

---

# Aspectos psicosociales del hospital de día oncológico

---

M. Daniels, J. Estapé, A. Albiach y M. Pérez

Cátedra de Oncología Médica. Servicio de Coordinación Oncológica. Facultad de Medicina.  
Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

El Hospital de Día como forma de asistencia alternativa a la hospitalización, ofrece desde el punto de vista psicosocial, considerables ventajas. Permite que el paciente permanezca en su entorno habitual, rodeado de su familia, que puede proporcionarle el soporte físico y psíquico necesario para sobrellevar el desajuste personal y social que el diagnóstico de una neoplasia supone.

La manera en que cada persona se enfrenta con el cáncer depende de diversos factores, entre los cuales ocupa un lugar importante la forma de asistencia que se le ofrece.

En busca de terapias de soporte para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital de Día del Servicio de Coordinación Oncológica del Hospital Clínico y Provincial, se crearon en abril de 1983 los *grupos de psicoterapia* destinados a pacientes mastectomizadas en tratamiento con quimioterapia complementaria. Esta técnica se intenta utilizar para modificar la mala aceptación del tratamiento coadyuvante por las pacientes.

En las experiencias preliminares se dudó en la elección del especialista adecuado para conducir el grupo. Al observar que las pacientes insistían en el mismo tipo de preguntas (tratamiento, efectos indeseables, posibles metástasis, etc.), se decidió que la función coordinadora recayera en un médico del servicio asesorado por el psicólogo.

Los resultados obtenidos en los grupos realizados han sido favorables.

Por una parte cabe destacar la mayor aceptación del tratamiento por parte de las pacientes, con disminución notable del componente de angustia; por otra, las estrechas relaciones que se establecen con el terapeuta y resto del per-

sonal sanitario, hacen que las pacientes consideren el H.D.O., como algo propio que les concierne estrechamente.

Cuando la conducta del paciente en relación al tratamiento es conflictiva y no se ha obtenido una mejor adaptación después de un primer contacto con el médico o el personal de enfermería del H.D.O., se utiliza la *psicoterapia individual*. En este caso atienden al paciente psicólogos o psiquiatras. También se utiliza la psicoterapia individual en pacientes que rehúsan participar en el grupo de psicoterapia por deseo de preservar su intimidad.

Para poder efectuar una psicoterapia efectiva, es preciso realizar con anterioridad el diagnóstico de los factores psicosociales para los que se desea una terapia.

En nuestro servicio se efectúan dos estudios para determinar algunas de las características y de los problemas del paciente neoplásico.

## **Estudio de la familia del paciente neoplásico**

Se han realizado numerosos trabajos basados en el estudio psicológico del paciente canceroso, que atrajeron nuestro interés por el tema.

La familia del enfermo neoplásico experimenta pronto alteraciones psicológicas: la convivencia resulta difícil, la vida cotidiana varía, la comunicación se altera. El ambiente familiar se ve envuelto en dudas, temores, interrogantes e indecisiones.

En consecuencia hemos iniciado un plan de trabajo centrado en la familia de dichos enfermos, a la que consideramos imprescindible en el diseño de un plan terapéutico integral, del cual se beneficiaría tanto ella como el propio paciente.

Los objetivos de esta investigación son tres: En primer lugar realizar un estudio de la modificación de la vida familiar del enfermo neoplásico, de tal forma que un acercamiento a la familia de dichos pacientes nos permita un mejor conocimiento de las consecuencias psicológicas que esta patología produce en la dinámica familiar; en segundo lugar, conocer la opinión familiar sobre el beneficio que supone que el paciente conozca el diagnóstico de su enfermedad, y, por último, la valoración familiar del tratamiento que está recibiendo el paciente en la actualidad y la expresión de los deseos de cambio con respecto a dicho tratamiento.

La muestra está compuesta por 50 familiares, acompañantes de enfermos que acuden a tratamiento quimioterápico a nuestro Hospital de Día.

Nos hemos limitado a realizar un primer sondeo con las familias que llegaban a nuestro servicio, con independencia del diagnóstico clínico, tiempo de evolución y pronóstico. Hemos entrevistado a 16 varones y 34 mujeres (de los cuales 20 eran cónyuges, 18 hijos, 11 hermanos y uno padre) familiares de 25 varones y 25 hembras afectados de distintos tipos de cánceres (17 de mama, 17 de pulmón, 11 de tipo digestivo, dos de vejiga, uno de sistema óseo, uno de sistema nervioso central y uno cáncer de origen desconocido).

En este primer trabajo hemos sacrificado la homogeneidad del grupo a la prioridad de los 50 primeros que han requerido nuestra intervención. Por otra parte nuestro interés inicial es el acercamiento a la familia mediante recogida de información. Suponemos que ésta nos será de gran utilidad en estudios y aplicaciones terapéuticas posteriores, en que el parámetro homogeneidad sea prioritario.

La labor asistencial llevada a cabo desde hace un año en nuestro Hospital de Día, nos ha hecho intuir algunos aspectos de la problemática psicológica que aparece en dicho tipo de enfermos y su familia. Así nos hemos atrevido a elaborar un cuestionario (tabla I) que nos ha iniciado en el conocimiento de dicha problemática. El cuestionario consta de ocho ítems, con los que hemos pretendido explorar.

1. Modificación de la vida familiar.
2. Conocimiento del diagnóstico.
3. Grado de aceptación del tratamiento.

De los datos obtenidos hasta el momento (tabla II) se desprenden las siguientes conclusiones:

La presencia de un enfermo neoplásico modifica la vida familiar, se producen alteraciones en las relaciones personales y en la afectividad.

La información obtenida en nuestro estudio nos sugiere que una investigación en profundidad del medio familiar puede aportarnos un conocimiento útil para el diseño de estrategias de intervención conductual que aumente la calidad de vida del paciente.

La mayoría de familiares entrevistados no aceptan como beneficioso que el paciente, en concreto su familiar, conozca su propio diagnóstico. Pese a ello opinan en su mayor parte que la información general con respecto a la enfermedad neoplásica es positiva.

El tratamiento quimioterápico suele ser bien aceptado. El Hospital de Día, es preferido al ingreso en una sala del Hospital General. Sin lugar a duda, el enfermo desea estar con su familia y en su medio familiar, por lo que lo consideramos fundamental en el buen funcionamiento de todo tipo de terapia que se vaya a efectuar en el paciente.

### **Estudio de la personalidad del paciente neoplásico**

La posible influencia de determinados aspectos de la personalidad en la etiología del cáncer ha suscitado polémicas considerables. Pero se carece aún de datos concluyentes que permitan aceptarla o rebatirla.

Algunos de nuestros pacientes creen poder señalar precipitantes psíquicos de su enfermedad e incluso establecen pautas opuestas tratando de frenar su evolución.

Es indudable que el psiquismo registra la enfermedad como un hecho importante asimilado en formas muy diferentes según la personalidad previa. Para muchos autores la evolución de la enfermedad neoplásica está influida por la personalidad del paciente, su resistencia a la frustración y sus actitudes de resignación o renuncia. La aparición de nuevos intereses puede mejorar el pronóstico, mientras que el abandono de la resistencia puede llevar a una aceleración del proceso. El número de pacientes que abandonan el tratamiento tiene que ser un *motivo de reflexión*.

Este planteamiento requiere ser investigado en profundidad antes de aceptarlo o rechazarlo.

En nuestro servicio sentimos un gran interés por la relación entre enfermedad neoplásica y psiquismo, por lo que hemos abordado un estudio planteado inicialmente como recogida de datos de nuestros pacientes, sin partir de hipótesis previas.

Se trabaja con los pacientes que acuden al Hospital de Día. El 70 % o no conocen el diag-

TABLA I  
CUESTIONARIO ELABORADO PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA DEL ENFERMO NEOPLASICO

Familiar acompañante de _____			
Grado de parentesco _____			
1. ¿Sus relaciones personales con el enfermo son distintas en la actualidad? En caso afirmativo, ha habido cambios:	Más	Menos	Igual
— En la comunicación (dialogan, se cuentan sus cosas)	_____	_____	_____
— En la dependencia (se siente ligado a él, se ve obligado a acompañarlo a todas partes)	_____	_____	_____
— En la actividad sexual	_____	_____	_____
— En las diversiones	_____	_____	_____
2. ¿Su vida diaria se ha modificado?	Mucho	Poco	Regular
— En el trabajo	_____	_____	_____
— En las relaciones con el resto de la familia	_____	_____	_____
— Con los amigos	_____	_____	_____
— En las diversiones	_____	_____	_____
3. ¿Experimenta desde la enfermedad?	Sí	No	
— Miedo	_____	_____	
— Pérdida de ilusiones	_____	_____	
— Tristeza	_____	_____	
— Ganas de llorar	_____	_____	
— Nerviosismo	_____	_____	
— Decaimiento	_____	_____	
— Pérdida de apetito	_____	_____	
— Insomnio	_____	_____	
4. En el momento de hacer planes (p. ej.: preparar vacaciones, organizar las cosas de casa, comprar un piso, etc.):	Sí	No	
— ¿Los efectúa sin problemas?	_____	_____	
— ¿Sólo puede pensar en el presente?	_____	_____	
— ¿Gasta felizmente su dinero sin pensar en nada más?	_____	_____	
5. ¿Ha cambiado su manera de pensar sobre?:	Sí	No	
— Lo futuro	_____	_____	
— La muerte	_____	_____	
— Las ideas sobre la vida misma	_____	_____	
— La religión	_____	_____	
— La política	_____	_____	
6. ¿Es beneficioso para el enfermo saber que padece cáncer?	Sí	No	
— Justifique la respuesta	_____	_____	
7. ¿Cree que si el enfermo conociera el diagnóstico, posibilidades de supervivencia y/o de curación afrontaría mejor el tratamiento que recibe en este Hospital de Día?	Sí	No	
	_____	_____	
8. Ante los inconvenientes que supone para su familia el tratamiento que efectuamos:	Sí	No	
— ¿Prefiere acudir al Hospital de Día?	_____	_____	
— ¿Ingresarlo en una sala de hospital?	_____	_____	
— ¿Efectuar el tratamiento en su domicilio?	_____	_____	
— ¿No efectuar tipo alguno de tratamiento y dejar que la enfermedad evolucione de una forma natural?	_____	_____	

TABLA II  
 RESULTADOS PARCIALES DE UN ESTUDIO DE LAS ACTITUDES  
 Y PROBLEMATICA DE LA FAMILIA DE UN PACIENTE ONCOLOGICO

1. <i>Relaciones con el enfermo:</i>	Más	Menos	Igual
— Comunicación	34 %	4 %	62 %
— Dependencia	82 %	—	18 %
— Actividad sexual	—	65 %	35 %
— Diversiones	10 %	18 %	72 %
2. <i>Modificaciones de la vida diaria:</i>	Mucho	Poco	Regular
— Trabajo	24 %	56 %	20 %
— Relaciones familiares	14 %	74 %	12 %
— Amigos	16 %	78 %	6 %
— Diversiones	18 %	76 %	6 %
3. <i>Sintomatología depresiva:</i>	Sí	No	
— Miedo	46 %	44 %	
— Pérdida de ilusiones	40 %	60 %	
— Tristeza	76 %	24 %	
— Ganas de llorar	68 %	32 %	
— Nerviosismo	62 %	38 %	
— Decaimiento	44 %	56 %	
— Pérdida de apetito	16 %	84 %	
— Insomnio	28 %	72 %	
4. <i>Ejecución de planes:</i>	Sí	No	
— Sin problemas	66 %	54 %	
— Con pensamiento en el presente	42 %	58 %	
— Más gasto económico	14 %	86 %	
5. <i>Cambios en la manera de pensar:</i>	Sí	No	
— Futuro	38 %	62 %	
— Muerte	18 %	82 %	
— Vida	34 %	66 %	
— Religión	20 %	80 %	
— Política	2 %	98 %	
6. <i>Beneficio del conocimiento del diagnóstico:</i>	Sí	No	No sabe
	36 %	50 %	14 %
7. <i>Beneficio de la información:</i>	Sí	No	No sabe
	56 %	28 %	16 %
8. <i>Tratamiento:</i>	Sí	No	No sabe
— Hospital de Día	96 %	4 %	—
— Sala	4 %	96 %	—
— Domicilio	40 %	60 %	—
— No tratamiento	8 %	92 %	—
9. <i>Conocimiento del diagnóstico por parte del paciente</i>	Sí	No	No sabe
	36 %	54 %	10 %

nóstico real, por lo que, en general, sólo se habla de su «enfermedad» en los términos que ellos plantean. La recogida de datos se realiza a dos niveles:

«Entrevista clínica» en la que se le deja expresar libremente sus vivencias con preguntas sólo para introducir determinadas cuestiones o precisar algún aspecto.

Se intenta abordar:

1. Proceso seguido hasta llegar al Servicio de Coordinación Oncológica (demora en acudir al médico de cabecera, actitud de éste).

2. Vivencia de la enfermedad en el entorno familiar, efectos de la hospitalización, limitaciones en la vida cotidiana.

3. Biografía, a partir de la infancia (relaciones con los padres, situación entre los hermanos, recuerdos significativos, cambios, situación afectiva actual).

4. Pérdidas afectivas importantes.

5. Opiniones que tiene sobre las personas de su entorno y que cree suscitar.

6. Relación con el cónyuge: grado de satisfacción en la convivencia, puntos de acuerdo y de-

sacuerdo, actividad sexual, cambios a partir de la enfermedad.

Cuando el paciente viene acompañado, la entrevista se realiza ante el acompañante, aunque en determinados momentos puede hacerse salir para que no disminuya la sinceridad. El acompañante refiere también los datos que cree significativos, como cambios a raíz de la enfermedad, actitudes habituales (perfeccionismo, dependencia de la familia de origen).

Objetivación psicométrica a través del cuestionario de personalidad MMPI (Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota), diseñado por Hataway en 1943. Consta de 566 cuestiones que el paciente señala como verdaderas o falsas en relación con su situación emotiva actual. Consta de 9 escalas clínicas: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, adecuación al rol sexual, paranoísmo, psicasteria, personalidad esquizoide e hipomanía.

El estudio se halla en su fase inicial y sólo se ha realizado completo en 18 pacientes. Los datos obtenidos hasta el momento son poco valiosos. En la entrevista clínica se advierten algunas actitudes que han llamado nuestra atención por presentarse de una manera reiterativa.

Nos encontramos en algunos pacientes con una aceptación del sufrimiento físico, con deseos de referir hechos traumáticos que no se han asimilado (muerte o patología de un hijo —6 casos—, sentirse rechazado por los padres, no haber llegado a estudiar), algunos son muy sumisos con los padres pero reivindicativos con el cónyuge. Muchos confiesan frustraciones en la esfera sexual, generalmente relacionables con anorgasmia en las pacientes y esposas de los enfermos.

Se diría que coexisten necesidades de afecto con actitudes pasivas, renuncia a la búsqueda de satisfacciones personales, postergando los intereses propios a los de los demás, lo que hace emerger resentimientos. Muchos pacientes se han definido como «pacificadores», intentan disminuir la tensión emotiva a su alrededor. Algunos reconocen haber sido excesivamente condescendientes e intentan ser más «egoístas».

Las hospitalizaciones y las intervenciones —especialmente las mutilantes— generan una depresión importante, sentimientos de hostilidad y aislamiento, actitudes de renuncia. Pero estos padecimientos psíquicos desaparecen progresivamente en función de la actitud del entorno. La reanudación del contacto social, del trabajo, de la actividad sexual, contribuyen a que se logre controlar la ansiedad y se delimiten los efectos de la enfermedad. Por el contrario, si a

la operación le siguen pérdidas en la capacidad de relación o marginación por parte de la familia o el cónyuge la situación depresiva y de renuncia se cronifica.

La posibilidad de contactar con los médicos, recibir información sobre el tratamiento y sus motivaciones, tiende a desangustiar al paciente y facilita que siga fielmente las indicaciones del personal sanitario. Numerosos pacientes se quejan de no haber sido suficientemente informados en el curso de las intervenciones y manifiestan mayor proximidad del oncólogo o del médico de cabecera.

Estos datos, aunque poco objetivos, nos animan a proseguir la investigación para contar con una muestra más amplia y significativa que permita la comparación del grupo de pacientes neoplásicos con dos grupos de control (pacientes psicósomáticos y población normal). Estos trabajos son una pequeña muestra de las múltiples posibilidades de investigación en el campo psicossocial que nos ofrece el Hospital de Día, cuyos resultados nos animan a proseguir en esta línea de trabajo.

En síntesis creemos, que el Hospital de Día, dista mucho de ser un lugar en el que se aplique sólo tratamientos oncológicos. El equipo asistencial se basa en la colaboración de los diversos especialistas, médicos con los representantes de las disciplinas sociales, lo que permite un informe multidisciplinario, que tenga en cuenta la situación social y familiar del paciente, sus ansias, temores y rasgos de personalidad específicos. El paciente puede recibir en el Hospital de Día una asistencia integral e individualizada, que cubra todos los aspectos del tratamiento y le proporcione un mayor bienestar físico y psíquico, que se traducirá sin duda en una mejor evolución de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALBIACH A., ESTAPÉ J., CIRERA E., TEIXIDOR M.E., DANIELS M. Aportación al estudio de la familia del enfermo neoplásico. I Jornadas de Psicología Oncológica. Barcelona, 1984.
2. BALTRUSCH HSF. Psychosomatic Research in Cancer Results, Problem consequences. Proceeding of the II-TH internal —Cancer Congress—, 1974.
3. BIELIAUSKAS L.A., GARRON D.C. Psychological depression and cancer. Gen. Hosp. Psychiatry, 1982; 3: 187-197.
4. CLUDY L., RAIMBAULT A. Place de la psychotherapie dans le traitement des cancers. Etudes Psychoterapiques, marzo, 1983.

5. DEVITA V.T., HELLMAN S., ROSENBERG A. *Cancer. Principles and practice of oncology*. J.B. Lippincott Co. 1982.
6. DUFOUR J., CLUDY L., RAIMBAULT A. Aspects psychologiques du traitement des souffrances terminales en cancérologie. *Rev. Psychol Med.* 1978; 10:10.
7. DUNBAR F. *Psychiatry in the medical specialties*. Mc Graw Hill, Nueva York, 1959.
8. ESTAPE J. *Cáncer. Diagnóstico de extensión. Estrategia terapéutica*. Barcelona, Salvat, 1982.
9. HAGNELL O. The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann New York, Acad. Sci.* 1966; 125.
10. KAUFMAN A.E. et al. *Cáncer y sociedad. Enfoque integral*. Ed. Mezquita, 1984.
11. KOOCHET G.P., O'MALLEY J.E. *The Damocles syndrome; Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. Nueva York, Mc Graw-Hill Book Co, 1981.
12. NEMETH G., MEZEI A. Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and psychosocial data. *Acta Med Psychosom Proced of international Psychosomatic Week.*, Roma, 1975.
13. PEREZ PAMIES M. *Cáncer y personalidad*. *Neoplasia*, 1984; 1:26-27.
14. HEVENSON T.A., WOLLMAN C.A., FELTON B.J. Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosom Med*, 1983; 4:321:330.
15. UNITE DE PSYCHOLOGIE MEDICALE. Department de Chirurgie Cervico Facial. Institut Gustave Roussy. Villejuif. Paris. Resultats d'une prise en charge psycho-sociale des malades et de leurs familles, dans le cadre du traitement des cancers de larynx. Rapport de fin de contrat de recherche clinique, n° 78, A.11, 1981.
16. WELLS D., LABDSVERK J., GUIDERA K., PASNAU R.O., FAWZY F. Evaluation of psychosocial problems of the homebound cancer patient; Methodology and problem frequencies. *Psychosom Med*, 1983; 1:11-21.
17. WORDEN J.W., WELSMAN A.D. Do cancer patients really want counseling? *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1980; 2:100-104.

## DISCUSION

- F. LÓPEZ TIMONEDA: Quiero felicitar a la Dra. Daniels por su exposición. El único problema es que el tipo de pacientes que nosotros tenemos son enfermos oncológicos muy terminales y es imposible, en la práctica, utilizar el cuestionario al que ella se ha referido. Me gustaría preguntarle si tienen otro tipo de cuestionario menos complejo.
- M. DANIELS: Este problema también nos pasa a nosotros. En este estudio solamente han sido valorados dieciocho pacientes aunque teníamos 31, porque el resto no han efectuado el cuestionario. Hay otro cuestionario más resumido, que lo pasa otro psicólogo que hace un trabajo comparativo, pero no lo he presentado porque el trabajo no está aún elaborado.
- C. UDINA: Me parece muy interesante la utilización del «Minnesota» y quisiera preguntarle qué tanto por ciento de estabilidad tienen estos cuestionarios. El cuestionario «Minnesota» tiene escalas de fiabilidad. Ha dicho que de 31 pacientes, 18 son valorados, pero dentro de esos 18, ¿qué tanto por ciento responden adecuadamente y con unas escalas de fiabilidad?
- M. DANIELS: Exactamente no le puedo contestar, porque solamente hemos acabado la valoración de la entrevista clínica. Quizás nosotros necesitamos un arma de trabajo un poco más sencilla, más simple que este cuestionario para nuestro equipo. Quizás para los psiquiatras es muy útil, pero para nosotros que investigamos solamente una serie de cuestiones a las que llevar una terapia asistencial, para darle al enfermo una vivencia más humana de su enfermedad, quizás no sea del todo necesario.
- J. SARABIA: Para nosotros es muy importante en nuestro trabajo el aspecto del conocimiento por parte de los enfermos —fundamentalmente oncológicos— del diagnóstico. En una impresión muy subjetiva, pero sin haberla podido aún estudiar mucho más a fondo, creemos que la inmensa mayoría de los pacientes saben que tienen un tumor. ¿Preguntan ustedes si deben saberlo o no? Ha dicho que el 36 % de los familiares creen que el enfermo debe conocer el diagnóstico y el 54 % de las familias creen que no deben saberlo. ¿Qué opináis los médicos, los profesionales

que estáis en contacto con los enfermos de si lo deben saber o no?

Por otra parte me gustaría conocer ¿cuál es, aproximadamente, la composición del equipo coordinador de oncología donde trabajáis? Me refiero al porcentaje de los diversos profesionales que hay.

M. DANIELS: Ya he explicado que a nosotros nos preocupa la problemática de la información, porque dábamos informaciones diversas según el enfermo y según hubiera un contacto con un médico o con otro. Entonces decidimos mandar una información unificada. Creemos que el paciente debe saber parte de su enfermedad. Lo que si hacemos es endulzar de alguna manera el pronóstico si el paciente quiere saberlo, porque tiene cosas para solucionar, etc., pero siempre dejamos una salida, unas posibilidades al tratamiento. Creemos que es muy duro decirle al paciente: «Usted tiene dos meses de vida y se va a morir; no hay nada que hacer», y dejarlo solo en su casa, pensando. Esto sí, le decimos que tiene un tumor que puede ir mal, pero que tiene algunas posibilidades con el tratamiento de que vaya bien. Siempre dejamos un poco de salida.

En cuanto a la composición, la mayoría son médicos. En estos momentos tenemos la ayuda de tres psicólogos, de un psiquiatra que acude con regularidad a nuestro servicio, y luego la parte de enfermería, que está muy motivada con estos aspectos y colabora mucho. La asistente no forma parte de nuestro equipo social pero sí que colabora con nosotros a través de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer. Siempre que tenemos un problema social, lo remitimos allí y nos prestan la ayuda adecuada.

M. VALDÉS: Yo quería comentar algo acerca del uso de instrumentos psicométricos. Creo que el M.M.P.I. para el tema que estamos tocando no es muy útil, por el tipo de información que proporciona. Una cosa es dar información específica a una persona que tiene un problema concreto y otra es hacer una valoración psiquiátrica global para ver qué se puede hacer. Creo que son dos planteamientos distintos. Yo haría dos preguntas: ¿sobre qué modelo se organiza la ayuda psicológica? Porque claro, una cosa es ayudar en abstracto y otra proporcionar instrumentos para que una persona maneje su situación. En este caso habría que individualizar mucho el tipo de información que se da. Yo huiría de una información sistematizada y unificada. Para eso,

previamente habría que tener criterios genéricos y eso exige un modelo previo para prever qué efecto puede tener la información en cada persona. Por eso, concretando, ¿se ha pensado a partir de la experiencia cotidiana en algún tipo de asistencia psicológica específica —no general—, para dar a estas personas.

M. DANIELS: Sí, y de hecho se utiliza, quizá de una manera un poco intuitiva. No es que nosotros informemos bruscamente a una persona que no quiere saber nada de su enfermedad; si aquella persona no nos pregunta, no le decimos nada, pero la mayoría de las veces sí se nos pregunta. Muchas veces los pacientes que vienen a nuestro servicio no saben por qué los han mandado allí; les han operado y les han dicho: «no pasa nada, está muy bien, pero vaya a aquel servicio». Entonces nos encontramos con un paciente al que decimos: «va a hacer un tratamiento que es probable que le produzca náuseas, vómitos y caída de cabello». En este momento el médico hace una primera valoración de lo que desea saber el paciente. No tenemos unas terapias concretas. Realmente estas investigaciones son para efectuar las terapias más definidas pero a veces después de una primera valoración, no sabemos cómo manejar al paciente. Entonces es cuando se recurre a la ayuda del psicólogo y el psiquiatra, para darle apoyo, para que pueda seguir el tratamiento y luchar contra la enfermedad.

E. ALVAREZ: Hay un aspecto en los enfermos cancerosos que se ha relacionado con su evolución, y es el rasgo de pasividad o de resignación. ¿Esto se ha estudiado?

M. DANIELS: Se ha estudiado y lo hemos encontrado en la mayoría. La mayoría, quizá 10 o 15, son pacientes resignados, pasivos, que permiten que los demás manejen su vida, que ellos no son capaces nunca de darse un gusto y de decir: «pues hoy me voy al cine», y «hoy hago esto». Sí, lo hemos encontrado.

J.M. MONTERO: Uno de los aspectos positivos del Hospital de Día, es el perfil psicológico del personal. A nosotros nos hizo un estudio un residente de psiquiatría que estaba haciendo su tesina y aquellos datos provisionales me sirvieron para cambiar un poco la estructura del servicio en el sentido siguiente. En el hospital de día, el médico, aunque no tiene un contacto previo con el enfermo, comprende mejor su personalidad y se unen mejor enfermo y médico. Esto me llevó a modificar la estruc-

tura del servicio. En vez de tener un personal fijo, hacerlo rotar por el hospital de día. En segundo lugar, el estudiante que está en la planta saca una visión deformada, un poco por lo que decía el Dr. Estapé, porque no se le da una información. A partir de este momento, hago rotar a los estudiantes por el hospital de día con el fin de que comprendan la personalidad del enfermo con cáncer, mucho mejor. También el personal auxiliar, las enfermeras, están mucho más ligadas al enfermo con cáncer cuando están en el hospital de día que cuando están en planta.

- A. MORENO: Voy a hacer una pregunta muy concreta, que enlaza con una que se ha hecho anteriormente. A partir del momento en el que el paciente conoce su proceso, ¿han notado algún cambio en cuanto a la colaboración del paciente al seguimiento de su tratamiento?
- M. DANIELS: Sí. El paciente que sabe su diagnóstico, o más o menos por dónde puede ir su enfermedad, lucha más y acepta mejor el tratamiento con quimioterapia o con las posibilidades que se le ofrezcan. En cuanto a la exposición del Profesor Montero, estoy de acuerdo en que el médico que está en el hospital de día se relaciona mejor con el paciente, porque nosotros creemos que una de las misiones que tiene el médico en el hospital de día es relacionarse con el paciente, no solamente estar allí para controlar el tratamiento y sus efectos secundarios, sino el hablar con él, el preguntarle cosas, el enterarse de cómo vive su enfermedad. O sea, la mayor parte de la problemática la sacamos de estas horas de convivencia del médico en el hospital de día.
- S. ERILL: Personalmente tengo una pregunta que será de respuesta difícil porque entra en juego la evolución sociocultural del país. ¿Es

posible imaginar hasta qué punto la propia hospitalización de día puede modificar la aceptación o el conocimiento del diagnóstico por parte de sus pacientes oncológicos? Es decir, si estos pacientes hubieran sido atendidos en un régimen de hospitalización corriente, clásico, su conocimiento, su aceptación del diagnóstico ¿sería la misma? ¿Se puede saber?

- M. DANIELS: En mi opinión creo que no, que el paciente que sigue viviendo, que puede continuar trabajando, que sigue conviviendo con su familia, tiene unas ganas de luchar, cree en la vida y tiene ganas de seguir viviendo. El enfermo en una sala general se deprime, la hospitalización por sí misma ya produce una depresión. La lucha y el enfrentamiento con el tratamiento son muy distintos según se haga ambulatorio u hospitalizado. Quizá me gustaría poner un poco más de énfasis, en los resultados favorables que obtenemos con los grupos de psicoterapia. Las enfermas mastectomizadas, por ejemplo, aceptan muy mal el tratamiento complementario. Desde que realizamos los grupos acuden al hospital de día contentísimas, sin importarles en exceso el tiempo que va a durar el tratamiento ni las veces que tendrán que venir. Consideran el hospital de día como algo propio que les concierne directamente. También nos preocupaba qué pasaría cuando una de las pacientes —porque estas enfermas en teoría están curadas— fuera mal. Tenemos la gran suerte de que esto no ha pasado hasta el momento, pero pensamos —que dado que a este tipo de enfermas se les informa concretamente sobre las posibilidades de supervivencia que tienen— el día que se produzca un fracaso el resto de pacientes lo aceptarán bien.