

Subtitulado por Jnkoil Buenas noches. Es el tiempo de Vida y Salud. Un programa dirigido a quienes se interesen por la salud física y mental, preparado y coordinado por el profesorado del curso de nivelación de ayudantes técnicos sanitarios. Desde anteriores semanas, los aspectos psicosociales del enfermo de cáncer han sido muy importantes para la salud física y mental.

están siendo analizados en este tiempo de vida y salud. Estarán con nosotros en el espacio de hoy Ana Isabel Fontes y Gloria Ruiz para aclarar algunas cuestiones desde el punto de vista psicosocial relacionados con el enfermo de cáncer. Será el profesor de estadística Pedro Rodríguez Miñón del curso de nivelación de ATS y encarnación Nobiles quien entrevistará a nuestros invitados de hoy. Siguiendo con el tema de los aspectos psicosociales del enfermo de cáncer y para tomar el hilo de los programas anteriores voy a señalar que en el primer programa nos referimos a los aspectos emocionales que se producen antes de... de padecer el cáncer.

El segundo programa lo dedicamos a los aspectos emocionales posteriores al diagnóstico y en ese sentido quisiera hacer un pequeño resumen de las conclusiones a las que se llegaron. En primer lugar, que no puede afirmarse de una forma tajante que existan unas predisposiciones psicológicas que antecedan a la enfermedad, pero sin embargo que parece evidente que la enfermedad sí conlleva cambios psicológicos. Y en ese sentido que la psicología juega un papel importante para la adaptación del enfermo a su nueva situación. Respecto a la intervención psicológica, que es el tema que vamos a tratar hoy, esta se puede realizar a tres niveles. El primero es respecto a la situación de asistencia en relación con los profesionales de la salud. El segundo nivel es la intervención en el ámbito familiar. Y el tercer nivel, la intervención que va a dirigir la salud.

directa directamente al paciente. En este sentido, ¿qué problemas se pueden presentar en la comunicación entre el paciente y el médico? Bien, la comunicación médico-paciente, bueno ya se habló en el programa anterior que hay muchos condicionantes dependiendo de la personalidad de cada uno, etc. Hay autores que hablan de este tema y resumen las fuentes de dificultad en los siguientes puntos. En primer lugar, la comunicación dependerá de la actitud del paciente hacia el médico. En segundo lugar, la actitud del médico hacia el paciente, hacia el paciente concreto que tiene delante. Luego, la concepción que tiene el paciente del médico y sus obligaciones, concepción que tiene el médico de su labor profesional, eso puede incidir. Actitud del paciente ante la muerte y concepto de salud. Actitud que tiene el médico ante la muerte y concepto de salud. Actitud del paciente ante la muerte y concepto de salud.

y ha sido una enfermedad. Y por último, fase de la enfermedad en la que tiene lugar el encuentro entre el médico y el paciente. Es muy diferente la relación que se establece, incluso los niveles de ansiedad que hay, si esa enfermedad se ha cogido a tiempo, se ha cogido en el inicio, con lo cual el pronóstico puede ser muy bueno, o si se ha cogido cuando hay pocas soluciones. Entonces las relaciones son tremendamente diferentes en esos dos casos. De todo esto es importante resaltar dos puntos. Uno con respecto a la familia y al paciente, la fuente de dificultad de la relación, que dependen de ellos. Y es que muchas veces su angustia ante la enfermedad y los mecanismos de negación que esto conlleva, hace que distorsionen la información que les da el médico. De manera que para el médico

es muy difícil hacerse entender, y es muy difícil llegar a una relación adecuada con el paciente y con la familia. Tienen que repetir las cosas muchas veces.

Y pueden no saber cómo decirlo porque es que se niegan a entenderlo o distorsionan continuamente. Y luego es importante la elaboración que tenga el médico acerca de la muerte de la enfermedad. Porque si un médico siente mucha angustia ante su propia muerte, por ejemplo, si no es capaz de enfrentarse o si la enfermedad le causa mucha angustia, por supuesto puede tener los mismos miedos que tiene el resto de la gente y no haber superado la angustia al cáncer. Y más si las personas que lo están viviendo puede elevar ese nivel de ansiedad. Entonces, esto puede hacer que se distorsione la relación. Es decir, que el médico se distancie del enfermo, que adopte una actitud rígida hacia él, que se refugie en tecnicismos, dice las cosas pero no las explica, las dice en unos términos que no es fácil que se le entienda, pero eso le causa menos angustia que explicarlo claramente.

Entonces la comunicación muchas veces por estos motivos es pobre y distante con el paciente, lo cual puede producir en el paciente un aumento de la ansiedad y que realmente no pueda descargar sus dudas o no sea accesible el médico para preguntarle. Un punto que me parece importante relacionado con la comunicación paciente-médico es si es conveniente que el médico le diga al paciente que tiene cáncer. ¿Qué experiencia tenéis en ese sentido? Bueno, pues al respecto es un tema de lo más polémico, ¿no? Desde siempre. En otras sociedades se tiende a decir al enfermo que tiene cáncer, pero esto no se puede generalizar. Nosotros somos como somos, ¿no? Entonces, pues generalmente el... El médico es reacio a darle información al paciente o hablarle de cáncer, ¿no? De todas maneras, por las polémicas que ha habido y tal, o sea, un último libro que ha salido de Valles...

hace un poco un resumen de esto y dice que ahora mismo ya no es tan importante el decir, si dices la información o no la dices, si tienes cáncer o no lo tienes, sino cómo decirlo, que es lo importante. Entonces, la cuestión aquí es que hay que adecuarse al enfermo. Entonces nosotros consideramos que hay que dar información, sí, pero no hay que dar toda la información y a gente que no la necesita, porque es que si te encuentras con una persona muy mayor, con mecanismos fóbicos, es que no le interesa saber que tiene un cáncer y que está muy contenta sabiendo que tiene una artrosis, ¿para qué le vas a decir tú que tiene un cáncer? O sea, no le ayudan en absoluto. Entonces la cuestión aquí es, y nosotros hemos hecho una serie de características en las que consideramos que se debe dar el diagnóstico, que son dependiendo de la estructura de personalidad del sujeto, del momento psicológico en que se encuentre, de la fase evolutiva de la enfermedad y de sus condiciones sociofamiliares. Entonces esto va a incidir en qué. Que se le dé una información más completa o más detallada en vez de...

de hablar a lo mejor de tumor, hablar exactamente de cáncer y todas las repercusiones del pronóstico y demás. Entonces esto es fundamental a la hora de decisión al paciente. De todas maneras, la observación que hemos hecho, la muestra nuestra es mucho con gente muy mayor. Entonces los médicos son un poco reacios a dar la información, porque ya son enfermos con una evolución muy amplia, muchos terminales, y el médico considera que tampoco le soluciona mucho con hablarle de cáncer. Porque si le explica exactamente las connotaciones que tiene su enfermedad y las repercusiones que tiene. Sin embargo, se ha visto que en gente joven lo encaja muy bien y son partidarios de dar a gente joven, o gente

con linfomas que son con un pronóstico mejor, o cáncer de la linge que tienen una evolución también mejor. Son más partidarios de darle información a esos enfermos que a enfermos ya con una evolución amplia. De todas maneras, es una cosa curiosa que a observar también depende de la información que da el médico, del tipo de paciente que tiene.

gente que está tratando. Y también de todo lo que ha dicho anteriormente Anabel, de la elaboración que tenga de la muerte y de todo eso. Pero es curioso que, por ejemplo, que a gente, médicos jóvenes, con una idea de muerte bien elaborada y bien enfrentada a la situación, pues son más partidarios de dar la información que gente ya más mayor y que están tratando a lo mejor enfermos terminales. Entonces también hay que ponerse un poco en la postura del médico. Muchas veces los médicos preguntan, sí, pero ¿cáncer sí o cáncer no? En cualquier caso, la decisión de comunicarle al paciente si tiene cáncer o no, la toma el médico o vosotros los intervenís de alguna forma. No, no, la toma siempre es la última voluntad del médico. Es decir, tú le puedes decir al médico que esa persona intuye que tiene un cáncer, que necesita que se lo diga, porque le puede hacer mucha más angustia no saberlo y no saberse a qué tener. Y tú le puedes asesorar. ¿Qué es lo que se puede hacer? ¿Qué es lo que se puede hacer? ¿Qué es lo que se puede hacer? ¿Qué es lo que se puede hacer? ¿Qué es lo que se puede hacer? ¿Qué es lo que se puede hacer? O sea, luego el que decide es él, porque es él el que establece la reacción. O sea, él le...

El enfermo del cáncer no es un enfermo patológico, psicológicamente enfermo, es un enfermo que tiene una enfermedad orgánica. Entonces es el médico el que se tiene que acercar a él. O sea, lo que nosotros hacemos es facilitar la comunicación entre ellos. Pero en ningún momento sustituir la labor del médico. Bueno, centrándonos ahora en el segundo nivel de intervención psicológica, esto es intervenir en la familia. ¿Cuáles son las relaciones que se observan en la familia y cómo cambian estas ante el hecho de tener un familiar diagnosticado de cáncer? Pues mira, lo que hemos observado en las familias es que tres tipos de comportamientos. Ya hemos dicho antes que siempre el padecer un miembro de la familia cáncer es un impacto emocional, tanto para el paciente como para toda la familia, porque trasloca todo. O sea, la vida familiar. Y todo, ¿no? Entonces se han visto tres tipos de comportamientos, ¿no? Que no son ninguno de los tres positivos.

Uno, en el que la familia se vuelca absolutamente con el paciente, con lo cual lo inutiliza. O sea, estas enfermedades muchas veces van evolucionando progresivamente a mal, a tener más déficit. Es decir, un cáncer puede aparecer en mamá, pero llega un momento que pasa a los huesos, con lo cual te va imposibilitando moverte. A lo mejor empiezas a no poder mover las piernas, luego los brazos. Entonces la familia tiende a hacerle todo al paciente. Esto es completamente negativo. O sea, al paciente hay que dejarle que haga todo lo que pueda y estimularle a que lo haga, aunque le cueste. O sea, ya llegar a él a no poderse mover. O sea, que tienes que ayudarlo cuando lo necesite, pero no sobreprotegerlo. Y esto es lo que hace mucha gente. Y bueno, facilitan la dependencia en el enfermo, la inutilidad, la inseguridad y la regresión. Con lo cual se convierte como niños. Y están esperando que todo el mundo baile a su alrededor, cosa que no es nada positiva para ellos. Si tienen una actitud positiva y activa ante su enfermedad, o sea, es que van a poder... ..

a lo mejor el tiempo de vida y por lo menos que su enfermedad sea mejor o como la vivan ellos. Otro tipo que hay es lo que hemos comentado también en el otro y es que hay un problema de comunicación y generalmente la familia siempre está informada de lo que tiene

el enfermo, pero al enfermo no se le informa. Pues muchas veces la familia no sabe actuar, entonces se vuelcan con el paciente porque piensa que se va a morir o porque está mal o por tal y sin embargo le dicen que no tiene nada. Entonces no hay que ser muy listo para darte cuenta que hay una disonancia ahí entre lo que te están diciendo a ti que no tienes nada y sin embargo está todo el mundo pendiente de ti. Entonces eso puede generar, o sea, dificultar las relaciones y puede generar una agresividad por parte del paciente y sobre todo desconfianza con respecto a los que le rodean, o sea, porque no le están diciendo la verdad o porque no se fía de lo que le dicen. Y otra tercera relación que hay es generalmente pues el... El cáncer siempre tiene connotación...

de tabú, de aversión, de castración, de muchas cosas. Entonces, evidentemente, muchas veces en el cáncer interviene la cirugía, interviene, o sea, ahí hay que cortar zonas, con lo cual a lo mejor la presencia del paciente puede ser de lo más agradable. Todo es cuestión de acostumbrarse, pero puede producir reacciones de aversión en los familiares. Entonces, los familiares pueden llegar a no poder superar esta reacción, entonces generan un distanciamiento y una frialdad, que claro, que el paciente lo vive como rechazo. Que lo pueden entender, pero que lo vive como rechazo. O sea, es comprensible que una persona, un enfermo de cáncer, con un cáncer determinado, huele muy mal y es que la gente se eche para atrás. Pero el enfermo lo vive, pues, como que la rechazan. Aunque luego hablaremos más específicamente sobre el tratamiento en familia, por lo general, ¿las familias aceptan este tipo de orientaciones? Sí, a la familia está tremendamente angustiada, muchas veces no sabe qué hacer.

y muchas veces lo que hace es inadecuado, ¿no? Y muchas veces lo que hacemos es fundamentalmente hablar con ellos, que también se hace un poco terapia, con lo cual se desangustia, les das una serie de pautas y sobre todo le ayudas a acercarse adecuadamente al paciente. Bueno, ya entrando en el tratamiento individualizado, ¿nos puedes contar un poco qué tipo de intervención lleváis a cabo a este nivel? Bien, aparte de lo que ya se ha mencionado, las intervenciones que se llevan a cabo con los médicos y con todo el equipo que atiende a esos enfermos, y por otra parte el asesoramiento familiar, que se hace muchas veces, aparte de eso, con los pacientes concretamente se hacen diferentes terapias, parece ser que las más útiles o las más estudiadas son las siguientes. Terapia de apoyo y estrategias cognitivas, terapia de grupos, terapias ocupacionales, y técnicas de relajación, que ya se hacen caminadas, bueno pues, disminuir la ansiedad, enfrentar a la enfermedad.

enfermedad, aceptar tratamientos, etcétera, etcétera. Y bueno, si te parece, podemos ver un poco en qué consisten los objetivos de cada una de ellas. Por ejemplo, respecto a la terapia de apoyo, ¿qué finalidad tiene? Pues mira, empezamos a hacer terapia de apoyo fundamentalmente porque uno de los factores que hay, que bueno, que ya habéis visto en los datos, es que lo que más se repite en la mayoría de los enfermos es ansiedad y depresión. Entonces la terapia de apoyo está encaminada a canalizar y disminuir los componentes ansiosos o depresivos mediante el refuerzo del paciente. Entonces también simultáneamente, o sea, estamos utilizando en casos concretos ante situaciones de emergencia, pues de que a una persona por un tratamiento específico no se puede mover o ante una intervención rápida de cirugía que tiene que estar preparado para ello. Pues en cierta forma les...

Entrenamos en pequeñas estrategias cognitivas de control de pensamiento, de cambio de pensamiento, de relajación, de maneras que ellos mismos puedan controlar su ansiedad y depresión. Esto se ha visto que es bastante positivo porque le permite al enfermo un control sobre su propio cuerpo y sobre su enfermedad, con lo cual lo reciben bastante bien. En principio se quedan muy sorprendidos, pero luego les da mucha más seguridad. Es decir, ellos son capaces de hacer algo para controlar su enfermedad. Y respecto a las terapias de grupo, ¿qué sentido tiene en concreto en este tipo de pacientes? Bueno, las terapias de grupo se piensa normalmente en ellas porque la relación de los pacientes entre sí, aunque es casi la relación que tiene más frecuente el paciente en el hospital, pues muchas veces se refiere solamente a quejas. Se quejan unos a otros de lo mal que están y de lo que le ha pasado a fulanito.

Entonces, si se hacen grupos y se fomenta la comunicación, pero no a nivel de quejas, sino a nivel de que el paciente salga un poco de sí mismo, de su aislamiento, exprese cómo se siente y exprese qué estrategias utiliza para enfrentarse a su situación, para tratar de luchar o defenderse de la seriedad, etc. Esta comunicación puede ser muy positiva y ayudarse unos a otros. Aparte de salir del aislamiento, siempre es muy bueno hablar de la enfermedad, pero con fines positivos. Es decir, hablar de las estrategias o de cómo se siente a uno puede ayudar al otro a aprender lo que hace esa persona o a ver su problema reflejado en los demás, lo cual siempre es muy positivo. Principalmente ese es el fin de esta terapia. ¿Las terapias ocupacionales de las que habéis hablado antes, se obtiene algún resultado?

todo positivo? Pues sí, se hizo una experiencia piloto el año pasado en la que se hizo una serie de actividades, de trabajos manuales encaminados a una fiesta que se hizo en la que la gente que colaboró protagonizó la fiesta y todo y se vio que fue muy positiva, o sea, la gente disfrutó muchísimo, con todo se sintió tremendamente protagonista y se distrajo, en el tiempo que estuvieron utilizando en hacer cosas manuales y tal, estuvieron distraídos, se relacionaron de forma diferente, o sea, ya no con respecto a la enfermedad, o sea, que consideramos que bastante positivo y convendría seguir haciendo este tipo de cosas en los oncológicos y en general en cualquier hospital que tenga enfermos crónicos y con mucho tiempo hospitalizado. Sí, y bueno, actualmente se está hablando mucho de la relajación como una alternativa de tratamiento en estas situaciones, ¿es útil en concreto para el enfermo de cáncer? Pues mira,

para nuestra sorpresa ha sido bastante más útil de lo que esperábamos. Se empezó a aplicar relajación a personas que tenían que intervenir quirúrgicamente, que había que poner la quimioterapia, que la quimioterapia produce reacciones muy aversivas en el paciente y se observó que tenía resultados muy sorprendentes. Por un lado bajaba la ansiedad, disminuía a la hora de la quimioterapia los vómitos y las náuseas y consideramos que hay que seguir en esta línea porque los resultados han sido muy positivos. Bueno, entonces un poco para terminar ya esta serie de programas sobre los aspectos psicológicos del cáncer, ¿nos puedes decir en definitiva cuál es la labor concreta del psicólogo en este campo? Bien. Si le damos de resumen podemos decir que la labor del psicólogo se divide en dos campos, aunque sea una división artificial porque muchas veces van unidas.

En un lado tenemos la necesidad de investigación que hay. Hace mucha falta que se investigue primero los factores psicológicos del cáncer, tanto antecedentes como

consecuentes, se investiguen tipos de terapias, etcétera, etcétera, para dilucidar este tema. Por otro lado, está la práctica clínica con el enfermo. Entonces, ya hemos visto los problemas que hay como consecuencia de padecer una enfermedad. Entonces, está la intervención a nivel de hacer terapia con estas personas y con las familias, etcétera, etcétera, para adaptar lo mejor posible a su situación y que lo ayude lo mejor posible. Bueno, pues con esto ya acabamos sobre este tema de los aspectos psicosociales del cáncer. Solo nos queda dar las gracias a Ana Isabel Fonter y Gloria Ruiz González, por su colaboración y podemos concluir en que el enfermo de cáncer tiene que enfrentarse.

a un reajuste psicológico y social y que la intervención del psicólogo es en este punto fundamental para mejorar su calidad de vida. Buenas noches. Buenas noches. A las 9 menos cuarto. Recordamos a los alumnos del curso de nivelación que hacia las 10 menos 20 el profesorado del curso de nivelación

El curso de nivelación tratará de la asignatura de conceptos de enfermería. Os dejamos hasta ahora con el boletín de noticias de la UNED. Después vendrá el tiempo de la facultad de psicología.