

Elisabet Modolell, Jaime Sanz y Susana Casado

Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Resumen

En el presente artículo proponemos un modelo de primera entrevista por parte de un psicólogo a un paciente enfermo de cáncer. Partimos del modelo de integración del psicólogo en los equipos de Oncología. Referimos la importancia de la comunicación como elemento central de la relación terapéutica. La comunicación debe ser cálida y empática. Destacamos la presencia de emociones por parte del paciente y del profesional de la salud. Los psicólogos deben ser expertos en el manejo de las emociones propias, de las del paciente y de las del equipo sanitario. El objetivo de la primera entrevista con una persona con cáncer es conocer a la persona y establecer con ella un vínculo. Se debe lograr una relación de confianza mutua que permita establecer una ayuda. Dos momentos claves de la entrevista que no se deben descuidar son el saludo y la despedida. La información que debemos recabar incluye datos sociodemográficos, datos de la enfermedad y el relato de ésta por parte del paciente. En la exploración psico-oncológica examinamos el área de los síntomas, la conducta, las emociones, las cogniciones, las creencias espirituales y el apoyo socio-familiar. Para ello lo más importante es escuchar, sintonizar con el paciente y pactar unos objetivos.

Palabras clave: comunicación, emoción, entrevista clínica, Psicooncología.

Abstract

In the present article we expose a model for a first psychological interview with cancer patients. We set our basis on the integration of the psychologist on the Oncology teams. We refer the importance of communication. Communication is the central element of the therapeutic relationship. The meeting ought to be warm and empathic. We detach the presence of both patient and care-givers emotions. Psychologists should be experts managing their own emotions, the patient and his family's emotions and the sanitary team emotions. The first interview objective is as simple as getting to know the patient and to establish a profitable link. We aim to reach a mutual confidence to allow an assistance relationship. Two key moments that we shall not neglect are greeting and farewell. The information we manage to get includes socio demographic data, illness news and the illness patient narration. In the psycho-oncologist exploration we examine the symptoms area, behaviour, emotions, cognitions, spiritual beliefs and socio familiar support. The most important thing in a first psycho-oncologist interview is listening, connecting with the patient and come to an agreement to reach the objectives.

Key word: communication, emotion, clinical interview, Psychooncology.

El equipo interdisciplinar atiende las necesidades de la persona de forma global. Creemos que es importante definir un modo idóneo de actuación que pueda servir de guía para acercarnos al paciente oncológico. En el presente artículo pretendemos establecer una opción de primera entrevista con un enfermo con cáncer. La propues-

ta que vamos a desarrollar de la intervención psicológica surge de una visión integrada y holística⁽¹⁾. El objetivo a alcanzar es minimizar el malestar y el sufrimiento de la persona⁽²⁾.

En cualquier encuentro personal la primera impresión es esencial y determinante para el futuro de la relación. En esa circunstancia la entrevista es fundamental para establecer el vínculo y la confianza necesaria para que la relación de ayuda sea efectiva. Este contacto es clave para instaurar un pacto en el que la persona expresa sus nece-

Correspondencia:

Jaime Sanz Ortiz
Avenida de Valdecilla, s/n. 39008. Santander
E-mail: oncsoj@humv.es

sidades y el terapeuta expone los recursos de que dispone. Ambos deben comprometerse a trabajar conjuntamente con el fin de alcanzar una meta fijada.

El elemento clave sobre el que pivota cualquier entrevista es la comunicación. En el caso de nuestros pacientes hay sufrimiento físico, psicológico y/o amenaza vital. Por ello la comunicación está teñida de múltiples emociones tanto del paciente como de los profesionales involucrados. Es necesario identificar tabúes y tratar de definir y concretar emociones emergentes con el fin de afrontarlas. Una vez desgranado el contenido comunicativo y emocional pasaremos a describir la información que pretendemos extraer y de qué manera lo hacemos para finalizar a modo de conclusiones.

La comunicación está presente en cada instante en la vida diaria. Es un proceso de intercambio recíproco de mensajes muchas veces inconscientes. Todos los seres humanos necesitan expresar sus sentimientos y pensamientos a otros. Sin embargo, nadie nos enseña a comunicar. En nuestra formación nadie nos habla sobre la importancia de expresar y compartir nuestros pensamientos y mucho menos nuestros sentimientos. En la denominada sociedad de la información, la incomunicación es uno de los problemas más destacados.

La comunicación, ya de por sí difícil, se complica mucho más cuando implica sentimientos dolorosos, miedo, estigma o culpa, todos ellos presentes en muchos casos en la relación de los pacientes oncológicos con su entorno⁽³⁾. En el trato del paciente con el personal sanitario una buena comunicación es crucial⁽⁴⁾.

La comunicación sin prisas, cálida y empática es en sí misma terapéutica. Mejora la adherencia al tratamiento, la tolerancia a los síntomas, el ajuste emocional y en definitiva, influye positivamente en la calidad de vida⁽⁵⁾. La comunicación efectiva requiere aprender el arte de escuchar. Un intercambio comunicativo a menudo implica contestar preguntas delicadas. Por último, la comunicación en Oncología supone inevitablemente hacer frente a reacciones

emocionales. Como es de suponer, la comunicación es de gran valor en las entrevistas clínicas. Especialmente, de cara a establecer una buena relación terapéutica, la primera entrevista es clave.

¿Qué son las emociones?. ¿Somos los psicólogos especialistas en el afrontamiento de las emociones?. Podríamos decir que son las grandes desconocidas, incluso en muchos ámbitos de la Psicología y también de la Medicina. La Psicología las define como un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos de origen innato, influidos por la experiencia y con una función adaptativa. Otros expertos consideran que no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos dentro de una misma situación, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación. Todos los humanos, sanos o enfermos, tenemos emociones que influyen directamente en nuestra conducta diaria.

Las emociones han sido consideradas poco relevantes y siempre se ha dado más importancia a la razón⁽⁶⁾. Al ser estados afectivos revelan motivaciones, deseos, necesidades y objetivos personales. De todas formas, es difícil predecir la conducta futura del individuo a partir de la emoción, aunque nos puede ayudar a intuirlo. Las emociones tienen un componente comportamental (expresiones faciales, gestos, distancia interpersonal) y otro fisiológico que es involuntario (temblar, sonrojarse, sudar, dilatación pupilar, aumento del ritmo cardíaco). También son componentes de la emoción los aspectos sociales o psicológicos.

En los últimos años ha tomado vigencia el concepto de Inteligencia Emocional (IE). Este concepto se refiere a tratar de identificar las propias emociones; saber qué es lo que siento (miedo, tristeza, alegría, rechazo, ira, resentimiento); poder verme a mí y a los demás de forma positiva y objetiva. La IE es la capacidad de interactuar con el mundo de forma receptiva y adecuada. Es

importante conocer las habilidades que sirven para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada en el terreno personal y social.

Las características básicas y propias de la persona emocionalmente inteligente son:

- Poseer suficiente grado de autoestima
- Ser personas positivas
- Saber dar y recibir
- Empatía (entender los sentimientos de los otros)
- Reconocer los propios sentimientos
- Ser capaz de expresar tanto los sentimientos positivos como los negativos
- Ser capaz también de controlar estos sentimientos
- Motivación, ilusión, interés
- Tener valores alternativos
- Superación de las dificultades y de las frustraciones
- Encontrar equilibrio entre exigencia y tolerancia

En una entrevista es preciso detectar las emociones del paciente y respetar su expresión. Cuando las emociones colman la consulta es conveniente no perder el contacto ocular, respetar el tiempo que dure la emoción sin interrumpirla y la proximidad física. Seguidamente hay que identificarlas y ponerles un nombre, clasificarlas y por último tratarlas e incidir en ellas en la medida de lo posible y necesario.

Tanto los médicos como los psicólogos se han ocupado algo de las emociones del paciente y sus familiares, pero han obviado reiteradamente sus propias emociones. En todas las entrevistas inevitablemente se generan emociones positivas y negativas en los dos lados de la mesa. Los profesionales de la salud deberían estar entrenados en manejar las emociones de los pacientes y allegados pero sobre todo deberían vencer el pudor de hablar de sus propias emociones para poder gestionarlas y favorecer los vínculos con los pacientes. Los médicos y los psicólogos deberíamos desarrollar nuestra capacidad para manejar las emociones propias y ajenas.

El escenario donde se desarrollan los acontecimientos anteriormente descritos es la entrevista clínica. Es un proceso de interrelación que se produce entre al menos dos personas que intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus sentimientos e ideas, por medio de expresiones verbales y no verbales. Es un diálogo entre dos o más seres humanos que se encuentran en una posición asimétrica. Debido a esta diferencia, es imprescindible respetar al paciente, interesarse de verdad por la persona y su problemática.

En una conversación con un paciente oncológico son muchas cosas las que se pueden hablar, pero hay unos aspectos en los que es interesante hacer hincapié. La entrevista que proponemos es semi-estructurada. El objetivo prioritario es conocer al paciente y establecer con él una relación terapéutica.

Asimismo hay que tratar de identificar las problemáticas más destacadas ya que presuponer en la mayoría de los casos lleva al error. La eficacia de una terapia depende en gran medida de la calidad de la relación entre el terapeuta y el paciente.

EL SALUDO

Supone el primer contacto con el paciente y hay que cuidarlo. Es importante levantarse a saludar, estrechar la mano, mirar a los ojos, sonreír y presentarse. Acompañar al paciente a su sitio y sentarse cerca y sin obstáculos entre los dos. Si hubiera un familiar es aconsejable explicarle la duración aproximada de la entrevista.

El lugar en el que debe tener lugar la entrevista es un sitio en la medida de lo posible silencioso, privado, libre de interrupciones, bien iluminado y con una temperatura agradable.

LA INTRODUCCIÓN

Preguntarle al paciente simplemente cómo está. Escuchar. En algunos casos a partir de este momento es el paciente es el que va elaborando el guión de la entrevista

y hay que dejarle su espacio para que diga lo que necesite y dedicarnos a escuchar. En otros casos nos interesamos por saber qué le ha decidido a ir a la consulta de un psicólogo. Explicar al paciente en qué consistirá la sesión aproximadamente, de qué vamos a hablar y el tiempo aproximado del que disponemos.

LA INFORMACIÓN BÁSICA

Tratamos de recabar información sobre datos sociodemográficos. La mayor parte de estas referencias las podemos consultar previamente en la Historia Clínica. Recogemos el número de historia clínica (NHC), el nombre y apellidos, la edad, el estado civil, lugar de nacimiento y de residencia. Del mismo modo registramos el número y localización de hijos, nietos y demás familia. Profesión, situación laboral previa al diagnóstico y actual. Por último nos interesamos por aficiones y amistades del paciente.

LA ENFERMEDAD

El primer diagnóstico con fecha, los tratamientos recibidos, el estado actual de enfermedad y el pronóstico de la misma. Anotamos el índice de Karnofsky y si el paciente está en régimen ambulatorio o de ingreso. Aparte de los datos oncológicos objetivos nos interesa el relato de enfermedad por parte del paciente. Su narración nos va a dar muchas claves sobre su propia vivencia, el significado que le da al cáncer en su contexto vital y su estilo de afrontamiento. Si el paciente verbaliza la palabra "cáncer" podemos preguntar abiertamente sus conocimientos previos, saber si ha tenido casos cercanos, cómo se han resuelto, qué ideas preconcebidas tenía del cáncer y si han cambiado actualmente.

Recogemos información sobre antecedentes de enfermedad psiquiátrica, tanto familiar como personal y si en la actualidad está en tratamiento con psicofármacos.

LA EVALUACIÓN PSICO-ONCOLÓGICA

Se recogerán los siguientes aspectos:

Los **síntomas** secundarios a la enfermedad, efectos secundarios de los tratamientos y cualquier alteración del sueño y del apetito.

Si existe algo llamativo en la **conducta** que observamos en el paciente.

Las **emociones** del paciente, siempre haciendo hincapié en la ansiedad y la depresión⁽⁷⁾. Cuando sea posible pasamos las escalas análogo-visuales de ansiedad y de depresión basadas en el termómetro de afectación emocional de Holland (1999). La culpa, el miedo, la soledad, los sentimientos de inutilidad, la angustia, la hostilidad y la desesperanza son emociones nombradas muy frecuentemente por los pacientes de cáncer.

Las **cogniciones** del paciente: saber si está informado, qué pensamientos tiene, qué cosas le preocupan. Determinar el estilo de afrontamiento del paciente, los mecanismos de defensa que usa, sus pensamientos recurrentes y falsas creencias.

Explorar las **creencias espirituales** de la persona, si las tiene, si han cambiado, si le ayudan a afrontar la enfermedad.

Por último examinar el apoyo emocional de la familia y cuidador/es principales, si hay problemática sociofamiliar o económica añadida que pueda dificultar el ajuste emocional a la enfermedad.

LA DESPEDIDA

Siempre resulta útil dejar un espacio a que el paciente pregunte cualquier duda o cuestión que necesite resolver. Se debe hacer un breve resumen de las conclusiones que hemos extraído y avanzar posibles vías a tratar en la próxima sesión, así como explicar el procedimiento de citas y consultas, citar al paciente y despedirse estrechando la mano y acompañándole a la puerta.

CONCLUSIONES

Lo que realmente ayuda al paciente no es lo que decimos o hacemos, sino lo que somos. Una primera entrevista de un psicólogo con un paciente de cáncer puede durar más de una sesión. En ella la palabra clave siempre es escuchar. Escuchar lo que dice el paciente, cómo lo dice, y también lo que no dice, el lenguaje no verbal. Una vez tenemos toda la información debemos ser capaces de emitir una impresión diagnóstica y establecer unas indicaciones terapéuticas encaminadas a la mejora de la problemática. El establecimiento de los objetivos terapéuticos debe ser conjuntamente con el paciente y deben revisarse y planificarse periódicamente. Se debe sintonizar con el ritmo de elaboración del proceso que el enfermo está viviendo y situarse un paso detrás de éste. Cualquier estrategia que apliquemos surge de la alianza del paciente con el psicólogo, con el oncólogo, con el personal de enfermería y tratando de mantener la adhesión al tratamiento médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz J, Modolell E. Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología* 2004; 1(1): 3-12.
2. Thomas L. Psychological Care of the Patient with Cancer. En Holland JC, Rowland JH, editores. *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1989.
3. Die Trill, M. Más allá de las palabras: Principios generales de la comunicación con el enfermo oncológico. En: Die Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: Ades, 2003; p. 661 – 74.
4. Rowland J. Psychosocial counseling in cancer: In pursuit of perfect paradigm. *Advances* 1994; 10 (2): 19-26.
5. Arranz P, Cancio H. Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000.
6. Sanz J. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Artículo Especial. Med Clin (Barc)* 2000; 114: 222-6.
7. Escobar, Y. Comunicación e información. Apoyo psicoemocional. Ansiedad en el paciente oncológico. *Manual Seom de Cuidados Continuos* 2004; p. 609-24.

