

Efectividad del Counselling en Pacientes con Enfermedad Oncológica en
Fase Diagnóstica

Lina Patricia Méndez, Ps. Ms.

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de psicología
Especialización en Psicología Clínica.
Octubre 2011

Efectividad del Counselling en Pacientes con Enfermedad Oncológica en Fase
Diagnóstica

Informe de práctica de Especialización En Psicología Clínica

PS. Anyela Marieth Pérez Navarro

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de psicología

Especialización en Psicología Clínica.

Octubre 2011

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS	5
ÍNDICE DE ANEXOS.....	6
RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFÍA	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MÉTODO	18
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	39
REFERENCIAS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Sesiones del Counselling</i>	21
Tabla 2. Características Sociodemográficas de la muestra.	24
Tabla 3. Característica oncológica de la muestra	25
Tabla 4. Puntaje de cada sujeto en el pre test y pos test.....	27
Tabla 5. Diagnóstico Multiaxial por cada paciente.	34
Tabla 6. Sesiones por cada Paciente.	35

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Prevalencia de Ansiedad según el HAD.....	26
Gráfica 2. Prevalencia de Depresión según el HAD	26
Gráfica 3. Puntaje pre-test y pos-test en Sujeto 1.....	28
Gráfica 4. Puntaje pre-test y pro- test. Sujeto 2.	29
Gráfica 5. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 3.	30
Gráfica 6. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 4.	32
Gráfica 7. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 3.	33

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Formato de Consentimiento Informado	46
ANEXO 2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)	47
ANEXO 3. Pautas De Actuación Del Counselling En Pacientes Oncológicos.	48
ANEXO 4. Formulaciones de Caso.....	50

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFÍA

TÍTULO: Efectividad Del Counselling En Pacientes Con Enfermedad Oncológica En Fase Diagnóstica.

AUTOR: Anyela Pérez Navarro.

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica.

DIRECTOR: Lina Patricia Méndez Moreno.

La presente monografía tiene como objetivo evaluar la efectividad del Counselling como herramienta de intervención para promover el ajuste y la adaptación en pacientes con enfermedad oncológica en fase diagnóstica. Para tal propósito se utilizó un diseño pre-experimental, pretest- postest con un grupo de sujetos a quienes se les aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (1983), la cual permitió conocer y establecer las condiciones iniciales de los pacientes para posteriormente intervenir de acuerdo al Counselling.

Los participantes de dicha intervención fueron cinco pacientes entre hombres y mujeres en edades comprendidas entre los 40 y 71 años de edad con diagnóstico reciente de Cáncer y dolor oncológico asistidos por Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Aliviar Ltda. El 80% de los participantes mostraron cambios en los síntomas depresivos y ansiosos después de la intervención desde el Counselling

Palabras claves: Counselling, Ansiedad, Depresión, HAD, Cáncer.

ABSTRACT

This paper aims to assess the effectiveness of Counselling as intervention tool to promote adjustment and adaptation in patients with stage cancer diagnosis. For this purpose used pretest-posttest with a group of subjects who were administered the Hospital Anxiety and Depression Scale HAD (1983), which allowed to know and establish the initial conditions of the patients for further intervention according to Counselling.

The intervention participants were five patients, three men and two women aged between 40 and 71 years old with newly diagnosed cancer and cancer pain, assisted by the Pain and Palliative Care Clinic Aliviar Ltda. The 80% of participants showed changes in depressive and anxiety symptoms after intervention from the Counselling

KEY WORDS: Counselling, Anxiety, Depression, HAD, Cancer.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX cuando las enfermedades infecciosas dejaron de ser el principal problema de salud, fueron las enfermedades crónicas las que empezaron a aumentar en la población mundial, entre ellas el Cáncer, el VIH Sida y las patologías cardiovasculares; convirtiéndose así en uno de los principales desafíos en el siglo XXI, no solo por el alto costo que genera en el sistema de atención en salud, sino también por la exigencia que genera en los profesionales de la salud a la hora de abordar los problemas clínicos y psicosociales que rodean a estas enfermedades (Oblitas, 2004; Brannon y Feist, 2001).

El cáncer como enfermedad crónica cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo y causa un deterioro físico y emocional en la vida del paciente, cada día cobra más relevancia y se constituye en un problema de proporciones epidémicas en el mundo (Ferrel, Peña, Gómez y Pérez, 2009).

En España, a pesar de los continuos avances en el tratamiento del cáncer, cada año mueren cerca de 100.000 personas con una tasa de mortalidad de 288 por cada 100.00 habitantes, lo que lo sitúa como una de las principales causas de muerte, por delante de las enfermedades cardiovasculares (Arranz, Barbero, Bayer y Barreto, 2005).

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cardiología (2003) se ha venido registrando un promedio de 26 mil muertes por cáncer y se estima en 61 mil los casos nuevos de esta enfermedad que se presentaran anualmente. A la par con las enfermedades cardiovasculares y la violencia, el cáncer se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte en Colombia (Ferrel et al, 2009; Montoya, Ochoa, 2001).

En el área Metropolitana de Bucaramanga, según el Registro Poblacional de Cáncer, sus cifras han ido en aumento con 7.691 casos registrados desde el año 2000 al 2004. (Uribe y Meza, 2007).

El actual patrón demográfico y de morbilidad hace esperar que en los próximos años además del número de muertes por cáncer, aumente el número de pacientes con enfermedad crónica (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2011)

Ahora bien, dado el aumento paulatino de dicha enfermedad, el abordaje terapéutico e investigativo del cáncer, se ha convertido en unos de los principales ejes de atención de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprehensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Durá e Ibáñez; 2000)

En este contexto y una vez superado el paradigma dualista y reduccionista del modelo biomédico, se reconoce que el cáncer no sólo afecta aspectos biológicos y físicos, sino que también, involucra aspectos psicosociales que hacen parte del individuo, lo cual afianza el importante papel que cumple lo psicológico en su relación con la capacidad del cuerpo de mantenerse sano. (Ferrel et al.)

Cuando una persona sufre una enfermedad maligna se enfrenta a una situación estresante y perturbadora, con independencia del pronóstico, la enfermedad conlleva a una ruptura brusca de la vida del paciente; lo que supone padecer dolor u otros síntomas, ver limitadas o modificadas las actividades diarias y tener que someterse a procesos de hospitalización, que implica la posibilidad de producir efectos psicosociales no deseados como padecimiento de estrés, pérdida en el control de actividades cotidianas, limitación en el uso de recursos sociales, pérdida de autonomía, entre otras. (Lopez, Pastor, Neipp; 2003.

En este contexto, las diferentes intervenciones psicológicas cobran especial relevancia en cuanto a que el objetivo es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir la sensación de aislamiento, alienación, indefensión y abandono, reducir comorbilidades mentales de corte emocional-ansiedad y depresión- y clarificar percepción e informaciones erróneas. (Fawzy 1999 citado por Báñez, Blasco y Fernández, 2003)

Durà e Ibañez (2000) en una breve revisión de los principales programas de intervención que se han aplicado con paciente de cáncer los agrupa en tres categorías en función del tipo de problemática que abordan: (1) tratamiento de la sintomatología psicopatológica que puede presentar los enfermos de cáncer, (2) tratamiento de la problemática específica derivada del diagnóstico y/o tratamiento clínico de la enfermedad, y (3) intervenciones psicológicas dirigidas a incrementar no solamente la calidad de vida sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer.

Respecto al primer tipo, Durà e Ibañez (2000) señalan que al paciente oncológico se le puede aplicar cualquier procedimiento terapéutico de los que habitualmente se aplican en psicología clínica, con el objetivo de tratar los trastornos psíquicos de mayor incidencia en la población oncológica: ansiedad y la depresión. De igual manera enfatizan en la necesidad de no “psicopatologizar” al ya enfermo paciente de cáncer, pues según estos autores solo entre un 34 y 44% de los pacientes de cáncer necesitan ayuda por problemas psíquicos, y de estos solo el 18% muestran síntomas psíquicos de depresión clínica.

En este orden de ideas Velázquez, Vázquez y Alvarado (2009) mencionan que los trastornos de ansiedad en oncología son los más frecuentes cuando se compara con otras patologías. Morrow, citado por Velázquez et al. (2009) “informan que empleando el DSM III-R en una muestra de 215

paciente oncológicos, el 13% presentaron trastornos de adaptación con síntomas mixtos de ansiedad y depresión; y el 21% presentaron ansiedad intensa.” (p.24)

Con respecto al estudio de depresión en los pacientes de cáncer Cano, Vida y Lopez (2009) citado en Suarez, Ávila, Caballero y Cuca (2005) demostraron que el 5% de pacientes con cáncer presentar trastorno depresivo y el 11 % depresión severa.

Frente a los estudio sobre ansiedad y cáncer Stark, Kiely, Smit, Velikova y Selby (2002) citados en Suarez et al (2005) evaluaron 178 pacientes con cáncer de los cuales el 48% se ubicaron dentro del grupo de desorden de ansiedad, lo que demostró que la prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer es relativamente alta.

Velázquez et al, en su investigación sobre ansiedad y depresión en 85 pacientes oncológicos en el Hospital Departamental de Villavicencio evidenciaron

Un porcentaje mayor de pacientes evaluados en problema clínico para ansiedad del 28.2% y del 23.1%, estos porcentajes demuestran que al prevalencia de esta sintomatología es alta y requiere especial atención porque estos factores pueden estar afectando la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. (p.2)

Mate, Hollenstein y Gil (2004) abordan el insomnio, la ansiedad y la depresión por ser los trastornos más frecuentes en el paciente con cáncer y por incidir en su bienestar, no obstante plantean que a pesar de los estudios realizados sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos, existe dificultad al momento de realizar un diagnóstico psicopatológico, debido a la correlación de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, y a la propia naturaleza

de la enfermedad neoplásica que es generadora de una malestar emocional que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención especial desde el campo de la salud mental.

Retomando los programas de intervención que se han aplicado con los paciente de cáncer se encuentran los tratamientos derivados de la problemática específica nacida del diagnóstico y tratamiento clínico de la enfermedad oncológica. Durá e Ibáñez (2000) mencionan dos puntos importantes frente a la problemática del diagnóstico: la relacionada con la comunicación del diagnóstico y por otro las reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento ante el mismo.

En relación con la comunicación del diagnóstico es importante recalcar el papel de la información clínica en la actuación médica del personal sanitario, pues constituye uno de los aspectos más importantes dentro de las múltiples interacciones que supone la relación médico paciente

Castiblanco y Delgado (2001) citados en Suarez et al, señalan que:

Es importante que el personal médico se preocupe por hacer que sus pacientes comprendan y estén dispuestos a compartir la información que sea necesaria. Y citan que en Colombia los oncólogos y cirujanos no le han dado mucha importancia al estado mental de los pacientes, creen que lo único que puede variar los resultados son el tipo tumor, su estadio, la salud en general y el tratamiento médico; mientras que muchos pacientes y familiares han expresado la necesidad de tener en cuenta aspectos biopsicosociales que interfieren en la evolución de la enfermedad del paciente. (p.4).

Así mismo, Rojas (2006) menciona que el objetivo en esta fase es facilitar que el paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos

y tengan información adecuada, ayudarle a establecer una adecuada comunicación con el médico que lo trata, animarle a buscar otras fuentes de información y ayudarle a resolver las preguntas como ¿Por qué enferme?; ¿voy a morir? , sentimientos de culpa, ansiedad o depresión.

El análisis de la problemática implicada en la comunicación de un diagnóstico de cáncer ha sido objeto de investigación durante muchos años y ha permitido delimitar un proceso secuencial de información que puede ser considerado como un programa de intervención dirigido a facilitar la adaptación de los enfermos de cáncer, tanto a corto como a mediano largo plazo, controlando la información que se les ofrece, por parte de quien, en que momento y sobre todo, de qué forma.(Dura e Ibañez 1987, 1990, 1991 citados en Dura e Ibañez 2000.)

Una herramienta eficaz que facilita esta aproximación incorporando conocimientos, habilidades y actitudes es el counselling, herramienta terapéutica que ha mostrado ser muy útil en el ámbito hospitalario, en donde existen altos niveles de estrés y experiencia de sufrimiento, derivados de impredecibilidad e incertidumbre asociadas a la enfermedad. (Arranz y Cancio, 2003)

El Counselling nació como disciplina en Estados Unidos y en Europa en los años 30 basada en la teoría del psicólogo Estadunidense Carl Roger “modelo centrado en el paciente” donde se exploran creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en el plano de igualdad en la toma de decisiones concerniente en su salud. Es una herramienta dirigida a asistir a personas sanas que necesitan contención emocional en situaciones críticas y cuyo objetivo son orientar, prevenir y ayudar en la resolución de problemas centrándose en el aquí y en el ahora. (Bravo, 2008; Arranz y Cancio, 2003).

En este sentido, el counselling se fundamenta desde la biótica personalista, en donde se considera la persona como un fin y no como medio, dando la

primacía a la persona, defendiendo y justificando el respeto a la vida humana de modo integral, utilizando la reflexión y la persuasión; evitando la imposición y considerando a la persona capaz de hacer frente a su situación. (Arranz et al 2005; Arranz y Cancio, 2003.)

En relación a lo anterior Cancio y Serrano (2007) definen en Counselling como: “Un proceso interactivo que fomenta la salud, reduce los estados emocionales negativos, fomenta los comportamientos saludables y favorece la adaptación social y personal” (p.9).

Ahora bien, en nuestro medio, el counselling es una herramienta poco conocida, sin embargo, ya en 1987 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo recomendó como el método más apropiado de ayuda, apoyo y de prevención, a nivel mundial y ha mostrado su utilidad en problemas de salud como el cáncer, el VIH SIDA u otras patologías crónicas. (García, Carballo, Bayes, 2011)

El programa Global del SIDA (GPA) de la OMS define el counselling como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmosfera de entendimiento mutuo, sustentando en habilidades de comunicación, y estrategias de autocontrol para facilitar la toma de decisiones y solución de problemas. (Rojas, 2006)

Con respecto a lo anterior, el counselling cuenta con cuatro pilares básicos que guían el ejercicio de la intervención; habilidades de comunicación, apoyo emocional, modelo de solución de problemas y el autorregulación. (Arranz y Cancio; 2003)

Habilidad de comunicación, son todas aquellas habilidades de la comunicación asertiva que favorecen un verdadero dialogo en el marco de una relación deliberativa, y que a través de ella se abordan las emociones de los pacientes y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos. Destaca las habilidades de escucha activa, de dialogo desde la empatía, de comunicación no verbal, de gestos cargados de contenido, respeta los

silencios, la congruencia informativa, rechaza la conspiración de silencio; se acerca a la persona, facilita el desahogo emocional, utiliza la pregunta y no la aseveración, para así, la persona se dé respuestas a sí mismo dentro de su propio marco de referencia. (Arranz & Cancio, 2003)

El apoyo emocional son habilidades dirigidas a manejar las emociones de los pacientes y familiares, ayudando a que el paciente tome conciencia de su derecho de estar o sentirse mal, ya que esto facilita un camino de salida a los sentimientos más dolorosos, es decir, otorgar y facilitar al paciente la libertad de sentirse como se siente, liberándole de culpas y esfuerzos orientados a forzar sus emociones hacia como debe sentirse.

Se entiende por dar apoyo emocional la creación de una relación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado, ni marginado, sino entendido y cuidado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades. Aprender a reconocer y explorar los sentimientos de los otros es una habilidad fundamental para el psicólogo de la salud. Ayudando a que el paciente se responsabilice (de respuesta) a sus propias necesidades emocionales” (Arranz y Cancio, 2003 p. 113)

El modelo de solución de problemas o de motivación para el cambio, ya que frecuentemente el paciente se ve determinado por la toma de alguna decisión importante para este, para ello resulta muy útil métodos que permitan clarificar y poner en orden las ideas y posibilidades, que en ocasiones, las emociones no le permiten visualizar.

Finalmente y no menos importante, las habilidades de *Autorregulación*, cuyo objetivo es mantener un equilibrio en el vínculo afectivo con el paciente ya que el profesional también sufre en el contacto con el paciente, lo que pone de manifiesto la importancia de manejar la propia angustia, para no

actuar desde el temor, si no desde la capacidad de elegir y dirigir el propio comportamiento. (Arranz et al 2005).

Ahora bien, Guesmes y Ballesteros (2006) en un estudio sobre las psicoterapias breves estructuradas encontradas en la literatura científica abordan un estudio realizado sobre la eficacia del counselling en atención primaria encontrando:

Los investigadores incluyeron 7 estudios con una muestra total de 444 pacientes en donde se compararon la eficacia del counselling frente a tratamientos habituales. Los resultados muestran resultados a corto plazo, en donde se observó una disminución significativa en los síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo no se observaron diferencias significativas en los resultados a largo plazo. En resumen parece que el counselling es moderadamente efectivo en la reducción de síntomas psicológicos a corto plazo y puede no diferir en eficacia frente a otros tratamientos utilizados de manera rutinaria en atención primaria” (p. 20)

Para finalizar Arranz et al (2005) refieren. “El counselling es un instrumento sencillo potencialmente capaz de evitar y/o paliar, siquiera parcialmente las reacciones ansiosas o depresivas, disminuir la percepción del dolor, incrementar el bienestar y la calidad de vida de muchos enfermos, y, tal vez, mejorar la supervivencia” (p.17).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la presente monografía pretende conocer la eficacia del counselling como herramienta interventiva en la actuación del psicólogo en el ámbito hospitalario.

MÉTODO

Diseño de investigación: El tipo de diseño utilizado es pre experimental, pretest- posttest con un solo grupo de sujetos. Para tal fin se toma una medida antes de la intervención y otra después a la intervención para posteriormente analizar los resultados y lograr analizar la efectividad de la herramienta interventiva.

Participantes: Para este estudio participaron cinco pacientes, tres hombres y dos mujeres que se encuentran en la adultez media y adultez mayor con edades de 40 a 67 años de edad con diagnóstico reciente de enfermedad oncológica hospitalizados en la Foscal y atendidos por Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos. Con una media de edad de 56.8 y una desviación estándar de 9.73

Criterios de inclusión:

- . Pacientes hospitalizados con diagnóstico reciente de enfermedad oncológica
- . Edades comprendidas entre 35 y 70 años
- . Pacientes atendidos por Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo

Criterios de exclusión

- . Pacientes en fase avanzada de la enfermedad con deterioro clínico significativo
- . Pacientes con patologías mentales o antecedentes psiquiátricos.

Criterios éticos

Dispuestas por el Ministerio de Salud en la resolución N° 008430 de 1993, Se empleó un consentimiento Informado escrito en el cual se explicaron los objetivos, procedimiento, beneficios y riesgos del proyecto; así mismo, se

especificó la participación voluntaria, la confidencialidad de la información obtenida y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin dar justificaciones.

Instrumentos: El instrumento utilizado para el proyecto.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD, creado por Zigmond y Snaith en 1983 para detectar estados de ansiedad y depresión en el medio hospitalario no psiquiátrico. El cuestionario se fundamenta en el supuesto de que la incidencia de la depresión y ansiedad es alta en los pacientes hospitalizados que pueden coexistir con una enfermedad física conduciendo a mayor estrés. El contenido del HAD se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de ansiedad y depresión (Lopez, Vazquez, Arcila, Sierra, Gonzalo, Salin, 2002).

Confiabilidad y Validez. La validación del HAD se llevó a cabo en una muestra de 100 pacientes británicos no hospitalizados entre los 16 y 65 años de edad. En el informe se muestra la consistencia interna a través de correlaciones de Spearman (ansiedad $r=0.76-0.41$ y depresión $r= 0.60-0.30$). Los autores establecieron que el punto de corte 8 mostró la mejor sensibilidad u especificidad para cada una de las subescalas. (López, et al, 2002)

Tejero, Guimeran, Farré y Pire; (1986) citados en López, et al, llevaron a cabo una traducción de la escala castellano y determinaron valores de consistencia interna con coeficientes alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para depresión, estos autores concluyeron que el HAD es un instrumento fácil de aplicar y que ofrece una información separada de la ansiedad y depresión, además que sensible de cambio luego de recibir algún tipo de tratamiento o intervención psicológica.

Para el presente trabajo se empleó la validación realizada por Rico, Restrepo y Molina (2005) con unos puntos de corte de; Ansiedad >8 y depresión >9. El coeficiente de confiabilidad del HAD en sus 14 ítems fue de 0.85. Cada subescala muestran un alfa de 0.74 y 0.76 respectivamente, lo que garantiza que la utilización sea fiable.

Procedimiento: Se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión, HAD en un primer momento a cada uno de los pacientes como prueba pre-test, posteriormente se realizó la intervención psicológica desde el counselling en seis sesiones semi estructuradas (Ver Tabla 1). Finalmente se aplicó nuevamente el HAD como prueba pos-test para evaluar el cambio con la intervención.

Tabla 1. Sesiones del Counselling.

SESIÓN	ACTIVIDAD
PRIMERA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión con el médico tratante para clarificar diagnóstico, áreas problemáticas a nivel clínico y el nivel de información que el médico ha brindado al paciente y su familia • Contacto inicial: Establecer una relación empática con el paciente y su familia, explicación del estudio y consentimiento informado • Aplicación de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD (Pretest)
SEGUNDA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar situación personal, familiar y clínica del paciente. • Valorar las necesidades del paciente: <i>Necesidades de información:</i> lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido entorno a la enfermedad. <i>Necesidades emocionales:</i> Lo que le preocupa, los temores asociados a la enfermedad <i>Necesidades físicas.</i>
TERCERA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor del modo más específico facilitando la expresión emocional • Abordar las preocupaciones cambiándolas por los recursos y capacidades que dispone el paciente con el fin de focalizar las acciones en lo que se puede hacer, fomentando la percepción de controlabilidad
CUARTA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente en la toma de decisiones desde la congruencia con los propios valores y recursos del paciente • Clarificar conjuntamente los tratamientos instaurados evaluando pros y contras
QUINTA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y fortalecer las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza y le permite afrontar la enfermedad funcionalmente • Buscar apoyo en el entorno familiar

SEXTA SESION	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación pos-test y cierre
---------------------	--

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de la evaluación e intervención realizada a cinco pacientes con enfermedad oncológica en fase diagnóstica, hospitalizados en la Foscil y atendidos por Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos. Se presentaran los datos relacionado a las variables sociodemograficas y clínicas evaluadas.

Con relación a los datos sociodemograficos se afirma que la muestra estuvo conformada por tres hombres (60%) y dos mujeres (40%) de los cuales cuatro sujetos (80%) de la muestra son casados y el otro (20%) separado. La situación laboral de la población está distribuida en tres empleados (60%), uno pensionado (20%) y uno inactivo laboralmente (20%). (Ver Tabla No 2)

Dentro de las características clínicas oncológicas prevalece el mieloma múltiple en dos pacientes (40%), el cáncer de cérvix (20%), el cáncer gástrico (20%) y el cáncer broncogénico (20%) (Ver Tabla No 3).

Tabla 2. Características Sociodemográficas de la muestra.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	2	40%
Masculino	3	60%
Edad		
40-49	1	20%
50-59	2	40%
60-69	2	40%
Lugar de residencia		
Santander	2	40%
Fuera de Santander	3	60%
Estado Civil		
Casado	4	80%
Separado	1	20%
Ocupación		
Empleado	3	60%
Pensionado	1	20%
Sin empleo	1	20%
Nivel Educativo		
Profesional	3	60%
Primaria Completa	1	20%
	1	20%

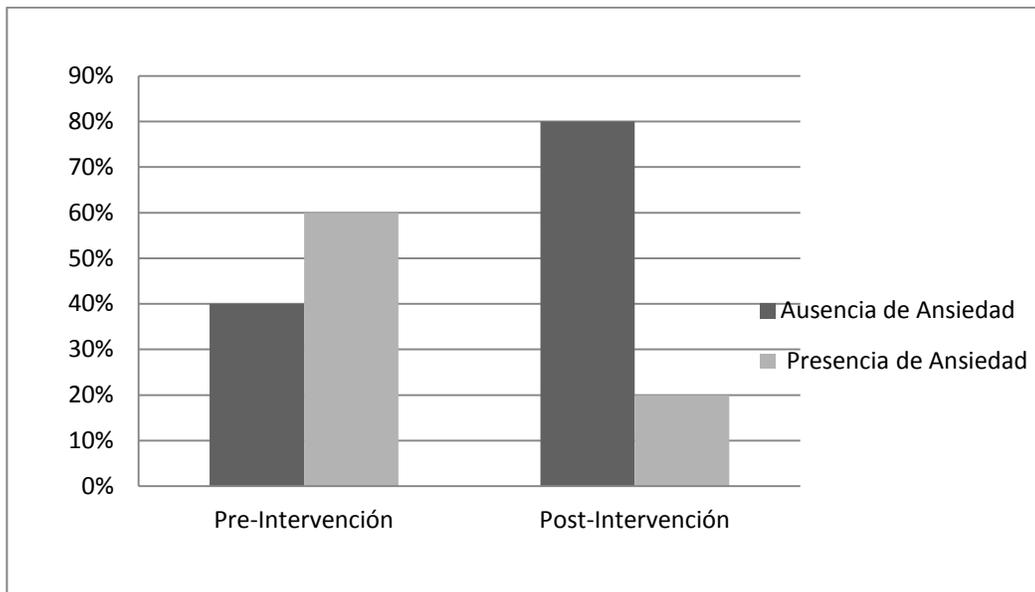
Tabla 3. Característica oncológica de la muestra

Característica oncológica	Frecuencia	Porcentaje
Mieloma múltiple	2	40%
Ca de cérvix	1	20%
Ca Broncogénico	1	20%
Ca Gástrico	1	20%

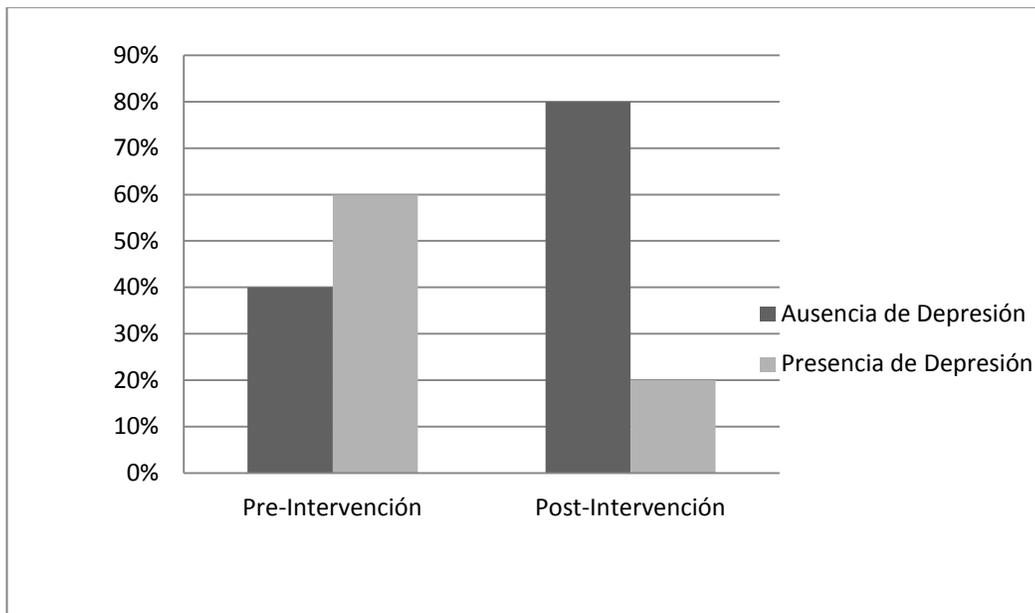
A continuación se presentan los datos obtenidos a través del instrumento aplicado, HAD, los cuales se mostraron inicialmente en forma grupal y posteriormente en forma individual.

En términos generales antes de la intervención, se observó el mismo comportamiento porcentual para ansiedad y depresión, siendo el 60% presencia y el 40% ausencia de alguna de las dos. Después de la intervención se redujo del 60% al 20% la presencia de sintomatología de ansiedad y/o depresión, dando como resultado un 80% de ausencia de sintomatología en los pacientes evaluados.

Del 100% de los pacientes, el 40% presentó tanto sintomatología ansiosa como depresiva en el pre-test, posterior a la intervención, el 20% no presentó ningún cambio significativo en las escalas evaluadas.



Gráfica 1. Prevalencia de Ansiedad según el HAD



Gráfica 2. Prevalencia de Depresión según el HAD

Una vez presentados los datos de la prueba de manera grupal, se procede a describir a cada uno de los pacientes de acuerdo a los resultados del pre test y pos test así como una descripción concisa el proceso.

En la tabla 4 se encuentran los resultados de los pacientes antes y después de la intervención

Tabla 4. Puntaje de cada sujeto en el pre test y pos test.

	SUJETO 1		SUJETO 2		SUJETO 3		SUJETO 4		SUJETO 5	
	PRE	POS								
ANSIEDAD.	13	8	19	10	8	8	12	8	5	7
DEPRESIÓN	11	5	13	6	16	13	5	5	1	4

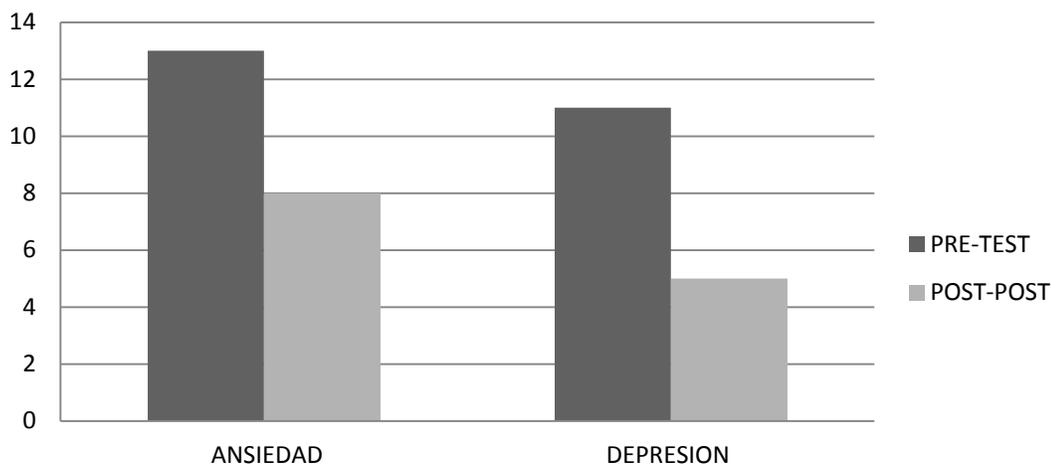
Sujeto 1

Paciente masculino de 55 años quien es atendido por Aliviar por dolor radicular a nivel lumbosacro. Después de varios estudios que incluyeron resonancia magnéticas, biopsias, gammagrafías e intervenciones mínimamente invasivas para manejo de dolor , es diagnosticado con Mieloma Múltiple, el señor x es informado por el médico de clínica de dolor sobre su diagnóstico y es remitido a hemato-oncología y a psicología.

En el pre test el paciente mostró tanto sintomatología ansiosa como depresiva y después de la intervención se logró una reducción significativa en relación a los síntomas como se muestra en la Gráfica No 3.

Durante el proceso de intervención a través del Counselling el paciente logró una mayor comprensión de su enfermedad la cual era explicada por el oncólogo tratante logrando así un mayor vínculo entre paciente-médico; de igual manera no solo se logró abordar los temores con respecto a la

enfermedad, sino también el temor que le generaba el retomar actividades laborales, permitiendo así una mayor sensación de control sobre situaciones cotidianas que durante la hospitalización las había perdido.



Gráfica 3. Puntaje pre-test y pos-test en Sujeto 1.

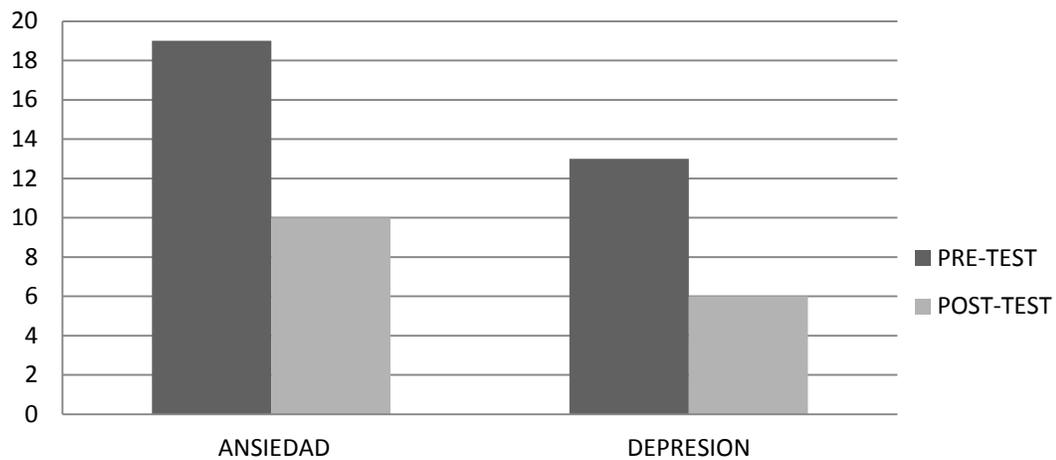
Sujeto 2

Paciente femenina de 44 años quien ingresa al servicio de urgencias procedente de Valledupar con un cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por dolor lumbar con irradiación miembro inferior izquierdo y pérdida de peso de 4 kl en menos de un mes, antecedentes en resección de mama izquierda con patología normal. Después de varios estudios intrahospitalario se solicita biopsia de medula ósea confirmando Mieloma múltiple. La señora x es informada de su diagnóstico y es remitida con hemato oncología y con psicología.

En el pre-test la paciente presentó tanto sintomatología ansiosa como depresiva, posteriormente y después de la intervención se logró una reducción significativa en la sintomatología depresiva, no obstante aunque

con la sintomatología ansiosa se obtuvo un menor puntaje después de la intervención no fue suficiente para mantenerlo en el rango de ausencia de ansiedad como se muestra en la Gráfica No 4.

Durante el proceso de intervención a través del counselling la paciente logró una expresar sus temores con respecto a la enfermedad, ya que inicialmente la paciente x mostro conductas evitativas frente a su patología y los tratamientos planteados; de igual manera hubo mayor confianza a los tratamientos y se acompañó en la toma de decisiones con respecto a estos. La paciente logró realizar actividades gratificantes durante la hospitalización como lecturas que le ayudaban a enfrentar su enfermedad de una mejor forma.



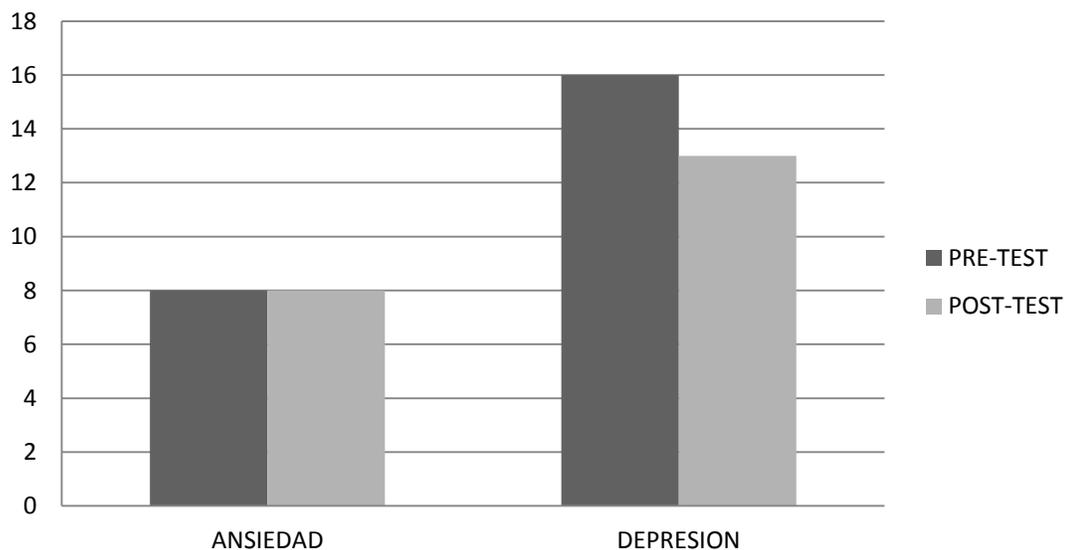
Gráfica 4. Puntaje pre-test y pro- test. Sujeto 2.

SUJETO 3

Paciente femenina de 52 años de edad quien después de diez días de hospitalización es remitida a Aliviar por dolor oncológico de difícil manejo. La paciente fue diagnosticada con cáncer de cérvix estadio II, y es remitida a psicología.

En el pre-test la paciente presentó ausencia de ansiedad y presencia de sintomatología depresiva, de forma particular después de la intervención no se evidenció ningún cambio significativo, la escala de ansiedad se mantuvo en el mismo puntaje y la escala de depresión se redujo en un mínimo como se muestra en la Gráfica No 5.

Durante el proceso de intervención la paciente fue receptiva, no obstante durante las intervenciones mostro una actitud de indefensión ante su condición médica, después de finalizar proceso con la paciente y de acuerdo a los resultados obtenidos se diagnostica con trastorno depresivo mayor el cual fue corroborado por psiquiatría.



Gráfica 5. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 3.

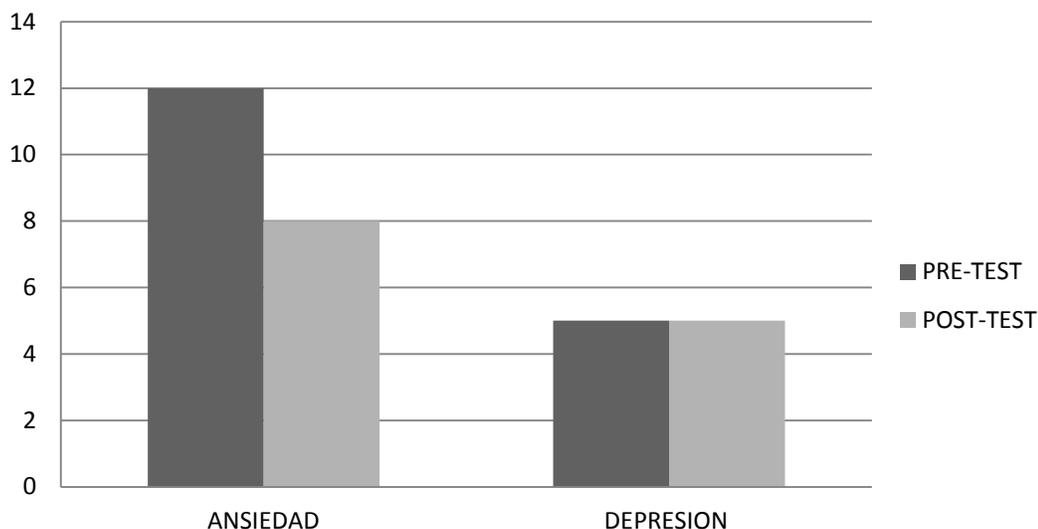
SUJETO 4

Paciente masculino de 67 años de edad quien ingresa al servicio de urgencia por dolor tipo quemazón en abdomen, familia refiere que el paciente fue diagnosticado con cáncer gástrico hace menos de un mes pero que el paciente desconoce su diagnóstico.

Cuando se realiza primer acercamiento con el paciente este manifiesta sospecha de enfermedad maligna, es hospitalizado en el servicio de oncología en donde corrobora su sospecha, familiares deciden contarle y se inicia proceso de intervención

En el pre-test el paciente presentó síntomas de ansiedad y ausencia de síntomas depresivos, posteriormente se logró una reducción en los síntomas de ansiedad y se mantuvo el mismo puntaje en los síntomas depresivos como se muestra en la Gráfica No 4.

Durante el proceso de intervención a través del Counselling se permitió la expresión emocional, se orientó a la familia con respecto a la conspiración de silencio y, se reforzaron estrategias de afrontamiento las cuales permitieron una mayor adaptación a la enfermedad y el proceso de hospitalización.



Gráfica 6. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 4.

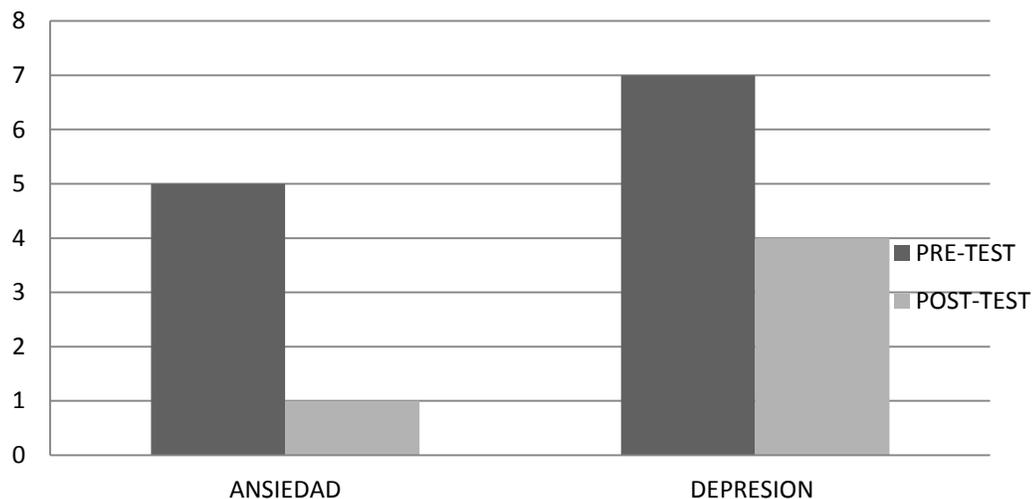
SUJETO 5

Paciente masculino de 66 años de edad con cinco días de hospitalización. Es remitido a clínica de dolor por cuadro clínico dolor en región torácica y exacerbación del mismo al toser, se solicita tac de tórax simple donde se encuentra masa pulmonar izquierda, posterior a esto se solicita fibrobroncoscopia donde se confirma cáncer de pulmón. El médico tratante (neumólogo) informa hallazgos a los familiares y estos deciden inicialmente guardar silencio frente al diagnóstico, días después familiares rompen conspiración de silencio.

En el pre-test el paciente presentó ausencia de sintomatología tanto ansiosa como depresiva, posterior a la intervención no se observó ningún

cambio significativo, aunque hubo un aumento en los rangos no se considera presencia de alguna de las dos sintomatologías. (Ver Gráfica No 5).

Durante las sesiones desde el counselling se exploraron temas existenciales y practicas relacionadas con el hecho de vivir una enfermedad oncológica, de igual manera se trataron temas relacionados con el proceso de morir y el ajuste familiar ante dicho proceso. Los resultados obtenidos mostraron una mayor adaptación de la familia ante la condición médica del paciente.



Gráfica 7. Puntaje pre-test y Pos-test. Sujeto 3.

En la Tabla No 5 se presenta el diagnóstico multiaxial de cada uno de los sujetos intervenidos(Ver anexos de formulación de casos para ampliar información por cada paciente).

Tabla 5. Diagnóstico Multiaxial por cada paciente.

EJE	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5
EJE I	Episodio depresivo y ansioso asociado a enfermedad médica	Síntomas ansiosos asociada a enfermedad médica	Trastorno depresivo Mayor	Episodios de ansiedad	No aplica
EJE II	Rasgos de personalidad dependientes	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
EJE III	Hernia discal, Mieloma múltiple	Mieloma múltiple	Cáncer de cérvix	Cáncer gástrico	Cáncer Broncogenico.
EJE IV	Dificultad comunicación de emociones con esposa e hijos	Dificultades económicas	Relación afectiva con hijos.	Problemas relativos al grupo primarios de apoyo Conspiración de silencio	Problemas relativos al grupo primarios de apoyo Conspiración de silencio
EJE V	EEAG 70 (inicial) 90 (actual)	EEAG 70 (inicial) 90 (actual)	EEAG 60 (inicial) 70actual	EEAG 90 (inicial) 90 (actual)	EEAG 95 (inicial) 80 (actual)

En la Tabla 6 se presentan a manera de resumen, sesión a sesión, los elementos principales desarrollados en el proceso interventivo en el marco del Counselling, con cada uno de los pacientes.

Tabla 6. Sesiones por cada Paciente.

SUJETOS	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	SESION 6
S. 1	<p>Se clarificó la situación clínica del paciente con el oncólogo y médico de clínica de dolor, de igual manera se logro explicar el objetivo de la intervención y la importancia de su apoyo para el cumplimiento de los objetivos</p> <p>Se indaga sobre aspectos generales de su historia vital.</p> <p>Se realiza pre-test: A: 13. D: 11</p>	<p>Se logró establecer un clima de confianza y seguridad. El paciente logra manifestar sus principales temores y necesidades especialmente en lo relacionado con posibilidades de curación.</p>	<p>Se logra abordar los temores con respecto al hecho de reanudar sus actividades laborales, logrando que el paciente sintiera sensación de control sobre situaciones que por algún momento sintió perdidas.</p>	<p>Se acompañó en la toma de decisiones con respecto a los tratamientos planteados por el oncólogo tratante, de igual manera se evaluaron alternativas ante la posibilidad de delegar funciones en su empresa.</p>	<p>Se fortalecen las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza, como: la lectura, el juego, la búsqueda activa de información.</p>	<p>Se realiza el pos-test. A: 8. D:5</p> <p>Se retroalimenta el trabajo de las sesiones, encontrando una evolución favorable.</p> <p>Se busca apoyo en el entorno familiar</p>
S. 2	<p>Se clarifica la situación médica de la paciente.</p> <p>Se indaga sobre aspectos generales de su</p>	<p>La paciente manifestó necesidades principalmente emocionales en lo relacionado</p>	<p>Los principales temores que la paciente manifestó estaban</p>	<p>Se acompaña en la toma de decisiones con respecto a los tratamientos y las ciudades en donde</p>	<p>Se refuerza el afrontamiento de espíritu de lucha y estrategias de tipo espiritual</p>	<p>Se realiza el pos-test. A: 10. D:6</p> <p>Se retroalimenta el trabajo de las</p>

	<p>historia vital. Se realiza pre-test: A: 19 D: 13</p>	<p>con el la implicación que tiene la enfermedad para su familiar. No manifestó necesidades de información pues presentaba conductas evitativas ante todo lo relacionado con la enfermedad</p>	<p>relacionados con la afectación emocional de su hija ante el diagnostico. En esta sesión la paciente busca la necesidad de información sobre su dx, para lo cual se realiza el puente con el médico de clínica de dolor quien logra explicarle el diagnostico.</p>	<p>puede realizárselos. De igual manera se acompaña en la toma de decisiones frente a la comunicación del diagnostico a su hija. Se realiza acompañamiento a hija de la paciente.</p>	<p>que regulan su estado anímico.</p>	<p>sesiones, encontrando una evolución favorable. Se busca apoyo en el entorno familiar</p>
S. 3	<p>Se clarifica la situación médica de la paciente y se acompaña al médico de clínica de dolor a informar el diagnostico Se indaga sobre aspectos generales de su historia vital. Se realiza pre-</p>	<p>Las necesidades de la paciente estaban más enfocadas a nivel físico en cuanto al alivio del dolor y las molestias generadas. De igual manera manifiesta necesidades de</p>	<p>En esta sesión la paciente manifiesta preocupación ante el dolor y medicamentos utilizados para tal fin. No manifiesta preocupaciones a nivel emocional..</p>	<p>La paciente mantuvo una actitud de indefensión ante tratamientos y todo lo relacionado con la enfermedad.</p>	<p>Se fortalece la red de apoyo familiar con el fin de brindan el apoyo necesario a la paciente durante su enfermedad.</p>	<p>Se realiza el pos-test.A:8. D:13 Se realiza retroalimentación de las sesiones, encontrando una evolución poco favorable del proceso, para lo cual se sensibiliza a la</p>

	test: A: 8 D: 16	atención por parte de la red de apoyo familiar.				paciente frente a la necesidad de buscar apoyo por psiquiatría e intervenciones psicológicas que requieran de otros elementos frente a su patología. Se busca apoyo en el entorno familiar.
S. 4	<p>Se clarifica la situación clínica del paciente.</p> <p>Se orienta a la familiar acerca de la comunicación del diagnostico al paciente.</p> <p>Se indaga sobre aspectos generales de su historia vital.</p> <p>Se realiza pre-test: A: 12 D: 5</p>	<p>Durante esta sesión el paciente manifestó necesidad físicas en cuanto al manejo de dolor, u otros síntomas presentes durante el tratamiento</p>	<p>Los principales temores estaban la perdida de la vitalidad e intimidad durante el proceso de hospitalización, para lo cual se logro mantener el control sobre ABC.</p>	<p>Se acompaña en la toma de decisiones con respecto a los tratamientos médicos vs tratamientos alternativos(naturistas)</p>	<p>Se fortalece la red de apoyo familiar. Y estrategias de afrontamiento de tipo espiritual.</p>	<p>Se realiza el pos-test. A: 8. D:5</p> <p>Se retroalimenta el trabajo de las sesiones, encontrando una evolución favorable.</p> <p>Se busca apoyo en el entorno familiar</p>
	Se clarifica la situación clínica	El paciente manifiesta	El principal temor del	Se acompaña en la toma de	Se refuerza la actitud frente	Se realiza el pos-test. A: 7.

<p>S. 5</p>	<p>del paciente. Se orienta a la familiar acerca de la comunicación del diagnostico al paciente. Se rompe la conspiración de silencio. Se indaga sobre aspectos generales de su historia vital. Se realiza pre-test: A: 5 D: 1</p>	<p>necesidades e información y físicas, en lo relacionado con el pronóstico de vida, el nivel de sufrimiento y el avance de la enfermedad.</p>	<p>paciente está relacionado con el sufrimiento y el dolor que la enfermedad le puede ocasionar y el deterioro en la calidad de vida. De igual manera el sufrimiento de su familia.</p>	<p>decisiones con respecto a los tratamientos y el cambio de el lugar de residencia para mayor facilidad en la atención en salud</p>	<p>a la vida y a la enfermedad. Se fortalece la red de apoyo familiar</p>	<p>D:4 Se retroalimenta el trabajo de las sesiones, encontrando una evolución favorable. Se busca apoyo en el entorno familiar</p>
-------------	--	--	---	--	---	--

DISCUSIÓN

El impacto del diagnóstico de una enfermedad oncológica, sus tratamientos y los efectos que puede generar el proceso de hospitalización hacen que cada día la atención psicológica cobre más relevancia; esto muestra concordancia con los datos encontrados en el presente estudio, en donde el 60% de la población muestra una incidencia de los factores psicológicos asociados a la enfermedad y al proceso de hospitalización como plantea Lopez, Pastor y Neipp (2003) "aunque es difícil separar el estar hospitalizado de la causa por la que se ingresa, podemos entender que el primer efecto colateral es el padecimiento de estrés, y la respuesta más frecuente es la ansiedad, seguido de la depresión e irritabilidad en etapas posteriores" (103).

Teniendo en cuenta lo anterior y la literatura consultada sobre los factores psicológicos en pacientes oncológicos se puede observar como la ansiedad y la depresión son los síntomas más frecuentes como lo indica Mate, Hollentein y Gil (2004) y como se observa en el presente estudio, sin embargo es importante recalcar que si bien las investigaciones consultadas muestran que el diagnóstico puede arrojar reacciones emocionales como ansiedad y depresión estos son asociados a la enfermedad, y muy pocos síntomas clínicos significativos como lo demuestra Dura e Ibañez (2000) el cual mencionan que entre el 34 y 44% necesitan ayuda por problemas clínicos y que de estos solo el 18% muestran síntomas clínicos significativos, lo anterior se corrobora con el presente estudio en donde solo el 20% del 100% que se evaluaron presento trastorno depresivo mayor.

Con respecto a la literatura revisada sobre ansiedad y depresión en pacientes oncológicos a la luz de los resultados se encontró que una de las características de este estudio es que la frecuencia de ansiedad y depresión

fueron similares, 60% para depresión y 60% para ansiedad, mientras que el estudio revisado de Velázquez et al 2009 muestran una prevalencia más alta para ansiedad.

Con respecto a la intervención realizada desde el Counselling como instrumento interventivo y preventivo se puede afirmar que los cambios presentes en el 80% de la población sugieren la utilidad de la intervención, encontrando una relación significativa con el estudio realizado por Güemes y Ballesteros(2006)en donde se muestra resultados en los síntomas ansiosos y depresivos a corto plazo.

Ahora bien, desde el enfoque del counselling se recalca es una herramienta dirigida asistir a personas “sanas” que necesitan ayuda en un momento de crisis para lo cual se abstiene de abordar trastornos patológicos como menciona Bravo (2008) Lo anterior puede explicar el resultado poco favorable que tuvo el sujeto tres (Ver tabla 9) quien fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor y quien no tuvo una evolución favorable desde el Counselling.

Por otra parte, es pertinente recordar la importancia de la relación médico paciente y la necesidad de una buena comunicación e información por parte del personal médico hacia los pacientes, y que, aunque para la presente investigación no fue una variable estudiada, durante la intervención se pudo observar la necesidad de los pacientes de mantener una relación estrecha con el oncólogo tratante. En el presente estudio se logró un enlace entre el médico y el paciente en el 60% de la población y se observó una marcada reducción de estados de ansiedad en los pacientes. En una investigación llevada a cabo en España se concluyó que, mientras que los oncólogos y profesionales del manejo clínico directo expresan la necesidad de distanciarse emocionalmente de los enfermos y centrarse en la enfermedad

orgánica los pacientes oncológicos presentan demandas en el sentido contrario. (Arranz et al, 2000)

Ahora bien, es importante tener en cuenta que los cambios presentados en la muestra de los pacientes atendidos no solo están relacionados con el Counselling, ni con la relación médico paciente, sino también por características propias de cada paciente como: rasgos de personalidad, ciclo de vida, apoyo familiar, adherencia a tratamientos, tipo de cáncer y progresión de la misma. Por ello la importancia de que en próximos trabajos que logran controlar variables que puedan influir en los resultados de la investigación.

Con respecto al instrumento utilizado para el presente trabajo (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión), es importante mencionar que una de las pruebas más utilizadas para medir ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario y que si bien en el país no existe variedad de instrumentos estandarizados para la población oncológica, hoy en día investigadores como Rico, Restrepo y Molina (2005) han realizado la adaptación y validación del HAD mostrando buena consistencia interna y validez. Sin embargo para posteriores trabajos se haría necesario ampliar instrumentos para la población oncológica.

En este mismo sentido cabe destacar la importancia de ampliar la muestra para próximas investigaciones, para así poder obtener mayor información sobre la efectividad del Counselling como herramienta de intervención.

Para concluir, la presente investigación prepara el terreno y se convierte en línea de base para nuevos trabajos investigativos de la cual existe poca información en nuestro medio y que, en países como España, Argentina,

estados unidos se ha convertido en disciplina que requiere de especialidad para ser abordada.

REFERENCIAS

- Arranz, P; Barbero, J; Bayes, R y Barreto, M. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. España: Editorial Just in Time S.L.
- Arranz, P y Cancio, H. (2003). *Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling*. E, Remor; P, Arranz y S, Ulla (Eds). *El Psicólogo en el ámbito Hospitalario*. (pp. 93-119). Bilbao: Editorial Desclèe de Brouwer.
- Báñez, M., Blasco, T., Fernández Castro, J. (2003). *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*, 19, pp. 235-246.
- Brannon, L. & Feist, J., (2001). *Psicología de la Salud*, España: Ed. Thomson Learning.
- Bravo, J. (2008). *El auge de una terapia corta que resuelve crisis*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2011, de : <http://www.la.nación.com>
- Cancio, H y Serrano, R. (2007). *El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con el paciente*, 7,7-13
- Dura,E e Ibañes, E. (2000). *Psicología oncológica: Perspectiva futuras de investigación e intervención profesional*. *Psicología, Saude e Doencas*,. Pp.23-43. Recuperado el 30 de agosto de 2011 de [www, redalyc. com](http://www.redalyc.com)
- Ferrel, R., Peña, A., Gomez, N. y Pérez, K. (2009). *Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta*

- (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 180-204. Recuperado en Agosto 25, 2011 disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21312270009>
- García E, Carvallo M, Bayes R. (2011, 30 de septiembre). *El Counselling en VIH, Sida. Guía de actuación par profesional sanitario*. Recuerado de <http://www.portalsida.org/repos/guia.pdf>
- Guemes, L y Ballesteros, J. (2006). *La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en tratamientos de trastornos afectivos en la atención ambulatoria*, 25, 15-25.
- Lopez, J; Vasquez V; Arcila D; Sierra A; Gonzalez J y Slin R. (2002). *Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and depression scale HAD en una muestra de sujetos obesos mexicanos*. *Revista de investigación clínica*, 54, 403-409
- Lopez, S; Pastor, M y Neipp, M. (2003). *Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización: el counselling*. E, Remor; P, Arranz y S, Ulla (Eds). *El Psicólogo en el ambito Hospitalario*. (pp. 93-119). Bilbao: Editorial Desclèe de Brouwer.
- Mate, J; Hollenstein, M y Gil, F. (2009). *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. *Psicooncología*, 1, 211-230
- Montoya; L y Ochoa; F. (2011). *Mortalidad por cáncer en colombia*. Recuperado el 3 de agosto de 2011 en http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol18_2/Cancer.pdf

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Ed Thomson.

Rojas G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama*. Instituto oncológico, clínica las condes, 14, 194-197.

Rico, J; Restrepo, M y Molina, M. (2005). *Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto cancerológico de Colombia*, 3, 76-83

Suarez, A; Avila, P; Caballero, D y Cuca L (2005). *Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos del hospital departamental de Villavicencio*. Recuperado el 2 de septiembre de 2011 de <http://amesecolombia.com/userfiles/file/Sintomas.pdf>.

Suarez, A; Baquero, L; Londoño, Ch y Low C (2005). *Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer de reciben tratamiento ambulatorio*. Universidad del Bosque. Recuperado el 2 de Septiembre de <http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>.

Velazquez, N; Vazquez, L & Alvarado S. (2009). *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos*. Servicio de psicooncología del instituto cancerológico de México, 19-29.

Uribe, C & Meza E. (2007). *Incidencia del cáncer en área metropolitana de Bucaramanga 2000-2004*. Revista médica UNAB, 147-172.



ANEXO 1. Formato de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES****FACULTAD DE PSICOLOGÍA****FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ identificado/a
con el documento de identidad No. _____,
en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente
de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como sujeto
experimental del proyecto referente a esta declaración.
Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré
retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna
explicación adicional o justificación. Así como también, soy consciente que los
resultados derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que
no serán publicados mi nombre e identidad.

Atentamente,

Participante del proyecto

Practicante de especialización en Psicología clínica

ANEXO 2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Fecha _____ No. Registro _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional **en la última semana.**
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:
 Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso
4. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
6. Me siento alegre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
8. Me siento lento(a) y torpe:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
12. Espero las cosas con ilusión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

ANEXO 3. Pautas De Actuación Del Counselling En Pacientes Oncológicos.

Revisar la propia actitud, la complejidad de las situaciones con la que nos enfrentamos, nos obliga a revisar nuestros propios temores y miedos con respecto al dolor, el sufrimiento y la muerte; una reflexión personal acerca de las problemáticas con la que nos enfrentamos es el primer paso para acercarse al sufrimiento del otro.

“Acercarse a las propias emociones genera mayor autoconocimiento e incrementa nuestro poder de influencia en el paciente”(Arranz, 2000)

Trabajo interdisciplinario psicóloga - médico tratante, este trabajo en equipo le permite al psicólogo conocer y comprender de manera básica el tipo de patología (cáncer, linfomas, sarcomas) tratamiento (radioterapia, quimioterapia, manejo paliativo) y efectos secundarios (alopecia, anoxia) de tal manera que se pueda encaminar la intervención a objetivos reales.

Explorar que sabe el paciente de su situación, esto permite conocer el nivel de información que el médico u oncólogo le ha proporcionado al paciente, así como conocer los mecanismos de defensa que el paciente utiliza para defenderse del sufrimiento que le genera la enfermedad. (en caso de haber sido informado de su diagnóstico)

Preguntas como: ¿Qué te ha dicho el médico de tu situación actual? ¿Qué sabes de lo que te está pasando?

Valorar las necesidades del paciente:

Necesidades de información: Lo que él paciente sabe y lo que quiere saber de su patología. Preguntas como: ¿Qué le gustaría saber de su situación actual? ¿Hasta dónde le gustaría que el médico le contara sobre de su situación médica? ¿Quieres saber lo que le pasa?

Necesidades emocionales:

Necesidades físicas: ¿Le duele o le molesta algo en estos momentos?

Identificar preocupaciones, sin presuponer que las intuimos. Preguntas como: ¿en estos momentos que es lo que más le preocupa? e intentar conocerlas de manera más concreta, pues detrás de ella podremos proporcionar ayuda para abordarlas.

Ejemplo de caso número 6.

Psi: ¿En estos momentos que es lo que más le preocupa?

Pa: Mi familia doctora

Psi: ¿Específicamente qué aspecto de su familia es lo que le preocupa?

Pa: que no puedan superar el hecho de que estoy muy enfermo

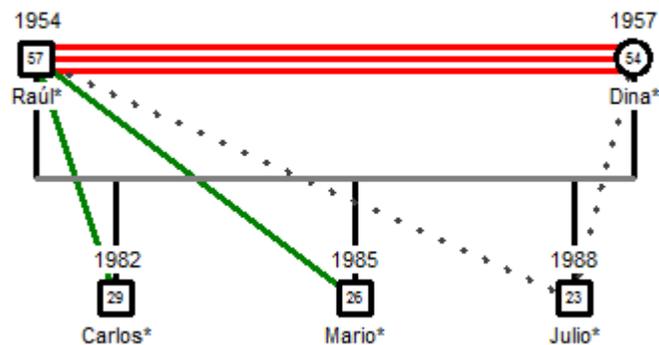
Psi. ¿Cree usted que le pueda ayudar con eso?

Entender y comprender las emociones del paciente, durante la intervención puede aparecer rabia, tristeza, llanto, desesperanza, emociones que son normales y que hacen parte de la respuesta inicial que van a facilitar la adaptación posterior. Es importante validar los sentimientos a los pacientes, permitirles sentir lo que se siente.

Acompañar en la toma de decisiones, una de las funciones es la de ayudar en la toma de decisiones de situaciones difíciles, para abordar dichas situaciones se pueden utilizar métodos que faciliten dicha toma, como: Modelo de solución de problemas ideado por D'Zurilla y Goldfried.

Buscar apoyo en el entorno familiar y social.

ANEXO 4. Formulaciones de Caso

CASO 1**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Nombre:** R.M**Edad:** 55 años**Estado Civil:** Casado**Lugar de nacimiento:** Bogotá**Ocupación:** Ingeniero Eléctrico**Estrato socioeconómico:** 6**GENOGRAMA****MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente remitido a Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos por dolor oncológico de difícil manejo y alteración emocional por diagnóstico reciente de enfermedad oncológica

LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMAS

- ✓ Ideas perseverantes de catastrofización.
- ✓ Altas demandas de atención
- ✓ Dependencia a esposa

- ✓ Pobres mecanismos de afrontamiento-actitud pasiva, poca proactiva.
- ✓ Actitud suspicaz, vigilante
- ✓ Ansiedad
- ✓ Insomnio
- ✓ Anhedonia
- ✓ Miedos y temores asociados a la vida laboral
- ✓ Recurrentes quejas de dolor a pesar de tratamiento farmacológico
- ✓ Cogniciones algofobicas
- ✓ Dificultad para expresar emociones y sentimientos.
- ✓ Sensación de pérdida de control

Paciente de 55 años con cuadro clínico de más de 15 días de evolución con RMN que muestra hernia a nivel lumbosacro L4L5L5S1 con dolor radicular de difícil manejo. Se realizó manejo analgésico e intervención mínimamente invasivo para control de dolor. Actualmente en estudio por hematología por sospecha de mieloma múltiple

DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA.

Raúl es el mayor de cinco hermanos, hijo de una familia de un estrato socioeconómico alto; su padre era economista y trabajó durante toda su vida en un Banco en la ciudad de Bogotá, mientras su madre se dedicaba al hogar.

Si bien su madre no trabajaba y permanecía la mayor parte del tiempo en el hogar, era la abuela paterna quien se encargaba de la crianza de sus hermanos y de él, por lo que era ella y su padre las figuras de autoridad. La madre del paciente, fue una mujer muy bonita, sumisa, y vanidosa, estas características hacían que el padre se sintiera muy orgulloso de su esposa.

Raúl estudio su primaria y bachillerato en un colegio privado en la ciudad de Bogotá, era un niño tímido y si bien nunca fue el mejor estudiante, se distinguió por ser muy buen deportista, tanto así, que su tiempo extra clase se lo dedicaba a la práctica de deportes.

Cuando Raúl tenía 13 años y cursaba 8 grado, sus padres se separaron a causa de la infidelidad del señor, esta situación fue muy dura tanto para Raúl, como para su madre, quien entró en una depresión profunda que la

llevó a irse repentinamente de Bogotá hacia su ciudad de origen, Bucaramanga, en compañía de todos sus hijos.

El paciente relata que debido a su gran timidez no se sintió capaz de hablar con su padre acerca de dicha situación; años más tarde sus padres deciden recuperar la relación y el hogar y se establecen en la ciudad de Bucaramanga.

Raúl entró a estudiar en un colegio público de Bucaramanga y no le fue fácil adaptarse a su nuevo colegio y sus nuevos amigos, lo que provocó desinterés en el estudio reprovando varios años.

Alcanzó su título de bachiller a los 17 años y posteriormente entró a estudiar ingeniería eléctrica en una universidad pública de la ciudad de Bucaramanga graduándose con honores.

A los 26 años conoce a una joven humilde con quien se casa y tiene cuatro hijos. Durante estos años de matrimonio han logrado superar dificultades económicas y familiares, considera que son una familia unida pero que él afectivamente es distante.

Actualmente, después de arduos años de trabajo y con la ayuda de su esposa y su hijo Mario, crea una microempresa encargada del diseño de redes eléctricas, obteniendo logros económicos y reconocimiento de grandes entidades privadas.

CICLO DE VIDA

La infancia del paciente fue muy tranquila, se caracterizó por ser un niño introvertido y amante del deporte, Raúl recuerda que cuando practicaba algún deporte olvidaba su timidez, razón por la cual veía en el deporte un espacio de desahogo.

En la adolescencia, la separación de sus padres constituyó uno de los eventos más difíciles para él, pues no le fue fácil asumir esta ruptura familiar y el adaptarse a un ambiente distinto, lejos de su padre, abuela materna y amigos del colegio.

En la adultez Raúl conforma su actual hogar y asume el rol de un padre responsable y trabajador, siendo el ejemplo de sus tres hijos, quienes ven en su padre un hombre admirable.

CONTEXTO

Familia: Raúl cuenta con una red de apoyo familiar, esposa e hijos han estado pendiente del cuidado y la atención del paciente. Si bien la relación es estrecha en ocasiones presentan dificultades en la expresión de emociones.

Social y Recreacional: Raúl cuenta con una red social amplia, asiste con frecuencia a actividades sociales y recreacionales que le permiten salirse de situaciones de estrés y cotidianidad laboral.

Estado de Salud: Mieloma múltiple.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Eje I: Episodio depresivo y ansioso asociado a enfermedad médica

Eje II: Rasgos de personalidad dependientes

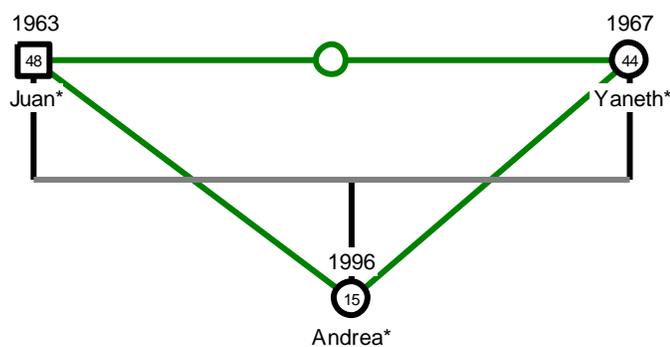
Eje III: Hernia discal, Mieloma múltiple

Eje IV: dificultad comunicación de emociones con esposa e hijos

Eje V: EEAG 70 (inicial) 90 (actual)

OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

- Establecer relaciones de ayuda eficaces desde la empatía, la escucha activa y habilidades propias de la comunicación.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones reconociendo y promoviendo su autonomía.
- Favorecer el desahogo emocional utilizando el dialogo empático para buscar soluciones y actuar sobre las situación a los que está asociado.
- Construir un enlace entre médico y paciente.
- Aumentar la autoeficacia del paciente permitiéndole una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad.
- Orientar a la familia.

CASO 2**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Nombre:** Y.W**Edad:** 44 años**Estado Civil:** Casado**Lugar de nacimiento:** Valledupar**Ocupación:** Contador publico**Nivel sociocultural:** 3**1. GENOGRAMA****2. MOTIVO DE CONSULTA.**

Paciente quien después de varios estudios es diagnosticada con mieloma múltiple.

“Estoy muy asustada, no puedo dormir, no sé ni que es esa enfermedad nunca la había escuchado y solo la escucho y es como si me nombraran la muerte.

3. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMAS. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

- ✓ Ansiedad
- ✓ Inquietud

- ✓ Insomnio
- ✓ Llanto fácil
- ✓ Labilidad emocional
- ✓ Conductas de evitación frente a la enfermedad.
- ✓ Ideas recurrentes de muerte
- ✓ Sentimientos de tristeza
- ✓ Anticipación de orden negativo ante tratamientos médicos instaurados
- ✓ Dolor de difícil manejo

Paciente quien manifiesta cuadro clínico de un mes y medio de evolución, dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo, refiere pérdida de peso de 4 kg en un mes, antecedentes en resección de mama izquierda con patología normal.

DESCRIPCIÓN DE HISTORIA DE VIDA.

Yaneth proviene de una familia extensa, siendo la quinta de ocho hermanos (cinco hombres, tres mujeres) esta era una su familia de orientación matriarcal, su madre se dedicó durante su vida a las labores del hogar y la crianza de los hijos mientras su padre trabajaba como comerciante en pueblos cercanos del Departamento del Cesar. La paciente describe a su madre como una mujer de armas tomar, pues era ella quien tomaba las decisiones familiares y quien hacía cumplir las reglas en el hogar.

Su padre, un hombre paciente y trabajador, siempre les inculcó el valor del estudio y el trabajo, por lo que todos los hijos desde muy jóvenes trabajaron junto a él, ella era la encargada de llevar la contabilidad de los negocios de su padre, despertándose en ella interés por carreras profesionales afines con la labor que realizaba.

Su familia fue muy unida, Yaneth recuerda con facilidad momentos agradables de su infancia como paseos a río, festejos de cumpleaños, navidades, días de la madre, etc.

Durante su infancia y adolescencia la paciente se caracterizó por ser una joven muy disciplinada e inteligente, destacándose en el colegio por sus buenas calificaciones y su compañerismo, pues era ella quien le explicaba a sus compañeros las materias más difíciles, como física, matemáticas y

química. A los 17 años Yaneth se gradúa de secundaria y dos años después entra a estudiar contaduría pública en UPC de Valledupar.

Mientras se encontraba estudiando en la universidad conoció a el que actualmente es su esposo, su padre al principio se opuso a esta relación pues Juan era un muchacho humilde y sin estudios universitarios, no obstante muy trabajador. Al pasar el tiempo se ganó el cariño de su familia, logrando obtener la bendición de estos para el matrimonio por la iglesia cristiana.

Durante estos años, la relación marital ha sido muy buena, Juan es un hombre entregado al hogar y a su familia; aunque siempre desearon tener tres hijos, tienen solo una hija de 15 años, pues durante el embarazo Yaneth tuvo muchas complicaciones y riesgos por lo que tomaron la decisión de no tener más hijos.

CICLO DE VIDA

La infancia de la paciente se desarrolló bajo patrones de crianza rígidos, desde muy niña asumió responsabilidades con sus padres en cuanto al cumplimiento de actividades que involucraban a la familia.

En su adolescencia y de acuerdo a lo inculcado por sus padres Yaneth fue una joven disciplinada y exigente consigo misma; siendo adulta joven conoce a su esposo y se dedica a el hogar formando una familia unida con la cual se siente feliz.

CONTEXTO

Familia: En la actualidad la paciente vive con su esposo y su única hija quienes son su principal red de apoyo, Yaneth cuenta con su familia extensa quien siempre ha estado apoyándola y ayudándola tanto económica como emocionalmente.

Social y Recreacional: La paciente asiste a una iglesia cristiana encontrando como red de apoyo a las personas que asisten a la misma, su estrategia de afrontamiento se centraliza en oraciones y lecturas cristianas en donde también encuentra refugio.

Estado de Salud: Mieloma múltiple

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Eje I: Síntomas ansiosos asociada a enfermedad médica

Eje II: No aplica

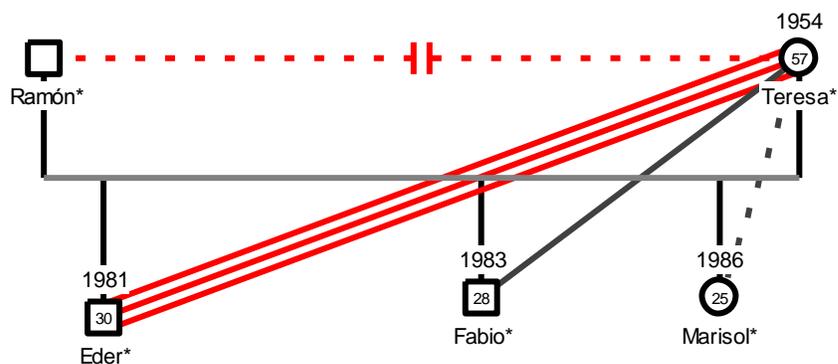
Eje III: Mieloma múltiple

Eje IV: Dificultades económicas

Eje V: EEAG 70 (inicial) 90 (actual)

OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

- Establecer relaciones de ayuda eficaces desde la empatía, la escucha activa y habilidades propias de la comunicación.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones reconociendo y promoviendo su autonomía.
- Favorecer el desahogo emocional utilizando el dialogo empático para buscar soluciones y actuar sobre las situación a los que está asociado.
- Construir un enlace entre médico y paciente.
- Aumentar la autoeficacia del paciente permitiéndole una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad.
- Orientar a la familia.

CASO 3**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Nombre:** T.F**Edad:** 52 años**Estado Civil:** Separada**Lugar de nacimiento:** San Gil**Ocupación:** Pensionada**Estrato socioeconómico:** 5**1. GENOGRAMA****2. MOTIVO DE CONSULTA.**

“No quiero saber de nada, ya no tengo ganas ni de vivir, ni siquiera el tratamiento farmacológico para el dolor me sirve”

3. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMAS. HISTORIA Y ANTECEDENTES PROBLEMA.

- ✓ Irritabilidad
- ✓ Tristeza y sentimientos negativos (frustración, ira, impotencia).
- ✓ Conductas evitativas a nivel social
- ✓ Pobres mecanismos de afrontamiento.

- ✓ Actitud pasiva y poco colaboradora
- ✓ Anticipación negativa hacia los tratamientos para manejo de dolor
- ✓ Anhedonia
- ✓ Recurrentes quejas de dolor a pesar de tratamiento farmacológico

DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA.

Teresa es la mayor de 5 hermanas, nació en San Gil Santander, lugar donde transcurrió su infancia y parte de su juventud.

Su padre, un hombre estricto y rígido era quien solventaba económicamente a la familia, mientras su madre se dedicaba a las labores hogar.

La paciente estudió en un colegio católico donde le inculcaron los valores propios de una mujer cristiana, por tal motivo por mucho tiempo creyó que su vocación era la de ser monja.

La relación con sus hermanas siempre fue buena, fueron muy unidas y sus discusiones nunca pasaban a mayores instancias, como hermana mayor trató de cuidarlas, pues ésta era una de las responsabilidades encomendada por sus padres. Teresa siempre se caracterizó por ser una niña obediente y responsable, tanto así, que en ocasiones se sentía presionada por sus padres quienes veían en ella el ejemplo que tenían que seguir sus hermanas; este fue uno de los motivos de discusión entre ellas pues sentían que constantemente la estaban comparando, por lo cual Teresa trataba de explicarles y aclararles la situación para que no fuera motivo de discordia entre hermanas.

Terminando el colegio conoce al primer hombre de su vida del cual se enamora y cambia su perspectiva del amor y de su futuro, decide que no quiere ser monja, situación que fue motivo de discordia con sus padres quienes se opusieron a la relación desde el inicio hasta el final. Al término de su relación sentimental, la paciente continúa firme con su decisión de no querer ser monja, al tiempo sus padres comprenden y respetan la decisión.

Teresa se gradúa con esfuerzo y dedicación como licenciada e inicia a trabajar como profesora en un colegio de San Gil, durante ese tiempo conoce a un hombre llamado Ramón, militar de profesión del cual se enamora llegando a casarse y teniendo 3 hijos (Eder, Mario y Marisol).

Los primeros años de matrimonio fueron buenos, al pasar el tiempo y cuando tuvo su primer hijo Ramón comienza a maltratarla física y psicológicamente. Teresa recuerda momentos muy difíciles junto a él, sus dos hijos mayores eran testigos de cada uno de los golpes y agresiones a las que era expuesta día a día. Después de seis años de matrimonio y de ser expuesta a humillaciones la paciente decide separarse de Ramón e iniciar una nueva vida en Bucaramanga al lado de sus hijos y con el apoyo de su familia.

Actualmente Teresa se encuentra pensionada del magisterio vive con dos de sus hijos con lo que tiene muy buena relación.

CICLO DE VIDA

La infancia de la paciente fue muy tranquila, se caracterizó por ser una niña obediente con sus padres quienes veían en ella el ejemplo a seguir por sus hermanas. Una de las situaciones más difíciles tanto para Teresa como para sus padres fue saber que la paciente no quería ser monja, no obstante al tiempo lograron comprenderla.

Cuando Teresa decide formar un hogar fracasa pero con el apoyo de su familia logra salir adelante.

CONTEXTO

Familia: En la actualidad la paciente vive con sus dos hijos menores con los cuales tiene una relación tranquila, la relación más afectiva la tiene con su hijo mayor quien se encuentra lejos. La paciente cuenta con red de apoyo familiar.

Social y Recreacional: Actividades de ocio y recreación limitadas. Tiene contacto ocasional con ex compañeras de trabajo.

Estado de Salud: Paciente cáncer de cérvix estadio II operado.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Eje I: Trastorno depresivo Mayor

Eje II: No aplica

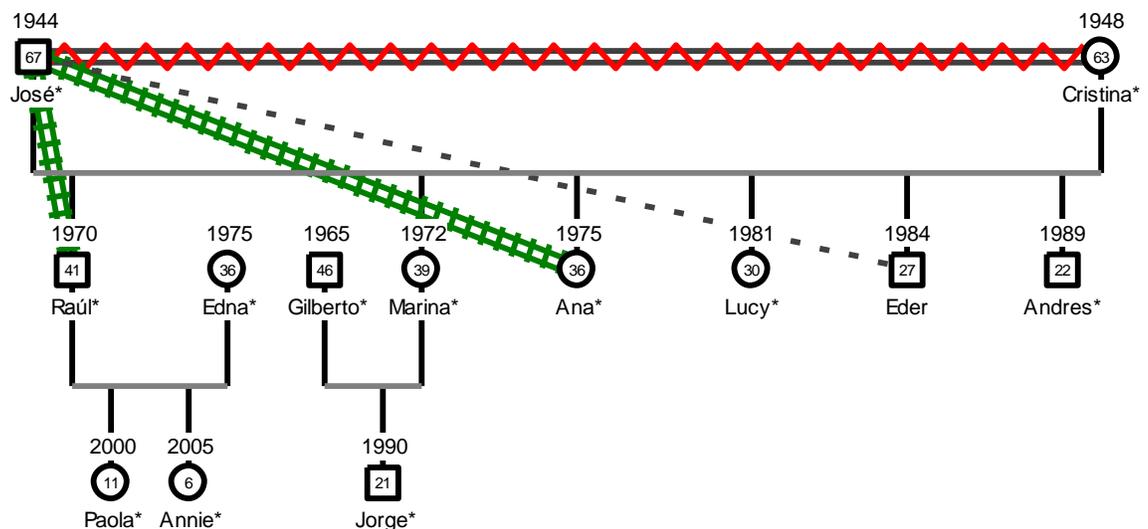
Eje III: Cancer de cervix

Eje IV: No aplica

Eje V: EEAG 60 (inicial) 70 (actual)

OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

- Establecer relaciones de ayuda eficaces desde la empatía, la escucha activa y habilidades propias de la comunicación.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones reconociendo y promoviendo su autonomía.
- Favorecer el desahogo emocional utilizando el dialogo empático para buscar soluciones y actuar sobre las situación a los que está asociado.
- Construir un enlace entre médico y paciente.
- Aumentar la autoeficacia del paciente permitiéndole una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad.
- Orientar a la familia.

CASO 4**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Nombre:** J.M**Edad:** 67 años**Estado Civil:** Casado**Lugar de nacimiento:** Medialuna**Ocupación:** Sin empleo**Nivel socioeconómico:** 3**1. GENOGRAMA****2. MOTIVO DE CONSULTA.**

“Parece que las cosas no están bien como mi salud”

3. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMAS. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

- ✓ Inquietud
- ✓ Dificultad para conciliar el sueño
- ✓ Inicialmente conspiración de silencio por parte de los familiares

4. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA.

José provine de una familia humilde, hijo de padres campesinos quienes vivían del campo en un corregimiento cerca de Municipio de San Diego Cesar, llamado Media Luna.

Desde que José era muy joven aprendió de su padre todas las labores y actividades pertenecientes al campo, desde la siembra hasta la venta de las cosechas, así como la cría de animales; él ayudaba a su padre con la economía de su hogar, mientras su madre se hacía cargo de las labores del hogar y de la crianza de sus cuatro hermanas.

José nunca asistió al colegio, lo poco aprendió lo hizo junto a su padre en los negocios que realizaba. Cuando tenía 18 años su padre fallece de un infarto, esta situación fue muy difícil para él quien tuvo que asumir las responsabilidades económicas no sólo de su familia nuclear, sino también de su humilde novia quien para esa época estaba embarazada. Los años próximos no fueron nada fácil para el señor José ya que tenía que trabajar arduamente para suplir las necesidades de su familia, y enfrentar sobrevivir al conflicto armado que se presentaba en esa época en su corregimiento.

Años después, José cansado de la difícil situación de orden público en su pueblo, decide vender las tierras y partir en busca de nuevas oportunidades a pueblos cercanos; se va junto a su esposa y su madre, mientras sus hermanas se quedan en Media Luna trabajando

José tuvo 6 hijos con la única mujer de su vida, quien se caracterizó por ser una mujer sumisa y que nunca le recriminó a José por sus desaires y peleas en estado de embriaguez. Aunque José tenía problemas con el alcohol, era un hombre muy trabajador y siempre respondió por su familia, él trabajó como arriero durante años y les dio estudio a sus hijos, quienes posteriormente pudieron trabajar y retribuirle el esfuerzo realizado.

Dos de sus hijos partieron a buscar oportunidades laborales en Ocaña Norte de Santander. Años mas tarde lograron estabilizarse económicamente llevándose a sus padres junto a ellos proporcionándoles una casa que es donde actualmente viven.

CICLO DE VIDA

La infancia del paciente transcurre en la zona rural donde desde muy joven aprendió las labores propias del campo logrando ayudarlo a su padre con la economía del hogar. José desde muy joven asume responsabilidades es así que es padre a los 18 años y asume la responsabilidad de su esposa y su madre.

CONTEXTO

Familia: En la actualidad la paciente vive con su esposa y su hijo menor, quien tiene retardo mental; reciben ayuda económica de sus hijos así como el apoyo emocional necesario. La relación con su esposa es distante a diferencia con la de sus hijos que es de apoyo incondicional.

Social y Recreacional: El paciente cuenta con mucho tiempo libre, ya que sólo labora muy pocas horas diarias ayudándole a su hijo en el restaurante de su propiedad; este tiempo de ocio lo dedica a la tertulia y la ingesta de alcohol esporádica.

Estado de Salud: Paciente con diagnóstico reciente de cáncer gástrico.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Eje I: Episodios de ansiedad

Eje II: No aplica

Eje III: cáncer gástrico, hiperoxia

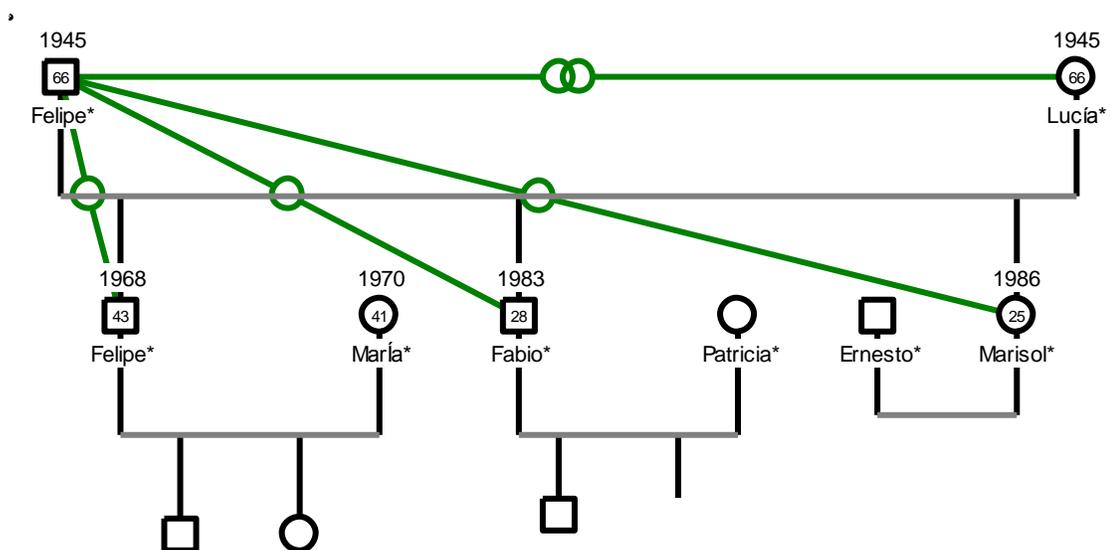
Eje IV: Problemas relativos al grupo primarios de apoyo Conspiración de silencio

Eje V: EEAG 90 (inicial) 90 (actual)

OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

- Establecer relaciones de ayuda eficaces desde la empatía, la escucha activa y habilidades propias de la comunicación.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones reconociendo y promoviendo su autonomía.
- Favorecer el desahogo emocional utilizando el dialogo empático para buscar soluciones y actuar sobre las situación a los que está asociado.

- Construir un enlace entre médico y paciente.
- Aumentar la autoeficacia del paciente permitiéndole una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad.
- Orientar a la familia.

CASO 5**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Nombre:** F.D**Edad:** 66 años**Estado Civil:** Casado**Hijos:** 3**Lugar de nacimiento:** Barrancabermeja**Ocupación:** Conductor de camión**Estrato socioeconómico:** 4**GENOGRAMA****MOTIVO DE CONSULTA.**

“Tengo una enfermedad grave, y lo único que le pido a mi Dios es que no permita sufrir”

LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMAS

DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA.

El paciente proviene de una familia disfuncional, hijo de padres separados en donde el maltrato y la violencia hacían parte del diario vivir.

Felipe recuerda su infancia con mucha tristeza pues constantemente era testigo del abuso físico y psicológico que su padre le proporcionaba a su madre. Este era un hombre tosco y violento con el cual tenía muy poco contacto por el temor que le generaba, aunque en ocasiones su padre trataba de acercársele, Felipe actuaba con rechazo y desprecio.

El paciente fue el mayor de dos hermanos, su hermano menor nació un año después que él por lo cual la diferencia de edades era muy corta y su vínculo afectivo muy fuerte, eran como hermanos gemelos.

La madre del paciente trabajaba como costurera, de esta forma y con ayuda de su abuela materna lograban solventar las necesidades del hogar.

Felipe fue un niño muy travieso, junto a su hermano fueron el dolor de cabeza de su madre quien constantemente era llamada del colegio por sus travesuras. El paciente realiza hasta sexto bachillerato, posteriormente se va junto a un tío quien trabajaba con un camión transportando tomate; aprendió a manejar desde muy pequeño y cogió el gusto por tal labor. A su tío lo matan violentamente cuando tenía 18 años por deudas con personas del mismo gremio, no obstante Felipe sigue la labor de su tío.

Cuando Felipe cumple 27 años su hermano muere en un combate militar pues este pertenecía a las fuerzas militares, este hecho marco la vida no sólo de Felipe sino también de su madre quien entró en una gran depresión, a los cinco años su madre muere según el paciente por pena moral.

A los 30 años conoce a Lucia (esposa) una mujer muy trabajadora con la que se casa y tiene tres hijos. Los dos trabajaban muy duro para conformar un hogar estable, Felipe viajaba transportando productos agrícolas y Lucia como empleada de un súper mercado de la ciudad. La relación entre los dos era buena, Felipe se caracterizó por ser un buen padre y se esforzó para que sus hijos estudiarán una carrera técnica o profesional.

Actualmente sus hijos son su orgullo, son una familia cohesionada y muy afectiva.

CICLO DE VIDA

La infancia del paciente no fue nada fácil pues constantemente tenía que presenciar el maltrato que su padre le daba a su madre, si bien esas cosas eran difíciles para Felipe y su hermano, estos se refugiaban en el juego y las travesuras así lograban aminorar la tristeza que les ocasionaba ver su madre sufrir.

Una de los eventos más difíciles para Felipe fue la muerte de su hermano, durante mucho tiempo el paciente entro en una gran depresión.

Tiempo después conoce a su actual esposa con la cual se casa y tienen un hogar basados en la unión y la armonía.

CONTEXTO

Familia: En la actualidad el paciente vive con su esposa con la cual tiene una relación armoniosa. Sus hijos se encuentran fuera de casa no obstante mantienen en constante contacto. Red de apoyo familiar estable

Social y Recreacional: El paciente cuenta con red de apoyo social, hace parte de la junta de acción comunal de su barrio y en el tiempo libre se reúne con sus amigos a jugar domino.

Estado de Salud: Paciente con cáncer broncogenico

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Eje I: No aplica

Eje II: No aplica

Eje III: cáncer gástrico, hiperoxia

Eje IV: Problemas relativos al grupo primarios de apoyo Conspiración de silencio

Eje V: EEAG 95 (inicial) 80 (actual)

OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

- Establecer relaciones de ayuda eficaces desde la empatía, la escucha activa y habilidades propias de la comunicación.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones reconociendo y promoviendo su autonomía.
- Favorecer el desahogo emocional utilizando el diálogo empático para buscar soluciones y actuar sobre las situaciones a las que está asociado.
- Construir un enlace entre médico y paciente.
- Aumentar la autoeficacia del paciente permitiéndole una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad.
- Orientar a la familia.

