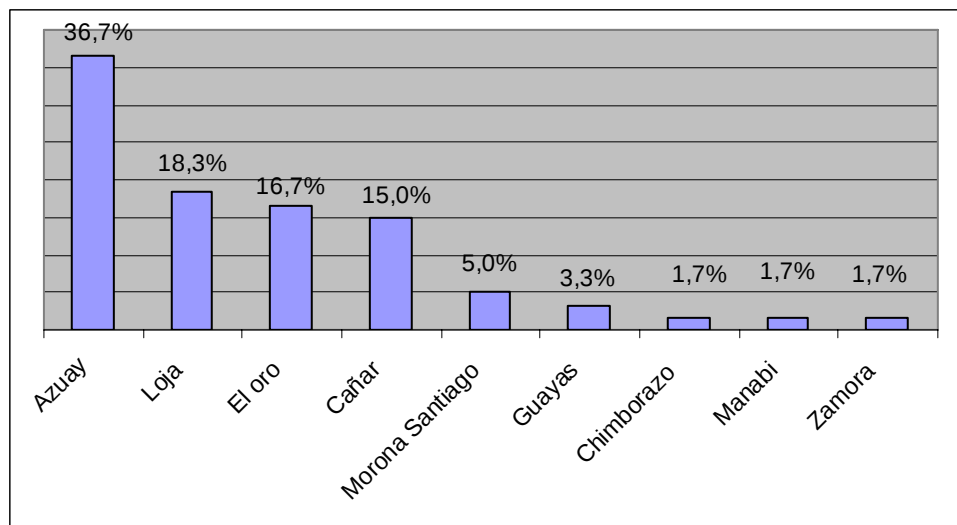
LUGAR DE NACIMIENTO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Azuay	22	36,67
Loja	11	18,33
El oro	10	16,67
Cañar	9	15,00
Morona Santiago	3	5,00
Guayas	2	3,33
Chimborazo	1	1,67
Manabi	1	1,67
Zamora	1	1,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 4

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Lugar de Nacimiento.



El 36,7% de los pacientes que conforman la muestra son de la provincia del Azuay, lo que se explica debido a la localización del Hospital en esta provincia, siguen en orden la provincia de Loja con el 18,3% y El Oro con el 16,7% y Cañar con el 15%, considerando que estas provincias son las más cercanas a la provincia del Azuay.

Cuadro # 5

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Lugar de Residencia.

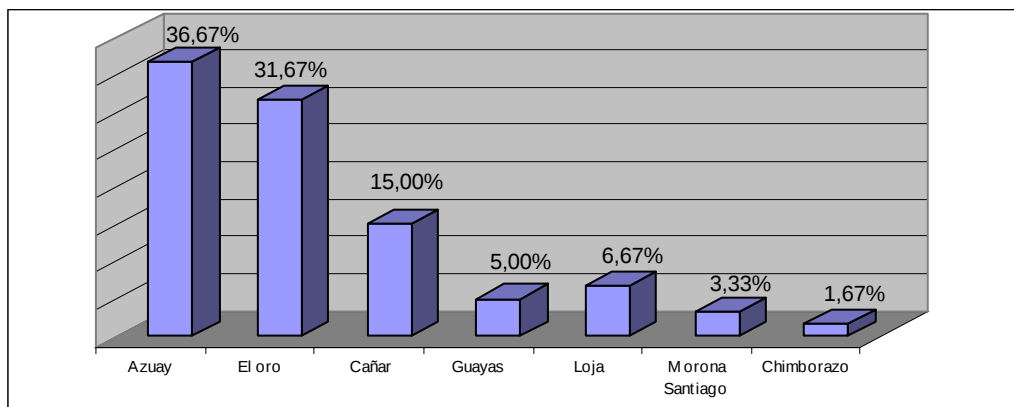
RESIDENCIA	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Azuay	22	36,67
El oro	19	31,67
Cañar	9	15,00
Guayas	3	5,00
Loja	4	6,67
Morona Santiago	2	3,33
Chimborazo	1	1,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 5

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Lugar de Residencia.



El 36.67% de los pacientes residen en la provincia del Azuay, de la provincia del Oro acuden en un 31,67%, lo que refleja la importancia que tiene esta Institución a nivel nacional, puesto que convoca a pacientes de otras provincias que cuentan con servicios de salud similares.

Además podemos ver que los pacientes que no son de la provincia del Azuay son más del 60% y no solo enfrentan una enfermedad grave, sino también la dificultad de encontrarse lejos de su hogar y su familia.

Cuadro # 6

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según ubicación de su residencia en Cuenca.

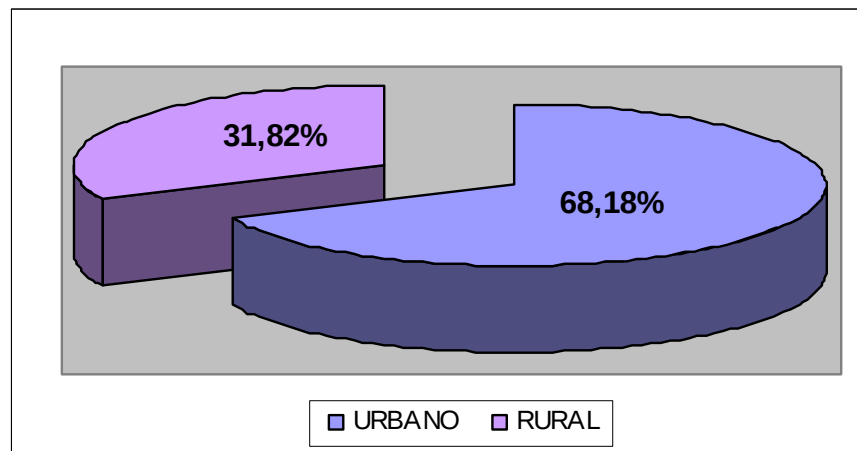
RESIDENCIA EN CUENCA	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
URBANO	15	68,18
RURAL	7	31,82
TOTAL	22	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 6

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según ubicación de su residencia en Cuenca.



De los pacientes residentes en la provincia del Azuay, el 68,18% residen en la ciudad de Cuenca y el 3,82% en las afueras de la ciudad.

Cuadro # 7

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Grado de Instrucción.

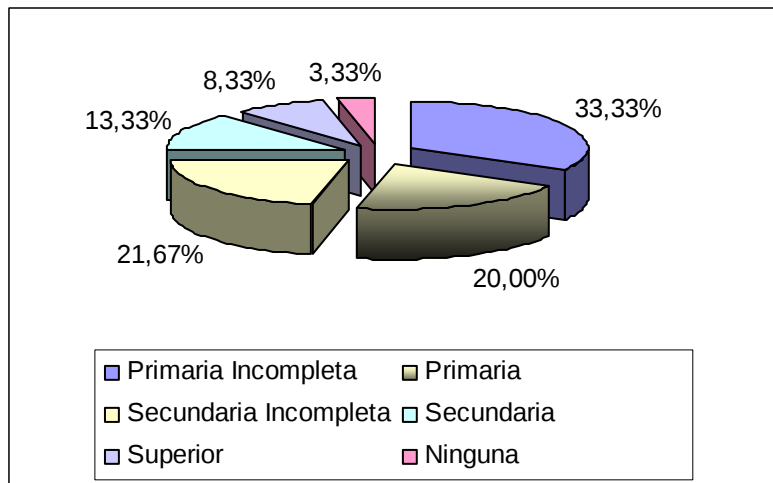
INSTRUCCION	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Primaria Incompleta	20	33,33
Primaria	12	20,00
Secundaria Incompleta	13	21,67
Secundaria	8	13,33
Superior	5	8,33
Ninguna	2	3,33
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 7

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Grado de Instrucción.



El 33,33% de los pacientes no terminaron la escuela, el 20% terminaron solamente la primaria, el 21,67% no culminaron la secundaria y el 3,33% no tienen ningún tipo de instrucción, lo que totaliza un 78,33 % de bajo nivel de instrucción, se aprecia que solo el 13,33% terminaron la secundaria y apenas 8,33% tienen instrucción superior, esto demuestra el nivel de instrucción de los pacientes, donde la psicoeducación puede ser más compleja y la conciencia de la enfermedad más baja lo que genera mayor dificultad en la adhesión a los tratamientos.

Cuadro # 8

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Ocupación.

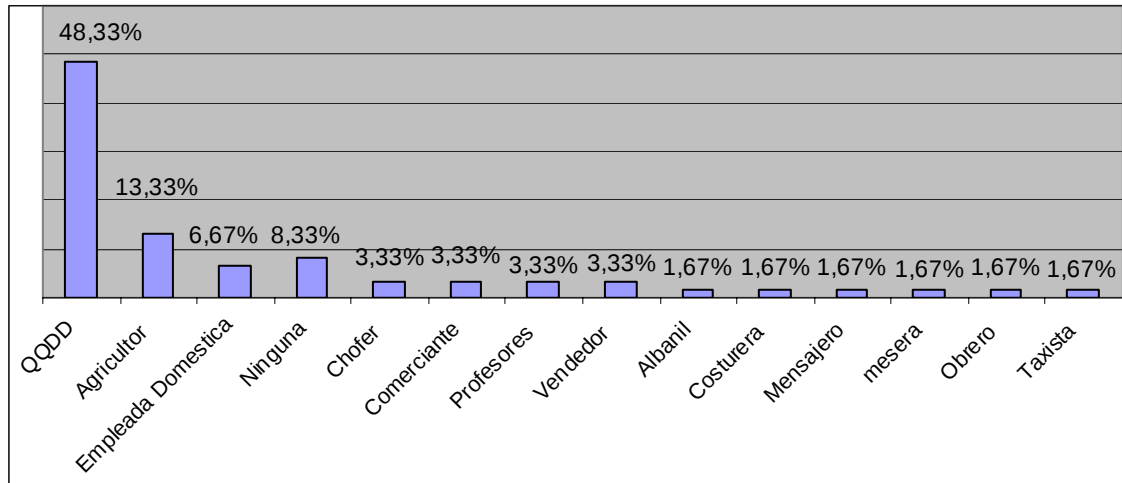
OCUPACION	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
QQDD	29	48,33
Agricultor	8	13,33
Empleada Doméstica	4	6,67
Ninguna	5	8,33
Chofer	2	3,33
Comerciante	2	3,33
Profesores	2	3,33
Vendedor	2	3,33
Albañil	1	1,67
Costurera	1	1,67
Mensajero	1	1,67
mesera	1	1,67
Obrero	1	1,67
Taxista	1	1,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 8

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según ocupación.



Este cuadro muestra que la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio no son profesionales, apenas el 3,33% son profesores, lo que muestra que son personas que por su ocupación perciben bajos ingresos o ninguno.

Cuadro # 9

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Número de hijos.

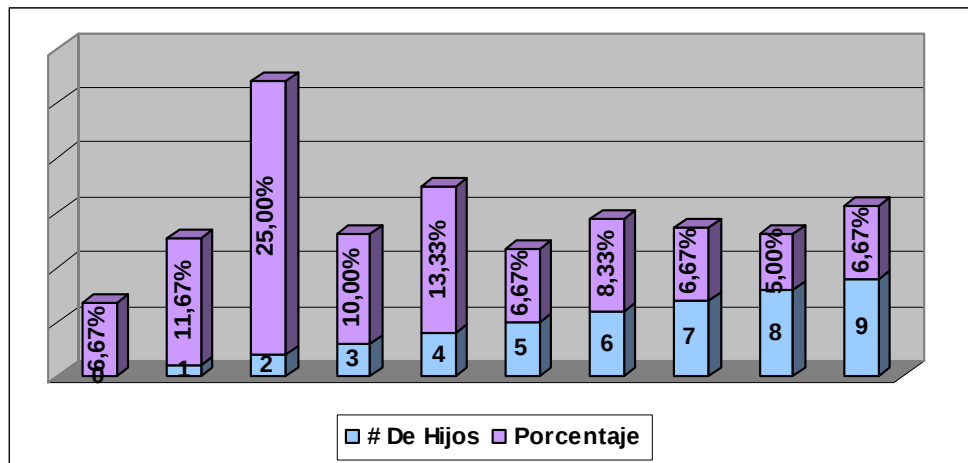
No. de HIJOS	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
0	4	6,67
1	7	11,67
2	15	25,00
3	6	10,00
4	8	13,33
5	4	6,67
6	5	8,33
7	4	6,67
8	3	5,00
9	4	6,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 9

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Número de hijos.



De los pacientes de la muestra el 25% tienen 2 hijos. Sin embargo existen porcentajes importantes de pacientes que tienen entre 5 y 9 hijos lo que demuestra que en la mayoría de casos existen dificultades económicas debido a que pertenecen a familias extensas y que al enfrentarse a la enfermedad y al costo del tratamiento al mismo tiempo, sea por la situación económica como por la separación de sus hijos por la hospitalización significa a los pacientes grandes conflictos.

Cuadro # 10

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Diagnóstico.

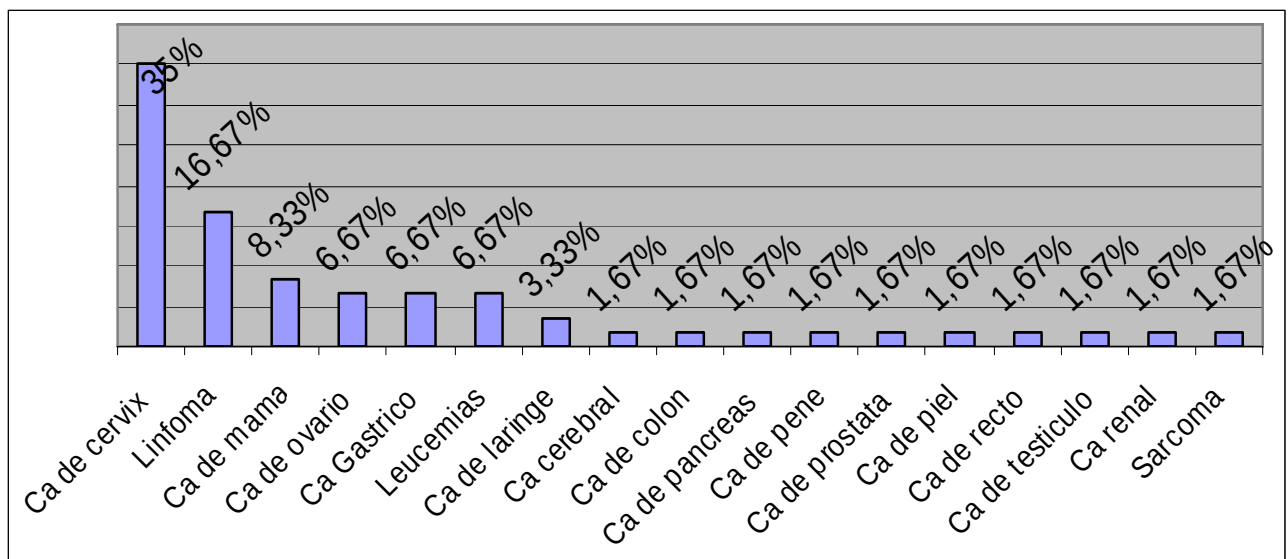
DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Ca de cérvix	21	35
Linfoma	10	16,67
Ca de mama	5	8,33
Ca de ovario	4	6,67
Ca Gástrico	4	6,67
Leucemias	4	6,67
Ca de laringe	2	3,33
Ca cerebral	1	1,67
Ca de colon	1	1,67
Ca de páncreas	1	1,67
Ca de pene	1	1,67
Ca de próstata	1	1,67
Ca de piel	1	1,67
Ca de recto	1	1,67
Ca de testículo	1	1,67
Ca renal	1	1,67
Sarcoma	1	1,67
TOTAL	60	100

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 10

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Diagnóstico.



Al tener una muestra donde predominan las mujeres es evidente que los diagnósticos que prevalezcan sean femeninos. Así tenemos un 35% de cánceres de cuello uterino, cánceres de mama en un 8,33%, de ovario en un 6,67% y por otro lado los tumores que enfrenta el sexo masculino en un porcentaje menor, así el cáncer de próstata se presenta en una 1,67% al igual que el de testículo y el de pene.

Por otra parte, es importante resaltar la incidencia de los linfomas en un 16,67% y del cáncer gástrico en un 6,67%.

Cuadro # 11

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según principales Preocupaciones.

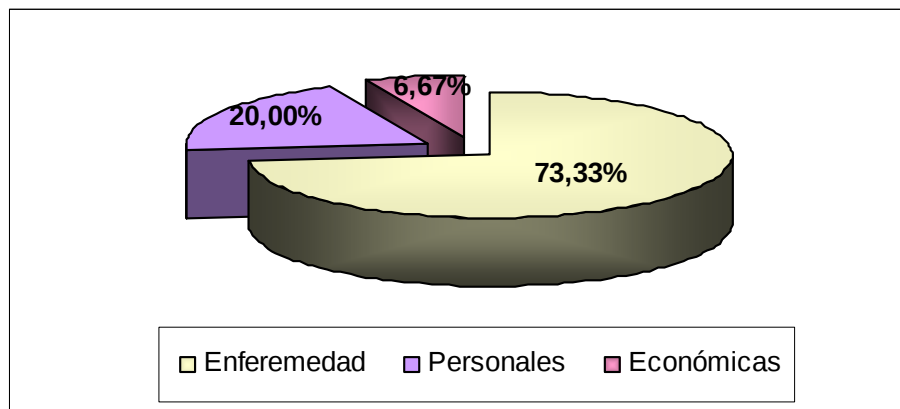
PREOCUPACIONES	No. de PACIENTES	PORCENTAJE %
Enfermedad	44	73,33
Personales	12	20,00
Económicas	4	6,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 11

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según principales Preocupaciones.



Este cuadro es muy importante, pues si bien era evidente que las preocupaciones de mayor alcance son las relacionadas con la enfermedad, vemos que existe un porcentaje importante que dejan a un lado la enfermedad y tienen preocupaciones de mayor importancia a la que se les ha denominado de tipo personal, en las que se incluyen problemas familiares, maltratos, divorcios, abandonos, etc., estos pacientes continúan la terapia la misma que va más allá de la psicoeducación y la asesoría.

Cuadro # 12

Distribución de 9 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final, ubicados en el rango de 10 a 20

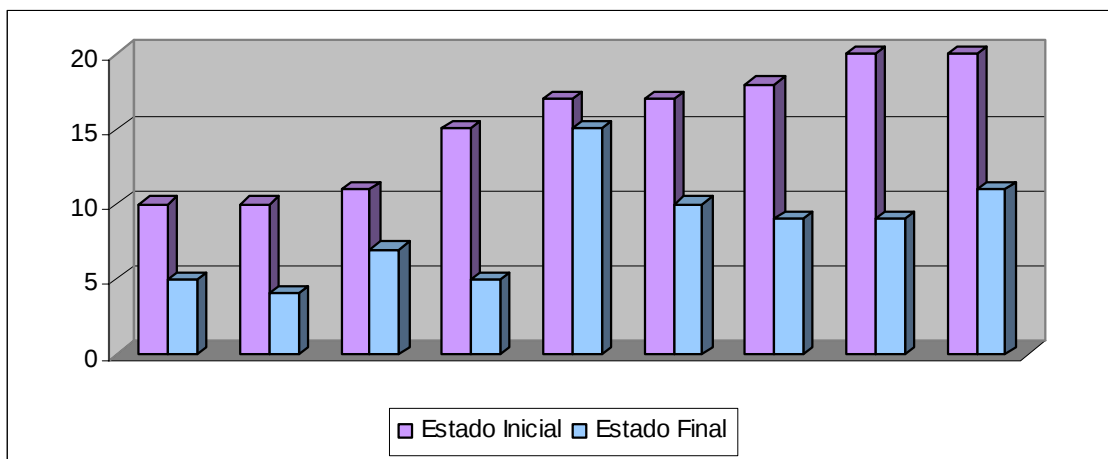
Rango	Estado Inicial	Estado Final	% de Disminución	Promedio de Disminución
10-20	10	5	50%	46%
	10	4	60%	
	11	7	36%	
	15	5	67%	
	17	15	12%	
	17	10	41%	
	18	9	50%	
	20	9	55%	
	20	11	45%	

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 12

Distribución de 9 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final ubicados en el rango de 10 a 20.



Se puede apreciar que los pacientes que ingresan con ansiedad de estado en rango de 10 a 20 muestran una muy importante disminución de ansiedad luego de recibir psicoeducación.

Cuadro # 13

Distribución de 40 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final ubicados en el rango de 21 a 40

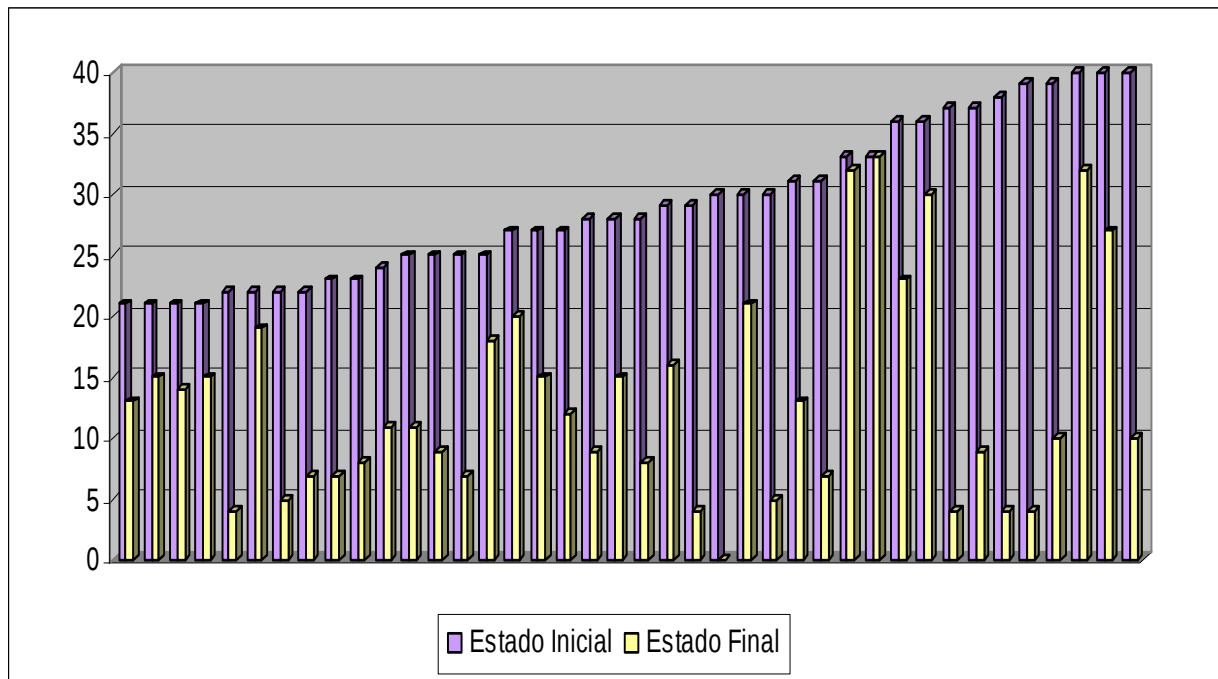
Rango	Estado Inicial	Estado Final	% de Disminución	Promedio de Disminución
21-40	21	13	38%	54%
	21	15	29%	
	21	14	33%	
	21	15	29%	
	22	4	82%	
	22	19	14%	
	22	5	77%	
	22	7	68%	
	23	7	70%	
	23	8	65%	
	24	11	54%	
	25	11	56%	
	25	9	64%	
	25	7	72%	
	25	18	28%	
	27	20	26%	
	27	15	44%	
	27	12	56%	
	28	9	68%	
	28	15	46%	
	28	8	71%	
	29	16	45%	
	29	4	86%	
	30	0	100%	
	30	21	30%	
	30	5	83%	
	31	13	58%	
	31	7	77%	
	33	32	3%	
	33	33	0%	
	36	23	36%	
	36	30	17%	
	37	4	89%	
	37	9	76%	
	38	4	89%	
	39	4	90%	
	39	10	74%	
	40	32	20%	
	40	27	33%	
	40	10	75%	

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 13

Distribución de 40 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final ubicados en el rango de 21 a 40



Los pacientes que ingresan con ansiedad de estado ubicados en el rango de 21 a 40 también manifiestan una importante disminución de ansiedad, sin embargo en algunos casos la disminución es menos significativa que en otros, debido a algunos pacientes tienen una mayor tendencia a desarrollar ansiedad (ansiedad de rasgo) por lo que la ansiedad que presentan en el momento de la evaluación (ansiedad de estado) disminuye en menor proporción.

Cuadro # 14

Distribución de 11 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final ubicados en el rango de 41 a 60.

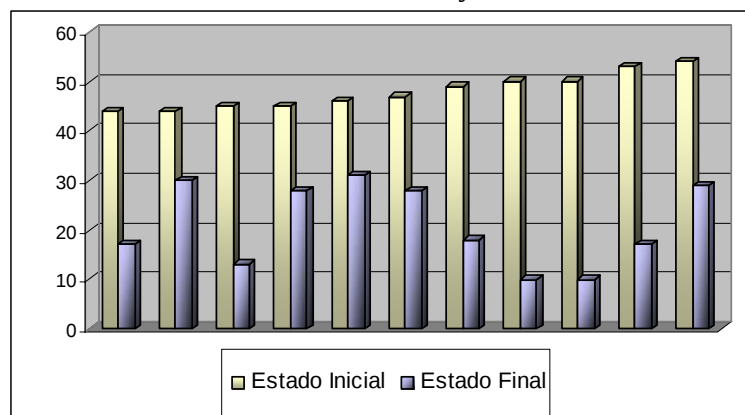
Rango	Estado Inicial	Estado Final	% de Disminución	Promedio de Disminución
41-60	44	17	61%	56%
	44	30	32%	
	45	13	71%	
	45	28	38%	
	46	31	33%	
	47	28	40%	
	49	18	63%	
	50	10	80%	
	50	10	80%	
	53	17	68%	
	54	29	46%	

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 14

Distribución de 11 pacientes de un total de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Nivel de Ansiedad de estado inicial y final ubicados en el rango de 41 a 60



En los pacientes que ingresan con ansiedad de estado en el rango comprendido entre 41 a 60 muestran también disminución de ansiedad, aún cuando existe una mínima diferencia con los rangos menores de estado inicial lo que comprueba la eficacia de la psicoeducación en este tipo de pacientes.

Cuadro # 15

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según el Promedio de Disminución de Ansiedad

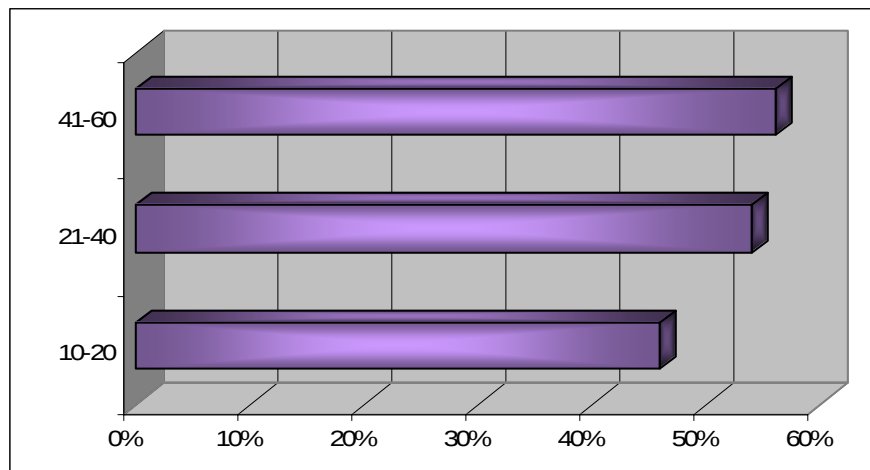
Rango	Promedio de disminución
10-20	46%
21-40	54%
41-60	56%

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 15

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Promedio de Disminución de Ansiedad de Estado Inicial y Final



En este cuadro podemos apreciar que mientras menor es la ansiedad de estado con la cual los pacientes ingresan al hospital más representativa es la disminución de la ansiedad, así los pacientes que ingresan con ansiedad cuyo rango oscila entre 10 y 20 muestran una disminución de ansiedad promedio del 54% y en caso del rango de 41 a 60 alcanza el 44% de disminución de ansiedad, siendo igualmente significativo, lo que determina la eficacia de la Psicoeducación en el tratamiento de la Ansiedad en pacientes con cáncer.

Cuadro # 16

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Variación entre Ansiedad de Rasgo Estado Inicial y Final.

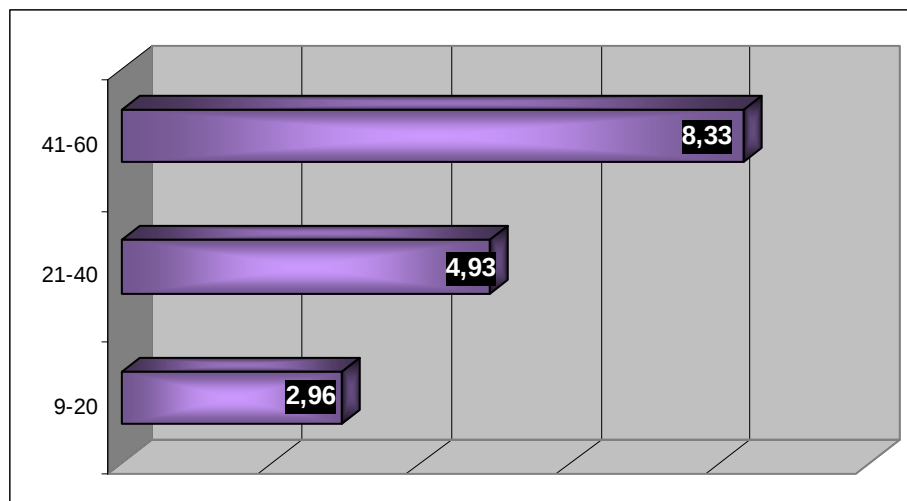
Rango	Variación
9-20	2.96
21-40	4.93
41-60	8.33

Fuente: Ficha FIEPS

Elaboración: La investigadora

Grafico # 16

Distribución de 60 pacientes hospitalizados en SOLCA Cuenca según Variación entre Ansiedad de Rasgo Estado Inicial y Final.



Por otro lado, y como era de esperarse, vemos que la ansiedad de rasgo que es la tendencia individual a desarrollar ansiedad, no varía luego de la aplicación de la psicoeducación, las variaciones expresadas por puntos no muestran cambios significativos, es decir, a más alto rango de Ansiedad de Rasgo (mayor tendencia a desarrollar estados de ansiedad) muestran menor variación de estado inicial a estado final de Ansiedad.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Esta tesis se enfoca hacia la aplicación de un Programa de Psicoeducación desde el enfoque del Modelo Integrativo Ecuatoriano, en pacientes con cáncer que presentan ansiedad por hospitalización con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Desde esta perspectiva y con el propósito de determinar la variación de la ansiedad existente en los pacientes que se encuentran hospitalizados efectuó un estudio sobre la base del conocimiento general en la realidad ecuatoriana y la investigación directa en pacientes oncológicos en el hospital de SOLCA Cuenca, concluyendo lo siguiente:

1. El cáncer es una enfermedad cuya incidencia ha ido aumentando a lo largo de los años lo que determina que cada vez más pacientes y por ende más familias deban enfrentar todo lo que implica esta enfermedad.
2. El insuficiente conocimiento de sus causas, consecuencias terapéuticas y la asociación cáncer-muerte configuran una repercusión afectiva y social
3. Vivir con cáncer significa afrontar una serie de cargas físicas, emocionales y espirituales que pueden deteriorar la capacidad de adaptación del enfermo y su familia, con un consecuente deterioro en la calidad de vida.
4. Los pacientes oncológicos pasan por diferentes etapas: negación de la enfermedad, depresión por enfrentar el cáncer y, posteriormente de forma paulatina la aceptación de la enfermedad.
5. La hospitalización genera un sin número de reacciones, dudas y preocupaciones traducidas en ansiedad frente al diagnóstico y más aún si existe desconocimiento

de los procedimientos y del tratamiento que el paciente hospitalizado con cáncer debe asumir, por otra parte, incrementa la ansiedad los efectos secundarios del tratamiento y la tergiversación de la información en general.

6. La ansiedad, independientemente de su grado, puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; por lo tanto, debe evaluarse y tratarse. Las redes de apoyo con las que cuenta el paciente se convierten en un elemento indispensable para el proceso de adaptación.
7. La personalidad del paciente influye directamente en el proceso de aceptación y adaptación a la enfermedad, es decir, la manera como el paciente afronta la enfermedad constituye un factor muy importante para alcanzar su adaptación durante el tratamiento al cual debe someterse.
8. Desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano se propone evaluar al paciente como una unidad integrada donde todas las variables influyen en el proceso de forma recursiva.
9. Las habilidades del terapeuta se convierten en un elemento movilizador, influyente desde la forma de acercamiento al paciente así como en la relación paciente-terapeuta mantenida durante todo el proceso.
10. De la investigación realizada en 60 pacientes hospitalizados tenemos las siguientes conclusiones:
 - a) La mayoría de los pacientes evaluados son mujeres lo que demuestra una mayor incidencia del cáncer en el sexo femenino.
 - b) La mayoría de los pacientes oscilan entre los 40 y 60 años, este dato tiene importancia por la etapa del ciclo vital en la cual afrontan la enfermedad, y por

otra parte, evidencia la edad en la que existe un mayor factor de riesgo de desarrollar la enfermedad.

- c) Los pacientes que cuentan con una pareja estable, que son en mayoría influye positivamente en la calidad de redes de apoyo con que cuenta el paciente para afrontar de mejor manera el diagnóstico y tratamiento del cáncer.´
- d) El nivel de instrucción constituye un factor importante para el proceso de Psicoeducación, el bajo nivel de educación de los pacientes evaluados genera dificultad en su comprensión y frente a la responsabilidad personal sobre el tratamiento.
- e) La situación económica influye en la adhesión al tratamiento pues los bajos ingresos percibidos por los pacientes dificultan el acceso al mismo. De igual forma el número de hijos que oscilan en su mayoría entre 5 y 9 incrementan las dificultades económicas que afectan directamente el sostenimiento del tratamiento.
- f) Si bien la enfermedad constituye la preocupación principal alrededor de la cual giran todos los demás factores influyentes en el paciente oncológico, en algunos pacientes los problemas de tipo económico y familiar son los más angustiantes, lo que evidencia la realidad de múltiples familias ecuatorianas.

11. En cuanto a la evaluación de la ansiedad antes y después de la aplicación del Programa de Psicoeducación, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- a) Los pacientes que ingresan con ansiedad luego del proceso de Psicoeducación muestran una importante disminución en el nivel de ansiedad por tanto la Psicoeducación es efectiva en la disminución de la ansiedad en los pacientes hospitalizados.

- b) Los pacientes con alta tendencia natural a desarrollar ansiedad presentan una disminución en el nivel de ansiedad en el momento de la hospitalización, sin embargo esta disminución es menor que la encontrada en pacientes que tienen menor tendencia a desarrollar ansiedad.
- c) Finalmente, es importante señalar que luego de realizar la investigación, se hace evidente la importancia sobre la información que se pueda brindar a los pacientes mediante un Programa de Psicoeducación, el solo hecho de que el paciente conozca a fondo sobre su enfermedad y los procedimientos a los cuales debe someterse permiten que el nivel de ansiedad disminuya considerablemente y en algunos casos desaparezca definitivamente.

RECOMENDACIONES

Por todo lo expuesto, queda claro que la Psiconcología es una rama poco conocida pero de gran importancia puesto que los pacientes hospitalizados y en especial los pacientes oncológicos requieren de atención psicológica especializada para afrontar la enfermedad y manejar adecuadamente el proceso que implica el tratamiento.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano ha constituido la base fundamental para el desarrollo de este Programa de Psicoeducación orientado a disminuir el nivel de ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados en SOLCA-Cuenca.

Esta propuesta forma parte de la atención integral que promueve, donde todos los aspectos de abordaje y concernientes al paciente son importantes, brindando mejores y mayores opciones de intervención psicoterapéutica que facilita la utilización de variedad de herramientas que promueven una atención oportuna y eficaz a los pacientes oncológicos, por lo que se recomienda difundir el Modelo de Psicoterapia Integrativo y este tipo de Programas de Intervención Psicoterapéutica, ya que aportará directamente en beneficio de seres humanos que viven situaciones de sufrimiento y promoverá una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. BAYES Ramón. **Psicológica del sufrimiento y de la muerte.** Barcelona España. Ediciones Martínez Roca 2005
2. BRENSON LAZAN Gilberto. **Trauma Psicosocial.** Quito Ecuador. 1990
3. BUCETA José Maria. **Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades.** Madrid España. Ediciones pirámide. 1996
4. CAMERON Robert B. **Oncología práctica.** Buenos Aires Argentina. Editorial Médica Panamericana. S.A. 1995.
5. CEVALLOS BARRERA Edwin. **Fundamentos de oncología.** Quito Ecuador. 2000.
6. CEVALLOS BARRERA Edwin. **Fundamentos de radioterapia.** Quito Ecuador. 2005
7. CORSI Jorge. **Psicoterapia Integrativa Multidimencional.** Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós. 2005.
8. DIE TRILL Maria. **Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia.** España. Ades Ediciones. 2000.
9. DIE TRILL Maria. **Psico-oncología.** Madrid España. Ediciones Ades.
10. FERNANDEZ ALVAREZ Y OPAZO. **La integración en psicoterapia.** Barcelona España. Editorial paidós. 2004.

11. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Héctor. **Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia.** Argentina. Editorial Paidós. 2005
12. FLEIXAS Y VILLEGAS. **Constructivismo y psicoterapia.** Editorial Desglée, tercera edición.
13. GALLAR Manuel. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.** Madrid España. Thomson editores cuarta edición.
14. GIACOMOTONE Y MEJIA. **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.** Argentina. Editorial Paidós. 1997.
15. GOODWIN JS, Hunt WC. The effects of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. JAMA. 1987
16. Internacional Union Against cancer (UICC) **Manual de oncología Clínica.** Barcelona España. Ediciones Doyma. 1992
17. **Manual de psiconcología, Nova Sidonia Oncología.** Madrid España. Editor Francisco Gil. 2000.

INTERNET

18. **Evaluación y cuidado de la ansiedad.** José Miguel Latorre. www.ansiedad.htm
19. Ansiedad\centro ima psicoeducacion. Htm
20. www.nationalcancerinstitute.com
21. Mednews.com
22. . Psicologia.com
23. [www. solcacuenca.org.ec](http://www.solcacuenca.org.ec)

**STAI
AUTOEVALUACION**

Apellido y nombre.....Edad.....Sexo.....
 Centro.....Curso.....Estado civil.....
 Otros datos.....Fecha.....

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No emplee demasiado tiempo para cada frase. Conteste con la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	
Mucho		0	1	2	3
1.	Me siento calmado				
2.	Me siento seguro				
3.	Me siento tenso				
4.	Estoy contrariado				
5.	Me siento a gusto				
6.	Me siento alterado				
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8.	Me siento descansado				
9.	Me siento angustiado				
10.	Me siento confortable				
11.	Tengo confianza en mi mismo				
12.	Me siento nervioso				
13.	Estoy desasegado				
14.	Me siento muy atado				
15.	Estoy relajado				
16.	Me siento satisfecho				
17.	Estoy preocupado				
18.	Me siento aturdido				
19.	Me siento alegre				
20.	En este momento me siento bien				

COMPRUEBE SI HA COANTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud generalmente.

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
0	1	2	3

21. Me siento bien
22. Me canso rápidamente
23. Siento ganas de llorar
24. Me gustaría ser tan feliz como otros
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápido
26. Me siento descansado
27. Soy una persona tranquila
28. Veo que las dificultades se amontonan
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
30. Soy feliz
31. Suelo hacer las cosas demasiado seriamente
32. Me falta confianza en mi mismo
33. Me siento seguro
34. No suelo afrontar las crisis o las dificultades
35. Me siento triste
36. Estoy satisfecho
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos
39. Soy una persona estable
40. Cuando pienso en ...

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Clínica.....
 Cirugía.....
 Consulta ex....

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACION PSICOLOGICA FIEPS

DATOS INFORMATIVOS

Fecha.....Psicólogo/a.....
 Nombre
 Edad.....Estado Civil.....
 Lugar y fecha de nacimiento.....
 Residencia..... Dirección.....
 Instrucción.....Ocupación.....# Hijos.....
 Tipo de consulta: Ambulatorio.....
 Hospitalizado.....

Dx Oncológico.

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO FORMAL

DIAGNÓSTICO INFORMAL

CRITERIOS PRONÓSTICOS

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 sintomatología:

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

4. Señalamiento de Técnicas

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (PACIENTE)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (FAMILIA)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (TERAPEUTA)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (INSTITUCIONAL / OTROS)	
Asesoramiento	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
Sintomáticos	Descripción Valoración 1.2.3.4.5
De personalidad	Descripción Valoración 1.2.3.4.5

APLICACIÓN TÉCNICA	
Asesoramiento	Técnica: Psicoeducación
Sintomáticas	Técnica de Relajación
De personalidad	

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO
ASESORAMIENTO
SINTOMÁTICO
DE PERSONALIDAD

	SI	NO	POR QUE?
¿Se cumplió el proceso psicoterapéutico?			
¿Cumplí con las expectativas del paciente?			
¿Las técnicas programadas dieron resultados eficaces?			
¿Hubo necesidad de tratamiento mixto?			
¿El paciente desertó?			

\

ESQUEMA DE TESIS

1.TEMA

PSICOEDUCACION EN PACIENTES CON CANCER SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO QUE PRESENTAN ANSIEDAD POR HOSPITALIZACION EN SOLCA CUENCA

2.RESUMEN

El objetivo principal del presente trabajo, es el de conocer y verificar como la psicoeducación influye directamente en la disminución de la ansiedad de los pacientes oncológicos, en esa virtud, su estudio se realizara en el instituto de SOLCA, en el período de enero a marzo del presente año, mediante la aplicación del test de ansiedad (STAI), a fin de medir los niveles de los pacientes; al momento de la hospitalización; y, luego de la psicoeducación, con el propósito de mejorar su calidad de vida en los períodos de hospitalización.

3.ANTECEDENTES

La hospitalización en si, genera un sin numero de reacciones, de dudas y preocupaciones y aun mas si es en un centro oncológico, en donde la palabra cáncer es un símil de grave enfermedad y de tratamiento desconocido para la gran mayoría de pacientes. Por ello, se justifica y se impone la necesidad de una información adecuada e intervención profesional motivada; así como, la medición de los resultados de la ayuda psicoeducativa durante los procesos ansiosos de los pacientes, quienes durante sus tratamientos, al margen de la relación con su medico especializado en la enfermedad que adolece, requieren de alguien que les escuche, les entienda, y este pendiente de lo que le sucede,

pues para ellos, su caso es algo único en su vida, en su mundo, en donde su Psicólogo se convierta, no solo en su apoyo, sino en su vínculo con su médico y aun con su entorno de amigos y familiares.

El hecho en sí de acudir al instituto de lucha contra el cáncer SOLCA, es ya una situación que genera ansiedad, puesto que la gente acude preocupada desde antes, por la posibilidad de tener un diagnóstico oncológico, entonces si hablamos de ansiedad por el solo hecho de acudir al instituto, podemos imaginar su intensidad ante la confirmación del diagnóstico y ante las diferentes posibilidades de tratamiento.

Los pacientes ya oncológicos pasan por diferentes etapas, desde la negación de la enfermedad, la depresión por enfrentar la enfermedad, todo lo que la palabra cáncer encierra, y, posteriormente y una forma paulatina a una aceptación.

Luego de todo este proceso, los pacientes deben ser hospitalizados para su tratamiento ya sea este quirúrgico, de radioterapia o de quimioterapia, el desconocimiento de estos procedimientos genera ansiedad adicional a la ya existente por el diagnóstico, relacionada especialmente a los efectos secundarios de tratamiento, y a la tergiversación de la información en general.

4.OBJETIVOS

GENERAL

- APLICAR PSICOEDUCACION EN PACIENTES CON CANCER SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO QUE PRESENTAN ANSIEDAD POR HOSPITALIZACION PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

ESPECIFICOS

- MEDIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES NUEVOS HOSPITALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DEL PROCESO DE PSICOEDUCACIÓN.
- APLICAR Y EVALUAR LA PSICOEDUCACION EN PACIENTES CON CANCER, CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR LA ANSIEDAD, ESPECIALMENTE VINCULADA A LA HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO.

5. MARCO TEORICO

Las relaciones entre Psicología y cáncer son antiguas. De forma frecuente se cita a Galeno como antecedente remoto de las mismas. Pero éstas cobran una especial significación en la actualidad debido fundamentalmente, a que los nuevos tratamientos médicos para la resolución de los problemas oncológicos han supuesto la aparición de una serie de efectos secundarios, relacionados más con los aspectos psicológicos del enfermo que con la entidad biológica de la que está siendo tratado.

Por otro lado, el hecho de que los enfermos ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer reaccionasen con ansiedad y depresión, también motivó la necesidad del psicólogo en los servicios de Oncología.

Por tanto, las primeras aportaciones de la Psicología en este campo se dieron ante la necesidad que tienen los propios médicos de que se le facilite tratamiento psicológico a este grupo de pacientes. Paralelamente a ello, la Psicología ha ido modificando sus planteamientos a medida de su evolución como ciencia, repercutiendo, claramente en la Psico-oncología.

En la década de los 60 continúa el interés por la muerte. El enfermo terminal se convierte en protagonista y los principales esfuerzos de la investigación psicológica se centran en entender el proceso por el que pasa el enfermo al saber que va a morir, o bien a intentar ayudarle a tener una "buena muerte". Los médicos, seguían el denominado principio de beneficencia, según el cual se debe evitar hacer daño al enfermo, y estaban convencidos, más por experiencia personal que por conocimiento científico, de que saber el diagnóstico de cáncer podía tener consecuencias graves para la evolución del enfermo.

La década de los 70 fue rica en aportaciones psicológicas. No es ajeno a ello los cambios habidos en la concepción médica del cáncer. Debido a ello la quimioterapia sustituye, cada vez más, a la antigua radioterapia –sin que esto quiera decir que este tipo de tratamiento no se utilice en la actualidad y que aparezcan los efectos secundarios.

La hegemonía lograda por el Conductismo hace que la medicina comportamental entre en acción y aparezcan las primeras terapias Psicológicas para el tratamiento de los enfermos oncológicos, la relajación, la desensibilización sistemática e incluso la hipnoterapia van a aplicarse, con cierto éxito, para el tratamiento de las náuseas y vómitos anticipatorios.

El enfermo con cáncer empieza a ser un paciente potencialmente curable. Para ello debe someterse a unos tratamientos que conllevan unos efectos secundarios desagradables, por lo que es necesaria su colaboración y adherencia al tratamiento. Para ello debe tener información acerca de su enfermedad, su pronóstico y su tratamiento.

Con este antecedente no es raro que aparezca en 1.977 en EE.UU. la "Ley de los Derechos de los enfermos", donde el consentimiento informado para ser sometido a cualquier tipo de tratamiento médico se convierte en requisito obligado.

En la década de los 90, se presenta una nueva área de investigación: la psiconeuroinmunología. El descubrimiento de que el sistema inmune puede ser modificado por condicionamiento, el hecho de que se haya comprobado empíricamente que tanto la "Depresión" como la "Evitación Cognitiva" disminuyen la actividad de las células Natural Killer (NK), la comprobación de que las personas con un apoyo social de calidad tengan una mayor actividad de las NK, y una serie de hechos similares, llevan a pensar en el tipo de conexiones que se establecen entre factores psicológicos, biológicos y sociales para considerar al cáncer una enfermedad auténticamente BIO-PSICO-SOCIAL.

A principios de este siglo el cáncer era visto por la población como una enfermedad para la que no había curación lo cual generaba una actitud pesimista.

El cáncer ha sido y es una enfermedad tabú, probablemente la más temida en la sociedad actual. El insuficiente conocimiento de sus causas, de sus consecuencias terapéuticas y la asociación cáncer-muerte configuran la repercusión social de esta enfermedad.

Vivir con cáncer significa afrontar una serie de cargas físicas, emocionales y espirituales que pueden deteriorar la capacidad de adaptación del enfermo y su familia, con posterior aparición de trastornos emocionales (insomnio, estrés, ansiedad, depresión, etc.) con un consecuente deterioro en el cumplimiento de los tratamientos y en la calidad de vida. Por ello es necesario tener en cuenta que el paciente oncológico es un sobreviviente desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida, este sobrevivir diario no solo es una situación individual, sino también una vivencia familiar compartida intimadamente.

Para los pacientes diagnosticados de esta enfermedad, la palabra cáncer les resulta aterradora, razón por la cual requieren; fortaleza, valor, y determinación para enfrentar a los peores temores, angustias, miedos y ansiedades que provoca el diagnóstico y seguir adelante en la lucha por vivir cada día.

Ante esta verdad, es de suma importancia tener en cuenta: que siente el paciente diagnosticado de cáncer; sus miedos, angustias, desesperanzas, temores y ansiedades; Sus preguntas; ¿qué me va a pasar? ¿Voy a morir? ¿Qué debo hacer?; Todas estas ideas nos evidencian que estos pacientes en especial requieren comunicación, esto es, dejar saber a alguien claramente lo que le está pasando y sintiendo, pues muchas de sus dudas al no ser clarificadas se traducen en situaciones de ansiedad que manifiestan en los diversos momentos de las pruebas de detección del cáncer, o en su diagnóstico, o tratamiento.

La ansiedad, independientemente de su grado, puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; por lo tanto, debe evaluarse y tratarse.

El impacto del diagnóstico de cáncer y la hospitalización de por sí, generan un elevado índice de ansiedad en los pacientes, el mismo que se incrementa si van a ser sometidos a una serie de técnicas y procedimientos, así como por las expectativas con respecto a los cuidados, tratamiento e intervenciones a las que pueden o suponen que van a ser sometidos.

La hospitalización da un cambio en el paciente, tanto en su vida diaria como en sus actividades; supone una situación de crisis, por lo que actualmente se tiende a internarlo sólo si es imprescindible y el menor tiempo posible. En muchos casos se intenta continuar el tratamiento en el domicilio del paciente, al respecto según Rachman y Phillips y por Volicer y Bohanon (1975); Las experiencias que mayor ansiedad producen son las relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre ésta.

•*Psicoeducación desde el enfoque integrativo*

A lo largo de los años se han desarrollado diferentes teorías y abordado múltiples conflictos ya sea enfocándose en su infancia, en su conducta, en el sistema. Esto ha permitido que la psicoterapia evolucione y encuentre cada vez más herramientas de análisis ante distintas situaciones. Estos procesos han permitido su enriquecimiento gracias a los diferentes estudios y técnicas de cada una de los enfoques que lamentablemente han estado encerrados dentro de una sola corriente con todo lo positivo y negativo que esto implica y dejando de lado otros aportes que podrían proporcionar otras vertientes. Sin embargo, en la práctica se utilizaban técnicas y procedimientos de diferentes corrientes, con lo que se cayó en un claro eclecticismo que se ha desarrollado justamente por la necesidad de herramientas más acordes a la realidad del paciente y por que la experiencia de otras teorías en determinados trastornos que han demostrado ser eficientes, razón por la cual a lo largo de los años los terapeutas han practicado este principio de manera espontánea.

Esta postura ecléctica ha permitido que la psicoterapia evolucione al nivel actual que se conoce como movimiento integrador, que busca un desarrollo y una maduración psicoterapéutica con miras a constituir un marco de dialogo entre las diferentes corrientes con el fin de lograr una cooperación entre las mismas. (Opazo y Fernández Álvarez. 2004, Pág. 34).

El modelo integrativo ha pasado por dos momentos sucesivos importantes que corresponden a la evolución de la revolución cognitiva contemporánea.

El primero, corresponde al paradigma del procesamiento de información según el cual la conducta humana puede ser analizada como la actividad de un organismo procesador de información lo que constituye un requisito básico de adaptación. (Fernández Álvarez 2005, Pág. 80)

El segundo, surge como resultado de la comparación entre el procesamiento de información de las computadoras y de la mente humana, pues existen diferencias peculiares que se pone de manifiesto gracias al surgimiento de disciplinas como la informática y la cibernética. Estas diferencias radican básicamente en la capacidad retroactiva del procesamiento y del carácter constructivo de las experiencias por lo que los parámetros del paradigma del procesamiento de informaron resulta limitado. El enfoque cognitivo social entonces se caracteriza por considerar al ser humano un constructor de su propia realidad, el sujeto vuelve a ser parte central y mediador de la experiencia. (Fernández Álvarez 2005, Pág. 99) En consecuencia en la segunda revolución cognitiva, el sujeto ya no es solo un procesador como la computadora sino que construye su propia información.

Dentro del modelo integrativo como tal, hablamos de un constructivismo relativo donde la realidad existe aunque no podamos tener un conocimiento cabal de ella. Es por esto que el enfoque constructivista aporta definitivamente en la elaboración del modelo integrativo el cual nos permite rescatar las posibilidades del paradigma del procesamiento de información combinándolo con la búsqueda del ser humano por lograr una identidad personal, individual y colectiva.

6. HIPOTESIS

LA PSICOEDUCACION EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS PRODUCIRA UNA DISMINUCION EN SU ANSIEDAD.

7. METODOS Y TECNICAS

METODO

Descriptivo. Se evaluara ansiedad a los pacientes al momento de su internación y posteriormente se realizara el proceso psicoeducativo respectivo en función a su tratamiento específico a seguir y previa al alta se realizara una nueva evaluación de ansiedad con el mismo reactivo con el fin de comparar resultados

TECNICAS

- Técnicas de psicoeducación:
- Revisión bibliográfica
- Evaluación de ansiedad a los pacientes hospitalizados para tratamiento

INSTRUMENTOS

- Historia clínica de cada uno de los pacientes (FIEPS Resumida)
- Test de ansiedad para pacientes hospitalizados: (STAI)

8.UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: pacientes ingresados en el periodo enero a marzo del 2007 hospitalizados con cáncer que sufren ansiedad cuenca

Muestra: pacientes hospitalizados con cáncer atendidos en SOLCA en el período de Enero a Marzo del 2007.

9.ESQUEMA TENTATIVO

- **Introducción**

- ***Capítulo 1: El cáncer***

1.1 La historia natural del cáncer

1.2 Epidemiología y Etiología

1.3 Prevención

1.4 Diagnostico y tratamiento

1.5 Complicaciones y cuidados

1.6 Tipos de cáncer

- ***Capítulo 2: Psiconcología***

2.1 El paciente oncológico: aspectos psicosociales

2.2 Factores psicológicos asociados a localizaciones tumorales específicas

2.3 Factores psicológicos asociados a los diferentes tratamientos oncológicos

2.4 Repercusiones de la enfermedad en el entorno del paciente

2.5 Rehabilitación emocional del enfermo de cáncer en tratamiento

2.6 Transmisión de información medica

2.7 El cáncer ¿una enfermedad psicosomática?

2.8 El equipo multidisciplinario. La formación en psiconcología

2.9 Calidad de vida

2.10 El duelo

2.11 Cultura, creencias y ética en oncología.

- **Capítulo 3: Hospitalización y ansiedad**

- 3.1 La hospitalización

- 3.2 Técnicas de afrontamiento

- 3.3 La adaptación

- 3.3La ansiedad, descripción y etiología

- 3.5 Ciclo de la ansiedad

- 3.6 Perspectivas teóricas

- 3.7 Trastornos de ansiedad

- 3.8 Cuidados y teorías de enfermería y su relación con la ansiedad

- **Capítulo. 4: Modelo Integrativo y psicoeducación**

- 4.1 El modelo integrativo en psicoterapia

- 4.2 Enfoques tradicionales

- 4.3 La psicológica cognitiva y sus etapas

- 4.4 El constructivismo

- 4.5 La psicoeducación

- 4.6 La comunicación con el paciente oncológico

- 4.7 La comunicación con la familia

- 4.8 El trabajo en equipo

- 4.9 Aspectos éticos y espirituales

- **Capítulo 5: Aplicación y Evaluación**

- 5.1 Diagnostico del nivel de ansiedad

- 5.2 Aplicar psicoeducación

- 5.3 Evaluar el resultado

- 5.4 Conclusiones