



**INTERVENCIÓ PSICOLÒGICA
EN EL CÀNCER. Psicooncologia.
II Curs d'Oncologia Garraf**

**Cruz Sanchez Julve
Psicòloga**

Equip d'Atenció PsicoSocial. EAPS Penedès-Garraf

ATENCIÓ PSICOLÒGICA EN EL CÀNCER: PSICOONCOLOGIA

Intersecció Oncologia i Psicologia de la Salut

- Càncer: importància sanitària i social.
- Pacient i família.
- Curació i alleujament del patiment.
- Necessitat d'informació i participació decisions terapèutiques.
- Competències i habilitats dels professionals sanitaris en comunicació i maneig d'emocions.
- Prevenció de burnout.
- Prevenció, promoció i educació per a la salut.

ATENCIÓ PSICOLÒGICA EN EL CÀNCER: PSICOONCOLOGIA II

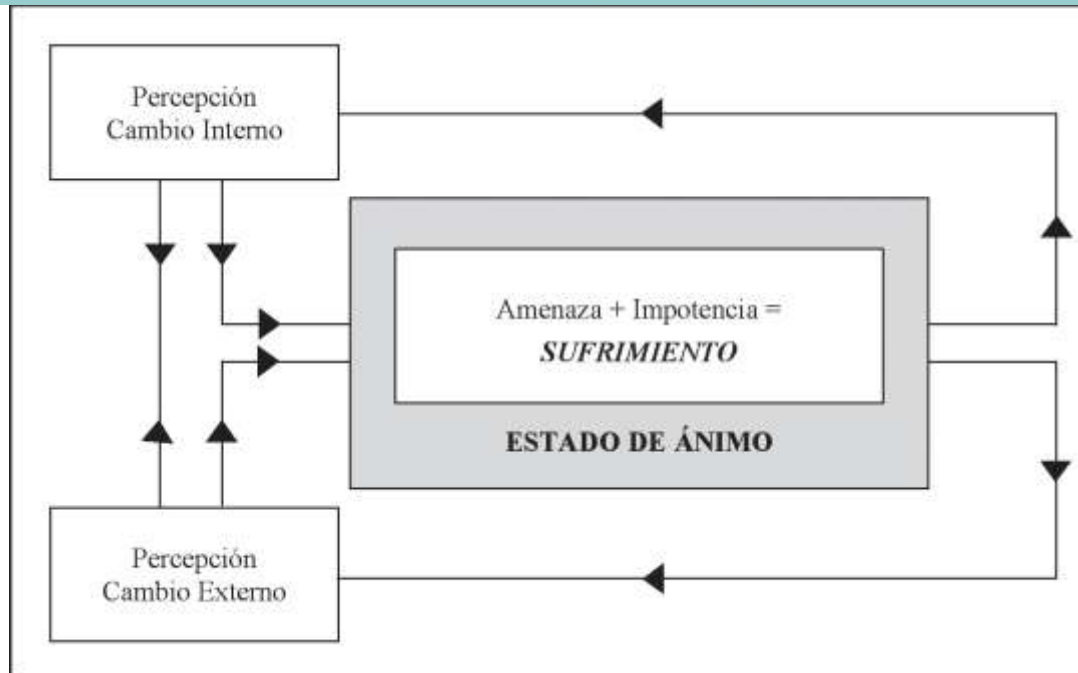
- **Amenaça vital**, confrontació amb la idea de la mort/morir. Amenaça benestar/qualitat de vida, dany personal /funcional, auto-imatge, laboral, relacional i social. **Por.**
- **Incertesa**, preocupacions **existencials** i **pèrdua dignitat.**
- **Crisis vital** i modificació patrons/projectes vitals.
- **Pèrdua de control** i estabilitat psicològica.
- Confrontació amb el sentiment de **invulnerabilitat humana.** Trencament d'aquesta il·lusió.

PORS: les “6D” Stearns et al. 1993

Death	a la mort i conseqüències de la malaltia.
Dependency	a la dependència familiar i equip.
Desfigurement	a la desfiguració i canvis corporals físico-funcionals.
Desability	a la incapacitats per aconseguir plans, metes i objectius personals.
Disruption	a la ruptura amb la vida anterior, relacions socials, laboral-econòmica,...
Discomfort	a les molèsties derivades de la malaltia i dels tractaments.

MARC REFERENCIAL

Modelo integral; Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Med Paliat 1996



- Experimenta o tem experimentar un dany físic/psicosocial que valora com a una **amenaza** important per a la seva existència o integritat psíquica u orgànica.
- Creu que no te prous **recursos** per fer-hi front amb **exit**.

MARC REFERENCIAL

- **E. Cassell:** “els que pateixen no son els cossos, son les persones”
- **C. Saunders:** “dolor total”
- **Chapman y Gravin:** “patiment”

“estat cognitiu i afectiu, complex i negatiu, caracteritzat per la sensació que experimenta la persona de trobar-se **amençada** en la seva integritat, pel sentiment d'**impotència** per fer front a aquesta amenaça i per l'**esgotament dels recursos personals/psicosocials** que li permetrien afrontar-la”



MARC REFERENCIAL II

- **Malestar emocional:** proposta de la NCCN per a no estigmatitzar ni carregar de contingut psicopatològic a les dificultats psicològiques dels pacients amb càncer.

“experiència emocional multifactorial de naturalesa **psicològica** (cognitiva/conductual/emocional) **social i espiritual** que pot **interferir** en la capacitat de fer front efectivament a la situació de malaltia, símptomes i tractaments”.

- **CSCC:** 6^o signe vital.
- **Continuum:** sentiments vs problemes incapacitants.



NOSTRES
VALORS

CÀNCER COM A EXPERIÈNCIA: Cerca Significat.

Extrema i traumàtica.

Inenarrable, inexplicable, incomprendible pels demès.

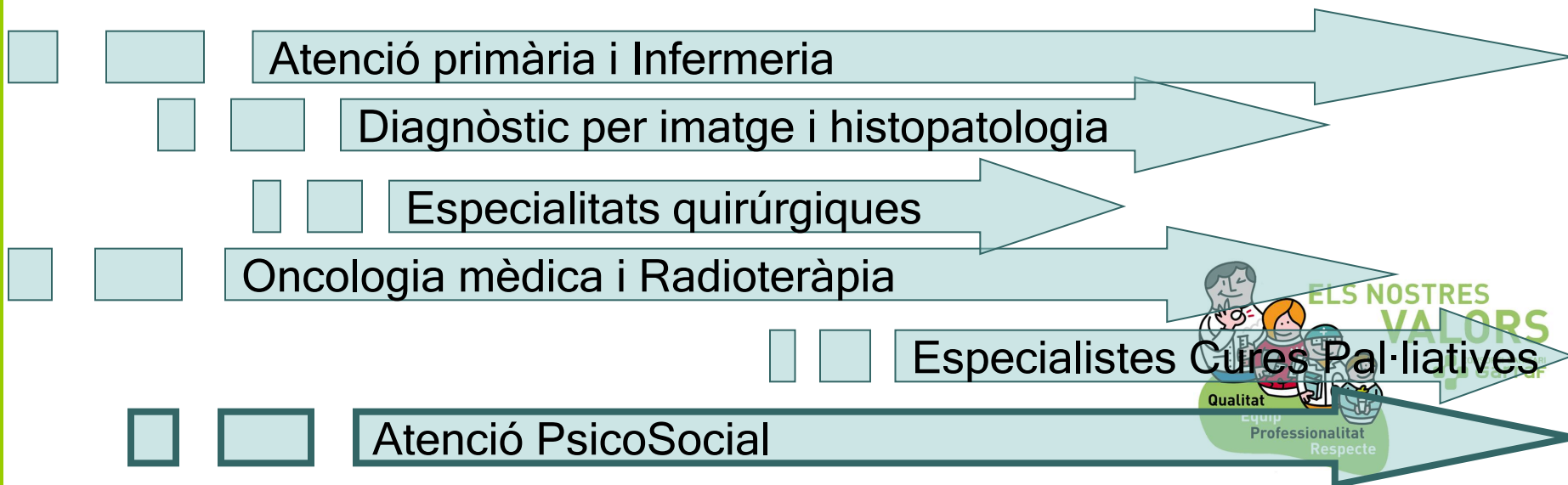
La persona és la seva **biografia**, es el viatge (Bayés).

Narrador ferit (Frank, '95) + **perspectiva narrativa** (Neimeyer, '98).

“Narradors d’històries”: establir, coherentment, continuïtat de significat en l’experiència viscuda. Tipus de narrativa:

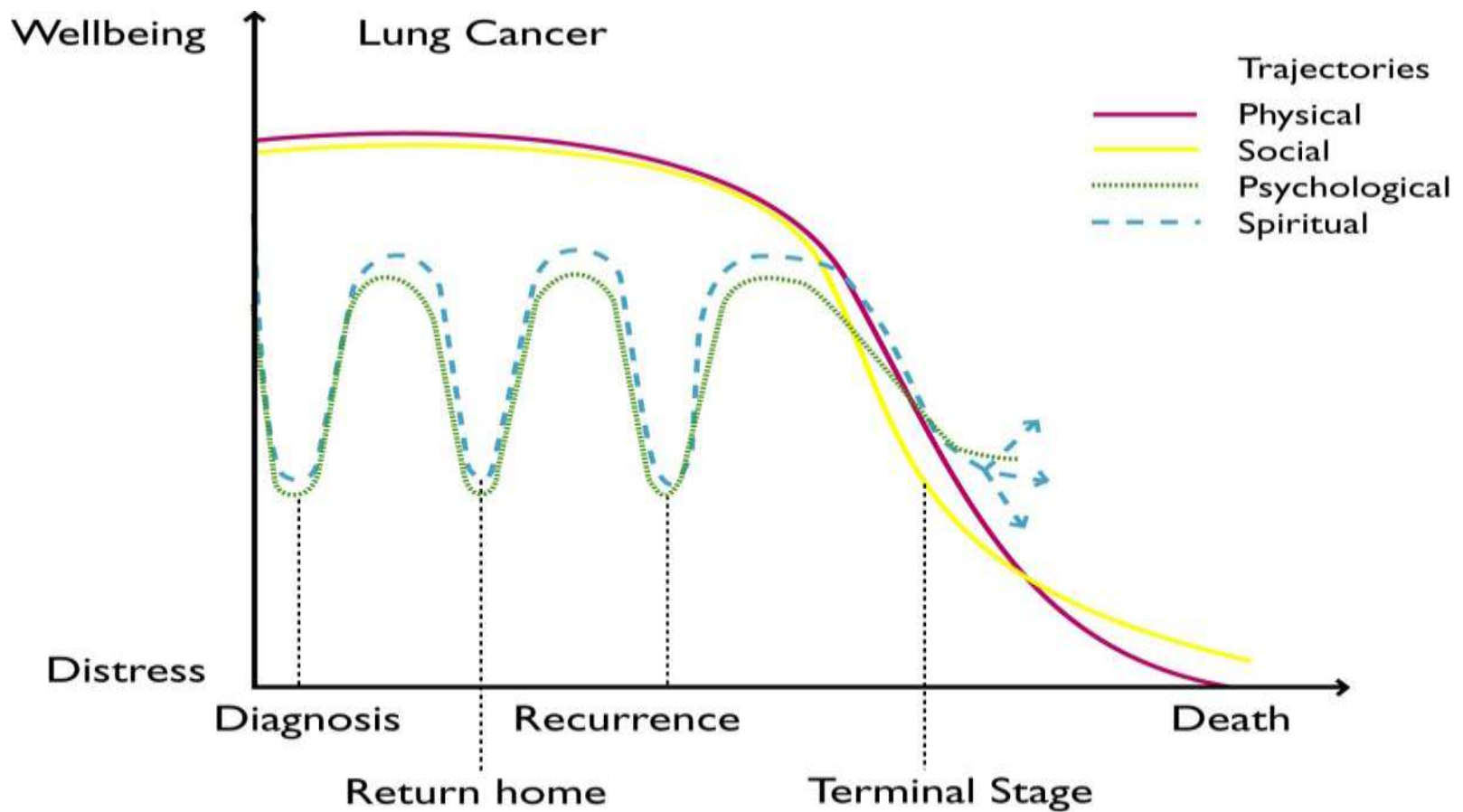
- **Restitució.**
- **Caos.**
- **Recerca.**

ATENCIÓ PSICOLÒGICA: en quin moment?



ATENCIÓ PSICOLÒGICA: Moments d'intervenció

Murray, SA et al. J Pain Sympt Man 2007



FASES I OBJECTIUS

FASE	OBJECTIUS GENERALS
Diagnòstic	Facilitar adaptació a la malaltia: percepció control, suport emocional i necessitats psicosocials i espirituals malalt/família.
Tractament	Facilitar adaptació a la CIR, proves, tments oncoespecífics i altres, efectes 2ris associats, ... Facilitar adherència terapèutica. Fomentar estils d'afrontament actiu.
Interval lliure de malaltia Llarg supervivent	Fomentar integració informació. Facilitar expressió de pors i preocupacions. Aprendre estratègies de maneig emocional i facilitar retorn a la seva vida diària. Instaurar o millorar conductes/hàbits saludables.



FASES I OBJECTIUS II

FASE	OBJECTIUS GENERALS
Altres	Consell genètic.
Recidiva	Prevenició i tractament dels estats depressius. Facilitar adaptació al nou estat de malaltia.
Terminal	Oferir atenció pal·liativa. Donar suport emocional i detectar/atendre necessitats psicosocials i espirituals. Acompanyament procés de morir, treball de dol anticipatoti i prevenició de complicacions en el dol.
Dol	Atenció procés de dol i prevenició del Dol Complicat.

ATENCIÓ PSICOLÒGICA: INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC

- Com comuniquem les males notícies pot influir en el tipus de reaccions que experimenta el pacient.
- “dir la veritat però no necessàriament tota”.
- Honestitat i realisme, sensibilitat i suport, esperança.
- La informació es beneficiosa i facilita/augmenta:
 - adherència terapèutica, cooperació equip i disminueix efectes 2ris.
 - autoestima, satisfacció i qualitat de vida.
 - percepció de control, disminuint ME i altres símptomes.
 - reorganitzar idees i programar la seva vida i la dels altres.
 - adaptació i ajust.



INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC: MALES NOTÍCIES

- Informació que altera de manera dràstica i negativament el benestar i la visió que el pacient té del seu futur.
- Investigació actual: el pas del temps no ens fa més competents, el coneixement teòric no garanteix una bona actuació, és una capacitat/competència inherent a la personalitat d'alguns professionals i no depèn de “la bona voluntat” o sentit comú.

NO-INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC: casos concrets

- Antecedents psiquiàtrics greus o risc de suïcidi.
 - Reaccions desadaptatives previes davant aconteixements vitals estressants.
 - Trastorn depressiu greu.
 - Trastorn ansietat intens.
 - Reaccions agressives.
- Rebuig clar i manifest.
 - Utilització de la negació.

INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC: Característiques a tenir en compte:

- Edat.
- Nivell educatiu i sociocultural.
- **Valors - actituds i experiències prèvies amb la mort.**
- Espiritualitat i/o religiositat.
- **Grau vol ser informat.**

- **Malalties anteriors i tipus d'afrontament.**
- Estil personalitat.
- Suport sociofamiliar.
- Relació terapèutica metge-pacient i amb equip.
- **Característiques malaltia: estadi i pronòstic.**



INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC: Procés de comunicació interpersonal. Individualitzat.

- Què i com s'ha d'informar?
 - Objectiva tot el procés mèdic i dels estats subjectius, estatus psicològic, implicacions socials i qualitat de vida.
 - Completa, precisa i congruent.
 - Verbal, estructurada, directe i comprensible.
 - Adequada a l'estil d'afrontament del pacient.
 - Ètica, certa i esperançadora.
 - Metàfores adaptades a l'estil del malalt.
 - 40- 60% oblidada/malinterpretada i efecte primàcia



INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC II

- **A qui informar?**

Al pacient i familiars conjuntament, sempre que el pacient ho autoritzi.

- **Qui ha d'informar?**

Impartida per l'especialista de l'àrea en qüestió. Congruència de la informació.

- **Quan?**

Lo més immediata possible. Específica i concreta a la situació.



INFORMAR DEL DIAGNÒSTIC: MALES NOTÍCIES: GUIES I PROTOCOL (Buckman '92)

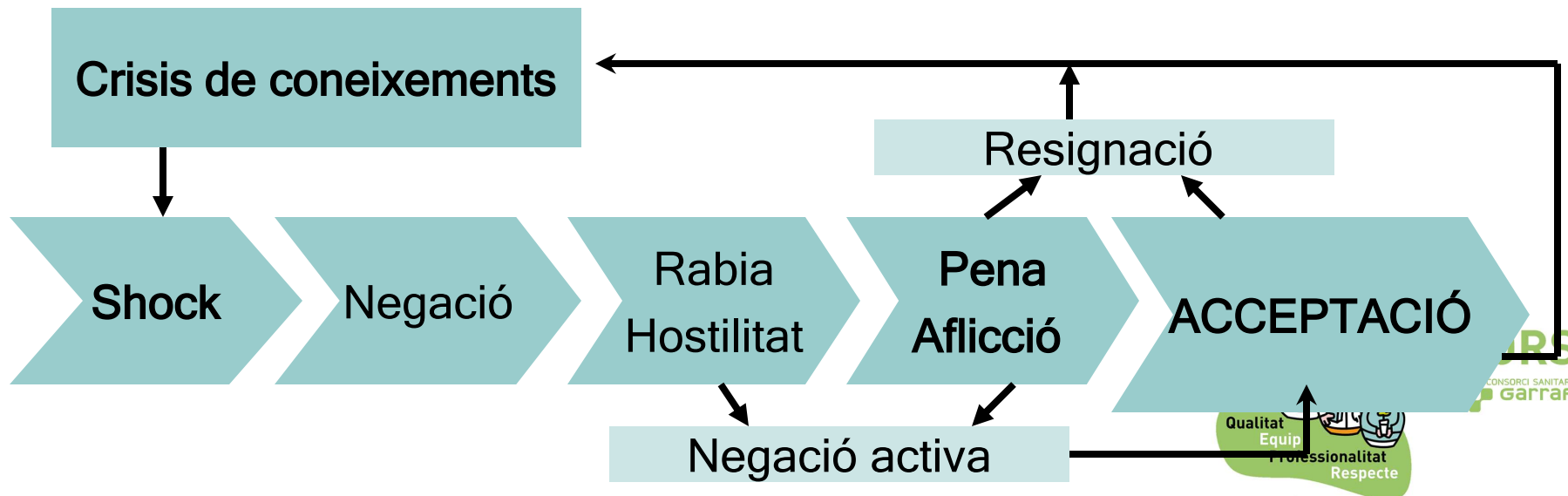
- 1) **Enquadre.** Preparació previa.
- 2) Percepció del pacient, descobrir **què sap**.
- 3) Ajust a les preferències i necessitats informatives, descobrir **què vol saber**.
- 4) Compartir informació i donar coneixement/informació.
- 5) Explorar, validar i empatitzar expressió emocional.
- 6) Estratègies i resum, planificació del **seguiment**.

PROCÉS D'ADAPTACIÓ

Buckman “les persones viuen el procés de malaltia i mort com van afrontar altres situacions difícils”

Heinemann, 1984. Crisi de coneixement.

Stedeford, 1984. Model circular d'adaptació al càncer.



AJUST I AFRONTAMENT. Model Holland (1989)

- **Copping relacionat amb l'avaluació:**
anàlisi lògic, redefinició i evitació cognitiva.
- **Copping focalitzat en el problema:**
recerca d'informació, resolució de problemes i desenvolupament d'alternatives gratificants.
- **Copping relacionat amb l'emoció:**
regulació afectiva, resignació, passivitat, acceptació estoica i descàrrega emocional.



AJUST I AFRONTAMENT. Model Moorey y Greer (2002)

<i>ESTILS D'AJUST</i>	<i>Visió diagnòstic</i>	<i>Percepció de control</i>	<i>Visió pronòstic</i>	<i>Estratègies d'afrontament</i>	<i>Resposta emocional</i>
ESPERIT DE LLUITA	Repte Desafiament	Si	Optimista Positiu Bo	<ul style="list-style-type: none"> Recerca moderada d'informació. Paper actiu recuperació. Intent continuar vida ara. 	Positiu Ira Ansietat lleu
NEGACIÓ EVITACIÓ	Mínima amenaça	Irrellevant	Bo a curt termini	<ul style="list-style-type: none"> No pensar en malaltia. Minimització. 	Serè
INDEFENSIÓ DESESPERANÇA	Pèrdua	No	Dolent	<ul style="list-style-type: none"> Rendició davant malaltia. No hi ha estratègies d'afrontament. 	Negatiu Depressió
FATALISME ACCEPT ESTOICA	Amenaça	Depèn d'altres	No coneix	<ul style="list-style-type: none"> Absència d'estratègies dirigides al problema. 	Serè
PREOCUPACIÓ ANSIOSA	Gran amenaça	Si	Incert	<ul style="list-style-type: none"> Recerca compulsiva i excessiva de seguretat Rumiació. Excessiva atenció a símptomes físics possible recidiva. 	Ansietat Preocupació ansiosa



REACCIONS PSICOLÒGIQUES POST-DIAGNÒSTIC I PROCÉS D'ADAPTACIÓ.

ADAPTATIVES

- Ànim trist reactiu/ adaptatiu. Plor
 - Negació
 - Humor
 - Ràbia abstracta
 - Por i ansietat reactiva/ adaptativa
- Desig de satisfer un pla
 - Desplaçament
 - Esperança realista
 - Cerca de sentit/significat
 - Treure'ns un pes

REACCIONS PSICOLÒGIQUES POST-DIAGNÒSTIC I PROCÉS D'ADAPTACIÓ II.

DESADAPTATIVES

- Incredulitat mantinguda
 - Culpabilitat
 - Ira, enuig, hostilitat excessiva
 - Bloqueig/col·lapse o Shock persistent
 - Cerca de lo impossible
 - Desesperació
- Sobredependència
 - Ràbia un mateix/altres
 - Per què a mi? Injustícia
 - Amenaces i agressivitat
 - Seducció i manipulació

ALTRES ALTERACIONS PSICOPATOLÒGIQUES

ANSIETAT

- Etiologia mèdica:
 - dolor no controlat
 - canvis metabòlics, complicacions mèdiques/medicació
 - tumors secretors d'hormones
 - pel tractament oncològic
- Consum substàncies.
- Preexistent: TEP, TAG, crisis d'angoixa/ansietat, fòbies o agorafòbia.

TRASTORN ÀNIM

- Depressió:
 - TDM
 - Distímic
 - Bipolar, Ciclotímic
 - degut a malaltia mèdica o induït per substàncies.

ALTRES ALTERACIONS PSICOPATOLÒGIQUES II

- Trastorns personalitat o agudització de trets.
- Conductes regressives.
- SCA o *delirium*.
- Abús de substàncies.
- Desordre per EPT.
- Desordre somatomòrfic.
- Esquizofrènia.
- Trastorns NPS.

SUICIDI

- Perspectiva filosòfica: recuperació de control i mort digna.
- Acte racional encobert.
- Risc: 2 vegades més PN

PREVALENÇA.

- 30 - 50% pacients amb càncer presenten alguna alteració psicològica o símptoma psicològic reactiu. SEPO 2002.

Adaptació
35-45%

Subsindrom
15-20%

Morbilitat PS
25-45%

INDICADORS DE VULNERABILITAT

- Edat.
- Dol o separació no resoltes. Múltiples.
- Pèrdua prematura pares i/o figures d'apego. Estil insegur.
- Antecedents psicopatològics o de conductes abús alcohol o altres substàncies.
- Alteració auto-imatge o deteriorament físic.
- Pèrdua d'autonomia.
- Dificultats control símptomes.
- Maneig desadaptatiu en el passat d'experiències difícils.
- Sentiment de soledat, desesperança, desànim, inseguretat, desmoralització i pèrdua dignitat.

INDICADORS DE VULNERABILITAT II

- Rol familiar alta responsabilitat / pèrdua rol.
- Fills petits.
- Problemàtica familiar.
- Famílies amb dificultats d'adaptabilitat-contenció, cohesió i comunicació.
- Conspiració de silenci.
- Carència de suport socio-familiar i/o absència de CP.
- Assumptes pendents.
- Impacte emocional familiar.

- Problemes de comunicació equip assistencial.
- Informació brutal.

ATENCIÓ PSICOLÒGICA: Derivació a serveis d'atenció psicooncològica. Pacients que presenten...

- ... símptomes psicològics que generen ME significatiu, antecedents psicopatològics, ideació suïcida, abús de substàncies, inquietud, insomni greu, irritabilitat,...
- ... conductes d'incompliment terapèutic.
- ... Verbalitzacions: ruptura/canvi visió del mon, altres o sí mateix
- ... alta incidència de familiars + càncer, joves o sols, en dol o amb acumulació esdeveniments vitals estressants.
- ... que semblen paralitzats davant les decisions terapèutiques.
- ... que demanen l'eutanàsia.

LLARG SUPERVIVENT EN CÀNCER. SEOM 2012.

- Supervivència: 52% dones, 40% homes i 70% nens
- Fase: cures del càncer.
- Inclouen: vigilància recurrència i 2es neoplàsies, control símptomes/necessitats psicosocials i coordinació cures.
- Holland 2005. 3 grups de supervivents segons “distress” psicosocial:
 - amb seqüeles físiques + conseqüències Ps.
 - amb seqüeles Ps i alteracions psiquiàtriques que interfereixen en la funcionalitat i QV.
 - amb subsíndromes i incapacitat per integrar la experiència del càncer i les seves conseqüències.



LLARG SUPERVIVENT EN CÀNCER II

- Astenia
- Toxicitat gonadal
- **Disfunció sexual**
- **Problemes psicològics**
- **Deteriorament cognitiu**
- Segones neoplasies
- Toxicitat cardíaca i pulmonar
- Complicacions òseas
- **Problemes laborals**
- ...

LLARG SUPERVIVENT EN CÀNCER III.

Problemes psicològics:

- Conseqüències tractaments mèdics: canvis físics, alteració imatge corporal i funcionalitat.
- Pors i preocupacions: sd damocles.
- Dificultats reincorporació laboral i econòmiques.
- Canvis dinàmica familiar i de parella.
- Alteracions en la sexualitat.
- Dificultats en les relacions socials i de rol.
- Dependència.
- Autoestima i autoconcepte.
- Canvis d'estil de vida i recuperació cotidianeïtat.

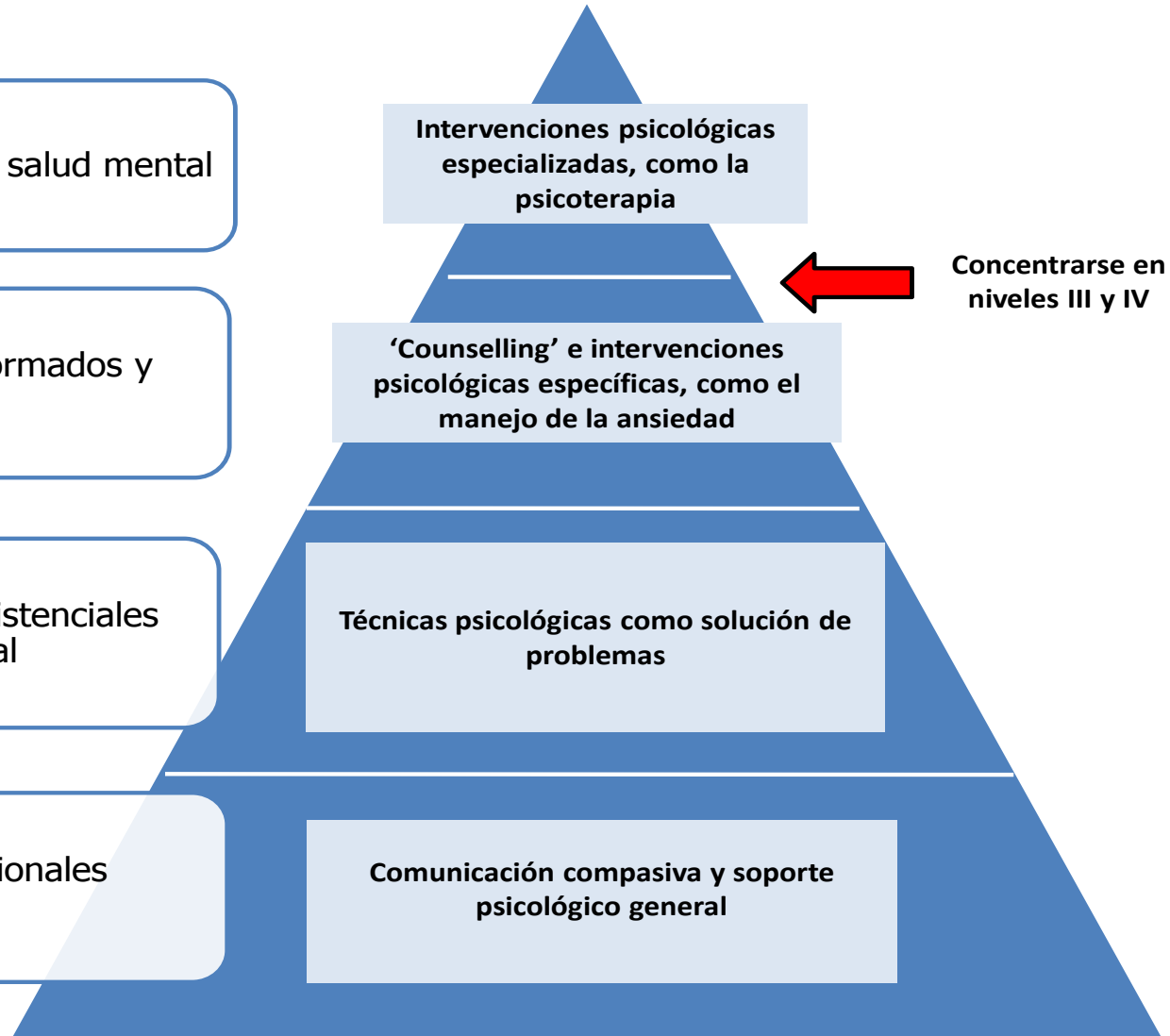
NIVELLS D'INTERVENCIÓ: Guia NICE (2004)

Nivel IV: Especialistas en salud mental

Nivel III: Profesionales formados y acreditados

Nivel II: Profesionales asistenciales con competencia adicional

Nivel I: Todos los profesionales asistenciales





ELS NOSTRES VALORS



MOLTES GRÀCIES