



PSICOONCOLOGÍA

Conceptos, factores de riesgo y características psicológicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer a lo largo del ciclo vital.

José Antonio Camargo Barrero
Juan Gabriel Castañeda Polanco

José Antonio Camargo Barrero

Juan Gabriel Castañeda Polanco

Psicooncología

Conceptos, factores de riesgo y características psicológicas
relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer a
lo largo del ciclo vital



Presidente del Consejo de Fundadores

P. Diego Jaramillo Cuartas, cjm

Rector General Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO

P. Harold Castilla Devoz, cjm

Vicerrectora General Académica

Marelen Castillo Torres

Rector Cundinamarca

Jairo Enrique Cortes Barrera

Vicerrectora Académica Cundinamarca

Carolina Tovar Torres

Directora General de Investigación

Amparo Vélez Ramírez

Directora General de Publicaciones

Rocío del Pilar Montoya Chacón

Director de Investigación Cundinamarca

Juan Gabriel Castañeda Polanco

Director Centro Regional Soacha

Jhensus Elias Carvajal Gómez

Coordinadora de publicaciones Cundinamarca

Diana Carolina Díaz Barbosa

Camargo Barrero, José Antonio
Conceptos, factores de riesgo y características psicológicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer a lo largo del ciclo vital / José Antonio Camargo Barrero, Juan Gabriel Castañeda Polanco. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios. UNIMINUTO, 2019.
ISBN: 978-958-763-337-5
117 p. il.

1.Enfermos de cáncer -- Aspectos psicológicos 2.Enfermos de cáncer -- Psicoterapia
3.Enfermos de cáncer --Tratamiento i.Castañeda Polanco, Juan Gabriel

CDD: 616.994 C15c BRGH

Registro Catalogo Uniminuto No. 96722

Archivo descargable en MARC a través del link: <http://tinyurl.com/bib96722>

Autor

José Antonio Camargo Barrero
Juan Gabriel Castañeda Polanco

Coordinadora Editorial

Diana Carolina Díaz Barbosa

Corrector de estilo

Elsa Nayibe Lara Mayorga

Diseño y diagramación

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S

ISBN Impreso: 978-958-763-337-5

ISBN Digital: 978-958-763-338-2

Primera edición: 2019

300 ejemplares

©Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO

Calle 81B No. 72B-70

Piso 8

Teléfono +57(1) 2916520 Ext. 6012

Impresión

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S

Impreso en Colombia – Printed in Colombia

Esta publicación es el resultado del proyecto de investigación “Salud mental y sentido de Vida en población Oncológica en la Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO, financiado por la Rectoría Cundinamarca.

Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO. Todos los capítulos publicados en el libro “Psicooncología: Conceptos, factores de riesgo y características psicológicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer a lo largo del ciclo vital” son seleccionados por el Comité Editorial de acuerdo a los criterios establecidos. Está protegido por el Registro de Propiedad Intelectual. Los conceptos expresados en los capítulos competen a sus autores, son su responsabilidad y no comprometen la opinión de UNIMINUTO. Se autoriza su reproducción parcial en cualquier medio, incluido electrónico, con la condición de ser citada clara y completamente la fuente, siempre y cuando las copias no sean usadas para fines comerciales.

Resumen

El presente libro es resultado de una revisión documental realizada como parte de un proyecto de investigación que buscaba el estudio de la salud mental y el sentido de vida en población oncológica y pretende servir como una introducción al estudio de la psicooncología como campo interdisciplinario entre la psicología y las ciencias biomédicas, encargada de la investigación e intervención oncológica de las variables mediadoras entre la enfermedad, su tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer, sus familiares y el personal médico.

Para tal fin, los autores realizan un recorrido por los principales tópicos de la relación entre la psicología y el diagnóstico del cáncer, comenzando por un breve recorrido histórico sobre la génesis de la psicooncología y su conceptualización; seguido de las funciones y competencias que debe desarrollar un psicooncólogo. Posteriormente, se abordan los principales factores de riesgo asociados al cáncer y se muestran los efectos que la enfermedad pueden tener a nivel psicológico a lo largo del ciclo vital en el paciente, el cuidador primario y el personal de atención en salud a cargo del tratamiento médico, finalizando con las principales intervenciones psicológicas existentes para el manejo emocional y comportamental del cáncer y una revisión de estudios empíricos sobre algunas variables psicológicas relacionadas con la enfermedad y su tratamiento.

Contenido

Prólogo.....	11
Introducción	15
Capítulo 1: La psicooncología: entre la oncología y la psicología	19
Capítulo 2: Funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la psicooncología	33
Capítulo 3: Factores de riesgo asociados al cáncer	49
Capítulo 4: Psicooncología a lo largo del ciclo vital	61
Capítulo 5: Cuidador primario y personal de atención en salud.....	77
Capítulo 6: Tratamientos psicológicos para pacientes oncológicos..	91
Capítulo 7: Investigación en psicooncología	113

Lista de tablas

Tabla 1. Disciplinas relacionadas con la Psicooncología.	26
Tabla 2. Áreas y funciones del psicooncólogo	38
Tabla 3. Competencias del profesional en psicooncología	42
Tabla 4. Conceptualizaciones del término cuidador	80
Tabla 5. Personal de atención en salud oncológica	85
Figura 1. Modelo de investigación en psicooncología...	117

Prólogo

En la actualidad, el cáncer no interpela solo a la medicina, sino también a la psicología y a la espiritualidad. Por eso, este libro desde una mirada distinta y asertiva responde a dicha interpe-lación, al tratar de identificar la relación existente entre la salud mental y el sentido de vida en la población oncológica.

En atención a esto, ya el campo médico ha venido reconociendo los aportes que tanto la psicología como la espiritualidad hacen al proceso de atención integral de los pacientes con cáncer. Es más, Carl Gustav Jung anticipó esta aproximación al afirmar que las enfermedades de la mediana edad, se debían no solo a afectaciones biológicas, sino sobre todo a afecciones emocionales y espirituales:

Una enfermedad que pone en peligro la vida, como el cáncer lleva a muchos afectados a hacer balance de su vida. La enfermedad pone límites a la planificación de la vida propia y modifica las prioridades. Puede entenderse como una llamada especial de la vida para valorar de modo diferente lo importante y lo superfluo y para preguntarse críticamente por el sentido del propio estilo de vida... Por eso, la temática religiosa es inherente al proceso de análisis y de individuación asistido terapéuticamente. Cuando con la terapia se intenta curar y restablecer la salud de la totalidad de la persona, el espacio de experiencia de la misma debe

estar abierto a lo numinoso, a la búsqueda de sentido y a todas las preguntas espirituales y religiosas inherentes a la condición humana. No es casualidad que salud (*heil*), sanar (*heilen*), y sagrado (*heiling*) provengan de la misma raíz semántica. La psicoterapia y la medicina deben aceptar y tratar al ser humano como una unidad compuesta de cuerpo, espíritu y alma, con el anhelo y la capacidad para la trascendencia. (Jung, 2016, p. 21).

El miedo a fracasar, a no cumplir con las expectativas de otros, a sufrir pérdidas materiales y afectivas, se somatiza, siendo el cáncer una manifestación de lo que ocurre en las profundidades del alma. Por tanto, si no se atiende a la raíz, a la causa, los tratamientos podrán responder al dolor inmediato, pero no a la enfermedad en su origen. He ahí el papel fundamental de la psicología.

En cuanto a la espiritualidad, su aporte radica en mostrar lo que somos, instar a vivir sin miedos, a identificarse con el yo profundo (que no es el ego). De esta manera, el cáncer ya sin fundamento, es tratable y la recuperación total realizable. A modo de ejemplo, Anita Moorjani quien nació en Singapur en marzo de 1959 y pasó gran parte de su vida en Hong Kong, sufrió en el año 2006 un cáncer letal que le llevó a vivir una experiencia cercana a la muerte, en la cual, identificó lo que generó esta enfermedad en ella. En su bello libro *Morir para ser yo* (2012) expresa:

Ahora vivo desde la alegría y no desde el miedo. Antes, sin tan siquiera darme cuenta de ello, me dedicaba casi por completo a evitar el dolor o a agradar a los demás. Estaba atrapada haciendo, persiguiendo, buscando y consiguiendo cosas, y siempre tenía en cuenta a los demás antes que a mí; yo siempre era la última. Mi vida estaba gobernada por el miedo, ya fuera el miedo a disgustar a los demás, a fracasar, a ser dema-

siado egoísta, insuficiente e inadecuada. Me parecía que nunca daba la talla. Sin embargo, después de mi experiencia cercana a la muerte ya no siento que haya regresado a la vida con el fin de lograr alguna cosa. Solo he vuelto para ser lo que soy. Debido a ello, todo lo que hago viene del amor. Ya no me preocupo por tratar de hacer las cosas correctamente o por cumplir con reglas o doctrinas. Tan solo sigo el impulso de mi corazón, sabiendo que no hay modo de equivocarme cuando sigo su dictado. La paradoja es que ahora agrado a la gente más de lo que agradaba antes con mi antiguo yo; simplemente, porque ahora soy mucho más feliz y porque además me siento libre. Este talante también ha ejercido también un gran impacto sobre mi salud. Como ahora me veo un ser infinito, el cuerpo físico se ocupa de sí mismo, porque no es más que un reflejo de lo que está ocurriendo dentro de mi alma. (pos. 2829).

Así pues, vivir superficialmente fragmenta. Esta disociación, distancia de la auténtica identidad. La *phronesis*, es decir el arte de hacerse así mismo, es el camino que todo ser humano debe recorrer, es esa su más auténtica vocación, y sin lugar a dudas, la psicología y la espiritualidad la posibilitan. Con todo, es momento de retornar al centro para conocer lo que no somos, que en definitiva es lo que enferma, para vivir lo que somos, que es lo que libera y sana. De hecho, este libro ahonda en esa perspectiva relacional que da qué pensar, pues la psicooncología es un campo que desarrolla esa bella intuición en la que cuerpo, alma y espíritu están recíprocamente implicados.

Camilo Alfonso López Saavedra
www.camiloalfonsolopez.com

Bibliografía

Moorjani, Anita (2012). *Morir para ser yo. Mi viaje a través del cáncer y la muerte hasta el despertar y la verdadera curación*. Kindle. Gaia: Madrid.

Jüing, Carl. (2016). *Escritos sobre espiritualidad y trascendencia*. Madrid: Trotta.

Introducción

El cáncer es una enfermedad considerada como una de las principales causas de muerte a nivel mundial y su diagnóstico ha venido en aumento en los últimos años. Esto ha despertado el interés no solo a nivel biomédico, donde se vienen realizando esfuerzos por identificar los factores de riesgo asociados a su génesis y la búsqueda de intervenciones médicas más efectivas para su tratamiento, sino también, en otras disciplinas como la psicología, que busca generar estrategias de prevención e intervención en torno a los efectos emocionales y comportamentales asociados al diagnóstico de cáncer y su tratamiento.

Desde esta perspectiva, el presente libro es fruto de una revisión documental realizada como parte de un proyecto de investigación del programa de psicología de UNIMINUTO Centro Regional Soacha, anclado al grupo de investigación de Colciencias Conocimiento en Contexto [Conenco], que tenía como finalidad identificar la relación existente entre la salud mental y el sentido de vida en población oncológica.

En este sentido, el presente manuscrito se convierte en una introducción de siete capítulos en torno al estudio de la relación entre la psicología y el cáncer desde la psicooncología como campo interdisciplinario entre la psicología y las ciencias biomédicas, que tiene como objetivo conocer la relación entre la enfermedad, su tratamiento médico y las variables media-

doras del proceso de salud y calidad de vida del paciente, sus familiares y el personal médico de las unidades oncológicas.

En el primer capítulo se aborda el origen histórico de la psicooncología, su definición conceptual, los objetivos que persigue y los principales desafíos de ésta en Colombia a nivel epidemiológico, académico, preventivo y formativo.

El segundo capítulo comprende las diferentes funciones que debe realizar el profesional en psicooncología partiendo de las áreas de trabajo en las cuales se mueve como la prevención, la evaluación, el tratamiento, el personal sanitario y la investigación y las competencias transversales y específicas que debe desarrollar a lo largo de su formación e intervención psicooncología.

El tercer capítulo aborda los factores de riesgo asociados al cáncer como lo son el tabaco, el alcohol, algunas sustancias químicas, la radiación, las infecciones y los virus, la dieta, la estructura de personalidad, el estrés, la depresión, entre otros, que interactuando entre sí aumentan la probabilidad de que se desarrolle algún tipo de cáncer.

En el capítulo cuarto se abordarán los efectos psicológicos y psicosociales del diagnóstico, la intervención médica y los cuidados paliativos a lo largo del ciclo vital, haciendo énfasis en los cambios emocionales del paciente, sus familiares y la comunicación medico paciente en niños, adultos y adulto mayor.

El capítulo quinto centra su atención en los cuidadores primarios y el personal de atención en salud, haciendo evidente los problemas emocionales y de comportamiento asociados a la sobrecarga que les genera el cuidado de un paciente oncológico.

En el sexto capítulo se aborda el tema de los diferentes tratamientos psicológicos disponibles para trabajar con pacientes

oncológicos en las diferentes etapas del tratamiento y que generan algún tipo de alivio y bienestar emocional, ofreciéndoles una mejor calidad de vida.

Finalmente, en el capítulo siete se abordará el tema de la investigación en psicooncología, mostrando desde el modelo de investigación de *Holland*, las diferentes variables mediadoras como la personalidad y las estrategias de afrontamiento, la relación médico paciente, el apoyo familiar y social, entre otros, que pueden ser estudiadas para identificar problemáticas y alternativas de intervención que mejoren la calidad de vida del paciente y sus familiares y mejoren la comunicación entre médico y paciente.

CAPÍTULO 1

La psicooncología: entre la oncología y la psicología

Introducción

El cáncer es una enfermedad que se genera a partir de la proliferación anormal de células a través de un proceso llamado carcinogénesis, el cual designa la capacidad que adquieren algunas células para multiplicarse de forma incontrolada llegando incluso a invadir otros órganos del cuerpo, contrario a lo que pasa con las células normales, las cuales cumplen un ciclo estable de crecimiento, división y muerte en el lugar donde se originan. (Macarulla, Ramos y Tabernero, 2009). El crecimiento anormal de las células puede dar como resultado la formación de tumores, los cuales pueden ser benignos o malignos, siendo estos últimos los cancerígenos. (Serna, 2002).

Se han identificado hasta el momento más de 200 tipos de cáncer y aunque presentan características comunes en el proceso de proliferación anormal de células y la capacidad de hacer metástasis, es decir la capacidad de diseminarse por otras partes del cuerpo, se diferencian entre sí por su etiología, localización, sintomatología y pronóstico (Amigo, Rodríguez y Pérez, 2009).

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), el diagnóstico de cáncer ha venido aumentando en los últimos años y sus estadísticas dan cuenta de 14 millones de nuevos casos al 2012, afirmando que estas cifras podrían aumentar en un 70% en los próximos 20 años. Esta enfermedad según la OMS se ha convertido en la segunda causa de muerte a nivel

mundial, reportándose al 2015 un aproximado de 8,8 millones de personas fallecidas.

En Colombia, los datos sobre la incidencia del diagnóstico de cáncer en la población no se encuentran actualizados, sin embargo, para Pardo y Cendales (2015), durante los años 2007-2011 se registraron un aproximado de 29.734 nuevos casos para hombres y 33.084 en mujeres por año. Entre los hombres, por la localización del cáncer, los más frecuentes son el de próstata, estómago, pulmón, colón, recto y linfomas *no-Hodking* y en las mujeres, es el de mama, cérvix, tiroides, estómago colon, recto y ano los de mayor incidencia (Pardo, 2010). En cuanto al cáncer en niños, este oscila en un 3% de los casos diagnosticados, siendo baja la tasa de prevalencia, sin embargo, se presentan tasas altas de mortalidad, en especial por leucemia (Piñeros, Gamboa y Suárez, 2011).

Actualmente, el tratamiento médico para el cáncer depende principalmente de la localización y que tan avanzada se encuentre la enfermedad, existiendo diferentes tipos de tratamientos posibles como: la cirugía, que tiene como objetivo la extirpación del tejido cancerígeno; la quimioterapia, que basada en sustancias químicas busca detener la reproducción de las células anormales; y la radioterapia, que por medio de radiación elimina los tejidos tumorales; adicionalmente, existen otros tratamientos menos conocidos como la terapia fotodinámica, que emplea algunos medicamentos combinándolos con luz; la terapia hormonal, que busca controlar el crecimiento, multiplicación y muerte de las células tumorales; y la terapia biológica o inmunoterapia, que busca que el mismo organismo combata el cáncer. (Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología, 2004).

Antecedentes históricos de la psicooncología

Hacia los años de 1800, el diagnóstico de cáncer estaba relacionado con la muerte, ya que no se conocían sus causas ni existía algún tratamiento efectivo para tratarlas y por lo general, en el imaginario popular se solían atribuir estas dolencias a posesiones demoniacas; en medio de todo esto, no se le solía notificar al paciente de su estado de salud, solo a sus familiares, ya que se consideraba inhumano hacerlo y llevaría al paciente a la desesperanza (Holland, 2002).

Sin embargo, Según Holland (2002), con el avanzar de la medicina hacia el 1900 aparece el primer centro privado de oncología, donde comienzan a tratarse los efectos físicos del cáncer y se incentiva la investigación médica para establecer causas y generar tratamientos eficaces para esta patología. Posteriormente se funda el primer Instituto Nacional de Cáncer, con sede en EE. UU.

El primer caso reportado de remisión de síntomas de algún tipo de cáncer se registró hacia el año de 1948, cuando según Faber, por medio de tratamientos farmacológicos se lograba contrarrestar la leucemia en algunos niños. Esto dio inicio a toda una serie de intentos por desarrollar nuevos fármacos quimioterapéuticos que dieron como resultado la primera cura quimioterapéutica hacia el año de 1950 (Holland, 2002).

Gracias a todo esto, comienza a cambiar la mentalidad de la época en torno al pronóstico que generaba el diagnóstico de cáncer y las personas comenzaron a tener mejores expectativas de vida. Lo que generó un cambio de perspectiva en torno a la enfermedad y empiezan a surgir los primeros acercamientos de la psicología a los cambios emocionales y de comportamientos asociados al diagnóstico de cáncer.

Fue desde 1950, que diferentes investigaciones comienzan a realizar estudios que analizaban las respuestas psicológicas en pacientes oncológicos y aparecen los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer en etapa de tratamiento, sentando así las bases de lo que posteriormente sería denominado “psicooncología” (Costa y Ballester, 2011). Todo esto, debido a las necesidades planteadas por los pacientes oncológicos en orden a las dificultades cognitivas, emocionales, de comunicación y motivacionales, que no podían ser atendidos por la medicina, ya que superaban su objeto de intervención (García-Conde, Ibáñez, y Dura, 2008).

Según Die Triel (2004), la Dra. Holland es considerada la fundadora de la psicooncología como área independiente de la oncología, ya que fue la primera en lograr definir los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales relacionados con el cáncer: En 1977 crea la primera unidad de psicooncología del mundo y en 1984 funda la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS) con la finalidad de establecer redes de trabajo a nivel mundial en orden a los efectos psicológicos del cáncer.

Es así como aparece la psicooncología, que tiene entre sus objetivos la atención emocional de los pacientes a lo largo del tratamiento médico y la atención de sus familiares y del personal sanitario con el cual el paciente tiene contacto como parte del abordaje psicosocial de la enfermedad y, por otra parte, abordar los factores psicológicos que influyen en la morbilidad y mortalidad producida por el cáncer (Cruzado, 2003).

Aunque en un comienzo esta nueva especialidad se dedicó casi que, de forma exclusiva, a trabajar con los pacientes en etapa de tratamiento, en la actualidad aborda áreas como la prevención, la adaptación a largo plazo, los efectos psicológicos en el cuidador primario después del fallecimiento del paciente,

el cuidado clínico y la comunicación entre paciente y médico (Almanza-Muñoz, y Holland, 2000).

Definición y objetivos de la psicooncología

La psicooncología es definida por Greer (1994) como “la disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico”, sin embargo, esta definición es limitada en su alcance y no tiene en cuenta el desarrollo actual de la psicooncología.

Al respecto, Cruzado (2003) ampliando la definición antes mencionada, ha definido la psicooncología como un campo interdisciplinario entre la psicología y las ciencias biomédicas que se dedica a la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos relacionados con el cáncer; así como la comunicación e interacción entre el paciente y la comunidad que presta los servicios de atención sanitaria, para optimizar los recursos y servicios oncológicos.

Desde esta perspectiva, la psicooncología se inserta en un variado número de disciplinas y especialidades relacionadas con el manejo del cáncer, como lo son la psicología clínica y de la salud, la oncología médica, la medicina conductual, la bioética, entre otras (ver Tabla 1), que tienen como finalidad la atención de las necesidades del paciente oncológico y ofrecen una serie de herramientas e intervenciones que deben ser tenidas en cuenta por el psicólogo que se dedica a trabajar de forma interdisciplinaria en los centros de atención de salud que tienen áreas de oncología activas.

Tabla 1. Disciplinas relacionadas con la Psicooncología.

<p>Bioética: el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la salud y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los cuidados y principios morales. Aplicación de la ética en las áreas de la salud y la enfermedad.</p>	<p>Oncología Médica: especialidad troncal de la medicina para la que se requiere una formación básica y fundamental en medicina interna y que capacita al especialista en la evaluación y manejo de los pacientes con cáncer.</p>
<p>Consejo Genético Oncológico: un proceso de comunicación que aborda los aspectos médicos, psicológicos y genéticos apocados con el riesgo o presencia de un trastorno genético dentro de una familia. Los objetivos del proceso incluyen la comprensión del modo en que los factores hereditarios contribuyen al trastorno, la determinación del riesgo específico en determinados miembros de la familia, así como la exposición y la toma de decisiones acerca de los tratamientos profilácticos disponibles.</p>	<p>Oncología Quirúrgica: súper-especialización dedicada al diagnóstico, prevención y tratamiento de los tumores malignos y enfermedades afines en su vertiente quirúrgica, siempre dentro del contexto multidisciplinario o integrado del cáncer.</p>
<p>Counselling: es una estrategia de comunicación, una intervención que, por medio del método socrático, permite clarificar la situación personal (incluyendo las situaciones clínicas, es decir el diagnóstico, tratamiento y pronóstico) y socio-familiar, o llevar a cabo cambios en los comportamientos y estilos de vida, la solución de problemas y toma de decisiones, así como el afrontamiento de los estados emocionales negativos y la mejora en el bienestar.</p>	<p>Oncología Radioterápica: especialidad médica dedicada a los aspectos diagnósticos, cuidados clínicos y terapéuticos del enfermo oncológico, principalmente orientada al empleo de los tratamientos con radiaciones, así como el uso y valoración relativa de los tratamientos alternativos u asociados.</p>

<p>Cuidados paliativos: cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. La percepción de control por parte del enfermo de los síntomas somáticos y aspectos psicológicos, sociales y espirituales que le preocupan; adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus familias, con un especial énfasis en tratar de facilitar a cada enfermo las circunstancias personales (externas e internas) que más pueden favorecer su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz. Tener en cuenta la definición de la OMS, que establece como objetivo el mejorar la calidad de la vida y aliviar y prevenir el sufrimiento.</p>	<p>Psicooncología: campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.</p>
<p>Hemato-oncología u Oncología Hematológica: subespecialidad de la hematología clínica que reúne a aquellos especialistas que diagnostican y tratan fundamentalmente las enfermedades oncológicas de la sangre es decir leucemias, linfomas y síndromes asociados.</p>	<p>Psicología Clínica y de la Salud: disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos o variados contextos en que estos puedan tener lugar.</p>

<p>Medicina conductual: campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de las conductas relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p>	<p>Psicología de la Salud: aplicación de la teoría y métodos psicológicos a la salud, la enfermedad física y al cuidado de la salud; se ocuparía de todo lo relativo a los aspectos psicológicos o comportamentales que ayuden a comprender, manejar y prevenir las enfermedades, a cuidar, proteger y promover la salud y optimizar los sistemas y recursos humanos de la atención de salud tendentes a promover servicios efectivos y de calidad.</p>
	<p>Psico-neuro-inmunología: campo científico multidisciplinar centrado en las interacciones recíprocas que existen entre el comportamiento, el sistema nervioso, el endocrino y el inmunológico.</p>

Fuente: recuperado de Cruzado (2003).

En cuanto a los objetivos de la psicooncología, han sido resumidos en cuatro grandes grupos por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, (2008):

- **Primero:** La prevención primaria, por medio de la detección e intervención de factores psicosociales que pueden influir en el origen del cáncer.
- **Segundo:** La prevención secundaria, mediante la detección e intervención de los factores psicológicos de mayor importancia que permiten el diagnóstico temprano del cáncer.
- **Tercero:** La Intervención terapéutica de las respuestas emocionales en todas las fases del tratamiento y duelo tanto en el paciente como de todas las personas encargadas de su cuidado.

- **Cuarto:** la investigación, enfatizando en los aspectos psicosociales y comportamentales relacionados con el diagnóstico de cáncer.

Desafíos actuales de la psicooncología en Colombia

El surgimiento de la psicooncología ha traído grandes beneficios para los pacientes, familiares y personal médico que trabaja con esta problemática, ya que se han podido identificar los cambios emocionales, motivacionales y sociales que emergen durante el trascurso del tratamiento oncológico; sin embargo, aún quedan muchos interrogantes por resolver y esto genera grandes desafíos para las ciencias médicas y la psicología.

Desde esta perspectiva, se presentan grandes limitaciones en torno al conocimiento del impacto real de los nuevos casos registrados en el país, ya que las estadísticas están desactualizadas, a diferencia de países más desarrollados que cuentan con todo un sistema de medición del impacto del cáncer en la población general (Galindo, Rojas, Benjet, Meneses, Aguilar & Alvarado, 2014).

Por otra parte, persisten dificultades en la prevención de los factores de riesgo de cáncer, ya que las estrategias de difusión son escasas y el impacto de la psicooncología en países como Colombia no se ha hecho muy evidente en la población general, so pesar de los grandes esfuerzos de los psicólogos que trabajan en esta línea. De otra parte, la atención a pacientes oncológicos se ha dedicado principalmente a todo lo relacionado con el tratamiento médico y la rehabilitación y ha dejado de lado o le ha prestado poca importancia a la atención integral de los pacientes, algo fundamental a la hora de evaluar su salud mental a la luz del proceso de intervención médica por el cual ha tenido que pasar tanto el paciente como sus

familiares (Murillo, Wiesner, Acosta, Piñeros, Pérez y Orosco, 2015); esto a pesar de que existe la ley Sandra Ceballos 1384 que tiene como objetivo facilitar la atención integral del cáncer en el país.

A nivel académico, hace falta una mayor apropiación por parte de los investigadores de las temáticas relacionadas con psicooncología y un esfuerzo más generalizado por la transdisciplinariedad para abordar los problemas psicológicos emergentes en un contexto de enfermedad como lo es el cáncer.

De otra parte, si bien han venido incrementándose los cursos de profundización y los estudios posgraduales en psicooncología, aún es muy limitado en alcance; a nivel de pregrado, no se evidencian en los *pensums* de las instituciones de educación superior una mayor atención a esta área salvo el acercamiento que desde la psicología de la salud se ha realizado en algunos programas y esto a pesar que el diagnóstico de cáncer ha venido en aumento.

Conclusiones

La psicooncología es una subespecialidad que se mueve entre la oncología y la psicología y tiene como objetivos el trabajo con pacientes oncológicos, familiares y personal sanitario, para identificar las variables psicológicas relacionadas con la evaluación, diagnóstico, intervención, comunicación durante todo el proceso, la remisión y el duelo.

Los principales objetivos de la psicooncología giran en torno a la prevención primaria, la prevención secundaria, los efectos de los tratamientos médicos en el paciente y familiares y la investigación en torno a los aspectos psicológicos y sociales emergentes del diagnóstico de cáncer.

Los principales desafíos inherentes a la psicooncología están relacionados con las dificultades para establecer tasas epidemiológicas actualizadas en torno a la prevalencia de cáncer en la población general en países como Colombia; las dificultades generadas por la falta de prevención de factores de riesgo y la escasa atención integral del paciente, que vaya más allá de la atención médica; como también, la falta de investigaciones transdisciplinarias que aborden las problemáticas relacionadas con el cáncer desde diferentes perspectivas, y la escasa formación en psicooncología a la cual pueden acceder los psicólogos en la actualidad.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. 46(3),196-206.
- Amigo, I. Rodríguez, F. y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Costa, G. y Ballester, R. (2011). El inicio de la psico-oncología: una breve revisión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. (99),21-28.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Die Triel, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1(1), 184-186.
- García-Conde, A. Ibáñez, E. Dura, E. (2008). Análisis del contenido de la revista Pshycho-Oncology. *Boletín de Psicología*, (92), 81-113.
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J., & Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.

- Greer S. (1994). Psychooncology, its aims, achievements and future task. *Psychooncology*, (3), 87-101.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. (64),206-221.
- Macarulla, T. Ramos, F. y Tabernero, J. (2009). *Comprender el cáncer*. Barcelona, España: Editorial Amat. S.I.
- Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología. (2004). El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Bogotá. Recuperado de. <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf#page=29>
- Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez, J. y Orosco, M. (2015). *Modelo de cuidado del paciente con cáncer*. Colombia: MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cáncer (Nota descriptiva, febrero 2017). Ginebra: WOH media centre. Recuperado de. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pardo, C. (2010) Incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Cancerología;.
- Pardo, C. y Cendales, R. (2015), *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011*. Primera edición. Bogotá, COLOMBIA: Instituto Nacional de Cancerología.
- Piñeros M, Gamboa O, Suárez A. (2011). Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. *Rev Panam Salud Pública*, 30(1), 15-21.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. y Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15 (1), 171-198.
- Serna, A. (2002). *El Cáncer: Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. España: Ediciones Harcourt.

CAPÍTULO 2

Funciones y competencias relacionadas con
el ejercicio de la psicooncología

Introducción

Luego de la aparición formal de la psicooncología durante el Siglo XX, comienza a ser cada vez más importante en el ámbito internacional el estudio de los factores psicológicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes oncológicos; esto derivó en un interés cada vez mayor por parte de la psicología de la salud en los diversos ambientes y centros oncológicos (Cruzado, 2013; Holland, 1998; Bayés, 1990).

Según Cruzado (2003), el desarrollo de la psicooncología se ha visto beneficiando por dos grandes momentos:

En un primer momento, por las necesidades de prevención e intervención en el ámbito clínico de la oncología, que se pueden dividir en:

- La importancia que tiene el diagnóstico de cáncer para el contexto sanitario y el entorno social.
- La afectación psicológica en el paciente y su familia por los acontecimientos estresantes por los que deben pasar.
- Los objetivos propios del sistema de salud que tiene no solamente que velar por los procesos de remisión del cáncer, sino también, por el bienestar de los pacientes.
- La necesidad de mantener informado al paciente de todo lo concerniente con el tratamiento y hacerlo participe de las decisiones terapéuticas que se tomen.

- La necesidad de mejorar las competencias y dotar de habilidades clínicas a los profesionales de la salud que atienden los casos derivados del diagnóstico de cáncer.
- La necesidad de trabajar la salud mental del personal médico que trabaja con una alta sobrecarga de estrés derivado de la dinámica propia del manejo oncológico.
- La importancia de la promoción y la prevención en contexto oncológico.

En un segundo momento, por la aparición de la psicología y el desarrollo de otras disciplinas de la salud en el terreno de la investigación y la aplicación médica de los nuevos descubrimientos, que dejan como resultados:

- La aparición de la psicología de la salud.
- Las investigaciones en torno a variables como el estrés, la estructura de personalidad y el mundo emocional del paciente oncológico.
- El avance investigativo en Psico-neuro-inmunología.
- La efectividad de las intervenciones psicológicas en el manejo de pacientes con cáncer.

Todo esto ha dado como resultado un mayor interés por la formación de los futuros psicólogos que se dedican al trabajo con pacientes oncológicos desde las aportaciones de la psicooncología y ha estimulado la necesidad de identificar las competencias que se deben tener para el abordaje clínico de las necesidades de los pacientes, sus familiares y el personal médico. Siendo necesario clarificar cuáles son sus funciones específicas y las competencias que debe desarrollar cualquier profesional que se desempeñe en este campo.

Funciones del profesional en psicooncología

Teniendo en cuenta los objetivos planteados por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, (2008), en torno al ejercicio de la psicooncología, donde se resaltan la prevención primaria, la prevención secundaria, la intervención y la investigación de aquellos factores psicológicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer, se puede hablar de múltiples funciones que un profesional que trabaje en esta área puede desempeñar.

Es así como Cruzado (2016), ha resumido estas funciones en cinco áreas diferentes (ver Tabla 2), dentro de las cuales el psicooncólogo desempeña múltiples actividades. Estas áreas son la prevención, donde se promueven estilos de vida saludables; la evaluación clínica, destinada al abordaje inicial del estado emocional, cognitivo y comportamental del paciente que ha recibido un diagnóstico de cáncer; el tratamiento psicológico, para trabajar los trastornos y problemáticas psicológicas y sociales resultantes del proceso de adaptación por parte del paciente y su familia durante las diferentes fases de la intervención médica; el personal sanitario, con quienes se trabaja los procesos de comunicación entre médico-paciente-familiares para favorecer la dinámica de afrontamiento; y por último la investigación, eje central que le permite al profesional establecer las dinámicas psicológicas en los involucrados en el proceso clínico oncológico y validar las intervenciones que realice para ofrecer una atención de calidad mediada por la evidencia científica.

Tabla 2. Áreas y funciones del psicooncólogo

ÁREA	FUNCIONES
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de estilos de vida saludable. Educación para la salud. - Adherencia a la detección precoz. - Consejo genético oncológico.
Evaluación clínica	<p>a) Áreas de Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración inicial: capacidades cognitivas (atención, lenguaje, pensamiento, orientación, memoria, afecto). Screening de trastornos psicopatológicos. - Adaptación a la enfermedad y su tratamiento. Satisfacción con la información. Comprensión de la información. Participación en las decisiones. Confianza en el equipo médico. Adherencia médica. Afrontamiento del diagnóstico y tratamientos. - Estado emocional: ansiedad, depresión, autoestima, culpa, ira, etc. - Calidad de vida. - Apoyo familiar y social. <p>b) Informe Psicológico.</p> <p>c) Diagnóstico (Según criterios DSM5, CIE-10).</p> <p>c) Derivación.</p>
Tratamiento psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación, consejo psicológico y orientación sobre estrategias para superar problemas de información, y necesidades de comunicación y emocionales. - Control de estados de ánimo negativos: ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, aislamiento, negación. Identificar emociones negativas, expresarlas. Estrategias para afrontarlas: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal. - Solución de problemas y planificación de actividades. - Intervención familiar: psicoeducación, información sobre el estado sanitario y psicológico del paciente. - Estrategias de ayuda y comunicación con el paciente. - Afrontamiento de estados emocionales negativos. - Resolución de problemas de la vida diaria.

	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, TMO y hormonales) y de sus efectos colaterales: miedo, fatiga, náuseas y vómitos, anorexia, dolor y otros. - Problemas sexuales.
Personal Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> a) Habilidades de comunicación con el enfermo y su familia. Afrontamiento del estrés. Ayuda al manejo de sus propias emociones ante los pacientes y familiares. b) Habilidades de comunicación en el equipo. c) Evaluación y prevención del Burnout.
Investigación	Necesidades psicológicas y sociales de los pacientes y familiares. Factores psicológicos y sociales asociados al cáncer. Valoración de calidad de la evaluación y tratamientos aplicados.

Fuente: recuperado de Cruzado (2016).

Competencias del profesional en psicooncología

Para el óptimo desarrollo de las funciones que el especialista en psicooncología debe desempeñar, es indispensable que desarrolle una serie de competencias transversales y específicas que le permitan adelantar con eficacia y eficiencia su trabajo, en un contexto mediado por una fuerte carga emocional y comportamental.

Las competencias profesionales según Gómez-Rojas (2015), son “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados con la profesión en todas las situaciones que se pueden enfrentar en el ejercicio de la práctica profesional” y pueden dividirse en dos tipos: las competencias transversales, que son aquellas presentes en varias disciplinas y las competencias específicas, propias de cada campo de acción profesional (Colegio Colombiano de Psicólogos [Colpsic], 2014). Estas competencias comienzan a desarrollarse con el entrenamiento y abarcan toda la vida profesional, dependien-

do del contexto propio de trabajo y las funciones que se deban desempeñar (Colpsic, 2013).

Frente a los dos tipos de competencias, Colpsic (2014) menciona que las competencias transversales (práctica basada en evidencia, autoevaluación y autocuidado, ética y valores, manejo confidencial de la información, respeto por la dignidad de las personas, relaciones basadas en el respeto, relaciones interdisciplinarias, lectura del contexto, análisis cultural, adaptabilidad a población diversa, evaluación del conocimiento y gestión del conocimiento), se darían en los dominios de la acción profesional, la ética y valores, las relaciones interpersonales e interdisciplinarias, el contexto cultural-diversidad y la investigación; y las competencias específicas del psicólogo en el área de la salud (análisis de necesidades, planteamiento de objetivos de evaluación y diagnóstico, planificación y ejecución de estrategias de promoción y prevención, intervención, evaluación permanente del proceso y manejo de la información), en los dominios de la identificación de problemas relevantes, la evaluación y diagnóstico, el diseño e implementación de programas de promoción, prevención e intervención, el monitoreo y seguimiento y la comunicación de resultados.

En el caso de los psicólogos que se dedican a la psicooncología, se enmarcan en la psicología de la salud, trabajando áreas de funcionamiento específicas como la evaluación, diagnóstico, intervención, investigación, supervisión clínica y enseñanza (Rodolfa *et al.*, 2005), lo que lleva al desarrollo de competencias trasversales relacionadas con las disciplinas de la salud y específicas concernientes con el cargo, determinando lo que el profesional debe poder hacer.

En este marco de referencia de lo que son las competencias profesionales, Cruzado (2016), menciona que las competencias del psicooncólogo giran en torno a:

- Conocimientos clínico-oncológicos a nivel etiológico, epidemiológico, factores de riesgo, pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.
- Manejo del modelo biopsicosocial.
- Conocer el contexto institucional y profesional (los servicios, instituciones y asociaciones relacionadas con el cáncer).
- Tener claridad en cuando a sus funciones en tratamiento clínico y los cuidados paliativos.
- Capacidad de trabajo y comunicación inter-multidisciplinar y con el paciente y su familia.
- Manejo de los aspectos legales, bioéticos y deontológicos.
- Conocimiento de aquellos factores psicosociales que influyen en el bienestar y la calidad de vida del paciente y su familia.
- Habilidades de evaluación, diagnóstico e intervención clínica de las diferentes problemáticas psicológicas relacionadas con el paciente y sus familiares.
- Manejo de las necesidades espirituales del paciente.
- Formulación e implementación de proyectos de investigación.

Teniendo en cuenta la definición de competencias y la tipología planteada por Colpsic, sumado a los planteamientos en torno a las competencias del psicooncólogo de Cruzado, a continuación, se presenta un resumen de las principales competencias que debe desarrollar cualquier profesional que se dedique al trabajo en psicooncología (ver Tabla 3), sin pretender ser exhaustivos en la presentación de estas.

Tabla 3. Competencias del profesional en psicooncología T1

TIPOS DE COMPETENCIAS	DOMINIOS	COMPETENCIAS	INDICADOR DE DESEMPEÑO DEL PSICOONCOLOGÍA
Competencias transversales del psicooncólogo	Ejercicio profesional	Prácticas basadas en la evidencia	Fundamenta su práctica profesional en los conocimientos de la psicooncología, y con el apoyo de los resultados de investigación.
		Autoevaluación y autocuidado	Permanentemente está evaluando su actuación profesional desde una perspectiva crítica, actualizándose constantemente y cuidando su propio actuar y bienestar.
	Ética y valores	Ética y valores	Aplica los principios bioéticos y deontológicos en el ejercicio profesional con los pacientes, sus familiares y el personal médico del área oncológica en la que trabaja.
		Manejo confidencial de la Información	Maneja la confidencialidad con los pacientes y está dispuesto en todo momento a informar a estos sobre las diferentes etapas y efectos psicológicos y sociales que debe pasar durante el transcurso del tratamiento médico para el cáncer.
		Respeto por la dignidad de las personas	Es respetuoso de sus pacientes y su condición física y psicológica derivada de las diferentes etapas del tratamiento; como también de los demás miembros de su familia y el personal médico.

Competencias transversales del psicooncólogo	Relaciones interpersonales e inter-transdisciplinarias	Relaciones basadas en el Respeto	Es respetuoso en sus interacciones formales e informales con pacientes, familiares y personal médico.
		Relaciones inter-transdisciplinarias	Coordina y respeta el trabajo realizado en colaboración con otras disciplinas, aportando desde su saber y asimilando el saber de otras áreas involucradas de alguna forma con el manejo del paciente oncológico y sus familiares.
	Contexto cultural y diversidad	Lectura del contexto	Sabe identificar las características del contexto médico en el cual trabaja y los determinantes sociales involucrados en las dinámicas del paciente, sus familiares y el personal sanitario.
		Análisis Cultural	Conoce las características de la cultura en la cual se encuentra laborando, identificando aquellas costumbres, comportamientos y tradiciones que pueden favorecer o entorpecer la relación profesional/paciente y paciente/enfermedad/familia.
		Adaptabilidad a población diversa	Su ejercicio profesional se adapta a las variaciones culturales propias del contexto del paciente (orientación sexual, creencias religiosas, valores, etc.), evaluando el impacto de sus intervenciones permanentemente.

Competencias transversales del psicooncólogo	Investigación	Evaluación del conocimiento	Identifica las principales fuentes de conocimiento científico disponibles y evalúa su validez, alcance e impacto en su ejercicio profesional como psicooncólogo.
		Gestión del conocimiento	Reconoce la importancia de la investigación para su ejercicio profesional y sabe plantear problemas y establecer diseños de investigación apropiados para el desarrollo de proyectos de investigación; al tiempo que incorpora los resultados derivados de la indagación científica en su quehacer.
Competencias específicas del Psicooncólogo	Identificación de problemas relevantes	Análisis de necesidades	Realiza la valoración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales de pacientes/familia/personal médico, priorizando los niveles de atención, partiendo de su relevancia para el tratamiento oncológico, el bienestar y la calidad de vida de los involucrados.
	Evaluación y diagnóstico	Planteamiento de objetivos de evaluación y diagnóstico	Identifica e implementa los instrumentos de evaluación pertinentes para su área de trabajo como psicooncólogo, analizando los resultados obtenidos mediante la evaluación, generando perspectivas de intervención derivadas del diagnóstico.

Competencias específicas del Psicooncólogo	Diseño e implementación de programas de promoción, prevención e intervención	Planificación y ejecución de estrategias de promoción y prevención	Diseña e implementa programas de promoción y prevención en contexto oncológico.
		Intervención	Diseña e implementa planes de intervención con pacientes, familiares y personal sanitario, con la finalidad de atender las demandas psicosociales y espirituales derivadas del tratamiento médico-oncológico en sus diferentes etapas.
	Monitoreo y seguimiento	Evaluación permanente del proceso	Evalúa los alcances de la intervención durante y al finalizar la misma, con la finalidad de establecer planes de mejora continua.
	Comunicación de resultados	Manejo de la información	Desarrolla habilidades para la presentación de resultados a pacientes, familiares y personal sanitarios; y para la elaboración de informes y el manejo de los mismos.

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

El profesional que se especializa en psicooncología debe poder dar cumplimiento a las funciones propias de su cargo, enmarcadas en las áreas de la prevención, evaluación, tratamiento, manejo de personal sanitario e investigación, desde donde desarrolla una serie de competencias trasversales al ejercicio de las disciplinas de la salud y específicas en cuanto a su objeto

de intervención, es decir, las dinámicas psico-socio-espirituales de pacientes, familiares y personal sanitario, a lo largo de todo el tratamiento oncológico.

Estas funciones y competencias son relevantes para poder ofrecer una atención integral y efectiva, que mejore el bienestar subjetivo y la calidad de vida de una población que se encuentra constantemente expuesta a diferentes cambios contextuales derivados del tratamiento médico y las dinámicas emocionales, motivacionales y de comportamiento de los pacientes, familiares y el personal médico que atiende en las unidades oncológicas. Por lo que es de vital importancia el monitoreo constante de los practicantes que se desempeñan en la atención psicológica de los pacientes con cáncer, para identificar el correcto desarrollo de las competencias requeridas y, por lo tanto, garantizar el cumplimiento de sus funciones.

Referencias

- Bayés, R. (1990). *Psicología oncológica*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2013). *Perfiles por competencias del profesional en Psicología*. Documento en línea. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/imagenes/Perfiles_por_competencia_del_profesional_en_psicologia.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. Documento en línea. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Cruzado, J.A. (2013). *Manual de Psicooncología*. Madrid, España: Pirámide.

- Cruzado, J. (2016). Formación y competencias del psicooncólogo. En Rojas, C., y Gutiérrez, Y. (Ed.), *Psicooncología. Aportes a la comprensión y la terapéutica*. (pp. 65-82). Chile: Ediciones Nueva Mirada.
- Gómez-Rojas, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista mexicana de anestesiología*. 38(1), 49-55.
- Holland. J, (Ed.). (1998). *Psycho-Oncology*. Nueva York: Oxford.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. y Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., Ritchie, P. (2005). A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36(4), 347-354.

CAPÍTULO 3

Factores de riesgo asociados al cáncer

Introducción

El cáncer es una patología asociada a diversos factores de riesgo que interactúan entre sí aumentando la probabilidad de que se desarrolle algún tipo de cáncer, sin que esto signifique necesariamente que la exposición a algún factor de riesgo desencadene en la aparición de la enfermedad (Amigo, 2014; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, 2008).

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”; que en el caso específico del cáncer están ligados principalmente a estilos de vida, comportamientos o a causas ambientales (Amigo, Fernández y Pérez, 2009; Weiss, 1985).

Fumar como factor de riesgo

El consumo de tabaco es considerado una de las principales causas prevenibles de diagnósticos de cáncer, siendo el responsable del 22% de las muertes anuales a nivel mundial por esta causa (OMS, 2018), esto debido a los efectos nocivos de las diferentes sustancias químicas que lo componen, que afectan el ADN no solo de los fumadores activos, es decir aquellos que habitualmente fuman, sino también, de aquellos considerados fumadores pasivos, que no fuman, pero tiene contacto

directo con el humo del cigarrillo (Instituto Nacional de Cáncer [NIT], 2015).

Entre los diferentes tipos de cáncer que se han relacionado con el consumo de tabaco se encuentran el cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago, garganta, hígado, estomago, entre otros; siendo de gran importancia para su prevención los programas integrales de control del tabaco, la detección temprana del cáncer y los tratamientos médicos frente al diagnóstico (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2016).

El alcohol como factor de riesgo

El alcohol, al igual que el tabaco, es una de las principales causas de cáncer prevenibles (Coronado, Beasley, Livaudais, 2011). Sin embargo, su consumo se ha extendido por todo el mundo sin discriminación de raza, cultura y características sociodemográficas, ya que se ha asociado a los diferentes aspectos de la vida social y se ha incorporado como parte de los rituales de festejo y socialización de las personas (Sarasa-Renedo, Sordo, Molist, *et al*, 2014).

En cuanto al riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer derivado del consumo de alcohol, parece ser la cantidad y el tiempo de consumo los más importantes a la hora de desarrollar una neoplasia y no el tipo de bebida alcohólica (Yin, Morita, Ohnaka, *et al*. 2012). Y entre los diferentes tipos de cáncer asociados al consumo de bebidas alcohólicas se encuentran, los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y mama; aumentando el riesgo de presentar alguno de estos tipos de cáncer si además de consumir alcohol, la persona fuma (OMS, 2018).

Sustancias químicas como factor de riesgo

Algunos factores de riesgo están asociados con diversos productos químicos carcinógenos, los cuales se estiman son los causantes del 1% al 4% de todos los tipos de cáncer diagnosticados y están presentes en el ambiente, al cual se está expuesto a través del consumo de agua, alimentos contaminados por químicos cancerígenos, la contaminación ambiental, los espacios cerrados y la actividad industrial (OMS, 2018; Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

Entre las diferentes sustancias químicas cancerígenas que se han identificado hasta el momento, se encuentran los ácidos aristolóquicos, las aflatoxinas, el alquitrán de hulla y residuo de alquitrán de hulla, el arsénico, el asbesto, el benceno, la bencidina, el berilio, el óxido de etileno, el polvo de madera, el radón y el torio, entre otros; sin embargo, se debe aclarar que aunque estas sustancias sean cancerígenas, no significa que la exposición a ellas genere necesariamente cáncer, ya que se deben tener en cuenta entre otras cosas la cantidad y la duración de la exposición y la predisposición genética a la hora de evaluar estas sustancias y su capacidad de explicar la aparición de algún tipo de cáncer (Instituto Nacional de Cáncer [NIT], 2015).

Radiación como factor de riesgo

La radiación ionizante es uno de los factores de riesgo causantes de cáncer de mayor reconocimiento; la evidencia muestra que la radiación produce alteraciones en el ADN y actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones celulares después de un periodo de latencia que puede abarcar varios años (Aibar, Celano, Concepción, et al, s.f.).

La radiación ionizante incluye diferentes tipos de radiación como la ultravioleta (UV), radón, rayos X y otras formas de radiación de alta energía (Instituto Nacional de Cáncer [NIT], 2015); en cuanto a las radiaciones ultravioleta, en particular la radiación solar, está asociada a los diferentes tipos de cáncer de piel como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y el melanoma; el radón esta entre los carcinogénesis relacionados como el cáncer pulmón y se sabe que la radiación ionizante puede desencadenar en leucemia (OMS, 2018).

Infecciones y virus como factor de riesgo

Diferentes agentes infecciosos o virus se han relacionado con la proliferación posterior de células cancerígenas; a tal punto que para la OMS (2018), el 22% de las muertes por cáncer en países en vía de desarrollo y el 6% de los países industrializados, se debe a algún agente infeccioso, como es el caso de la hepatitis B y C, relacionadas con el cáncer de hígado; la infección del virus del Papiloma Humano y su correlación con el cáncer de cuello uterino en mujeres; y la bacteria *Helicobacter Pylori*, presente en el aumento de cáncer de estómago.

Por otra parte, el virus del *Epstein Barr* es un agente que se ha relacionado con el cáncer de *Linfoma de Burkitt*; el virus *Linfotrópico T Humano tipo 1* con la leucemia; el Herpes Humano tipo 8 con *Sarcoma de Kaposi* y el *Poliomavirus de células Merkel* se asocia al carcinoma de células de *Merkel* (Moore, y Chang, 2010).

La dieta como factor de riesgo

El tipo de alimentación puede ser no solo un factor saludable en la vida de las personas, sino que mal manejado, puede

volverse un factor de riesgo para múltiples problemáticas de salud y enfermedades como el cáncer. Es así como una alimentación rica en grasas y proteínas y baja en fibra, se correlaciona con un aumento en la probabilidad de presentar cáncer de colon (Amigo, Fernández y Pérez, 2009). El sobrepeso y la obesidad derivados de una dieta desbalanceada se relaciona con diferentes tipos de cáncer como el de esófago, colon, recto, mama, endometrio y riñón (OMS, 2018).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que los estudios epidemiológicos que analizan la relación del cáncer con la dieta, solo indican que determinado tipo de alimentación se asocia con un cambio en el riesgo de cáncer, no que los alimentos son responsables del riesgo o que causen cáncer (Instituto Nacional de Cáncer [NIT], 2015).

La personalidad tipo C como factor de riesgo

En cuanto a la estructura de personalidad, algunos han asociado cierto tipo de patrón de comportamiento con el aumento en la probabilidad de presentar un diagnóstico de cáncer; es el caso de la personalidad tipo C, la cual se refleja en personas en cuyo estilo de comportamiento prima el manejo racional y la represión de las emociones negativas como la ira, el resentimiento, la dependencia afectiva, la desesperanza y la poca asertividad, lo que se ha asociado como predictor de todos los tipos de cáncer (Grossarth-Maticsek, Bastianns, & Kanazir, 1985).

Sin embargo, se debe tener cuidado, ya que los estudios realizados en torno al tipo de personalidad y su relación con el cáncer, son contradictorios y el exceso de racionalidad, sumado a la represión y mal manejo de las emociones suele estar presente en la mayoría de los estudios psicológicos sobre el

cáncer (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, 2008).

El estrés como factor de riesgo

El estrés es definido por Lázarus y Folkman (1986), como “el resultado de la interacción entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o superior a sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Desde esta perspectiva, el estrés se ha relacionado con la aparición de cáncer de dos formas: por una parte, de manera indirecta por medio del sistema inmunitario, reduciendo el número y actividad de las células NK encargadas de identificar y eliminar células tumorales en el cuerpo; y de otra parte, de forma directa mediante algunos mecanismos relacionados con la reparación del ADN dañado y la apoptosis, aspectos fundamentales para el inicio de cáncer (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, 2008).

Depresión como factor de riesgo

La depresión como factor de riesgo de cáncer ha sido poco estudiada, sin embargo, según Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, (2008), citando a Shekelle *et al.* (1981), mencionan que, en un estudio realizado en empleados de una empresa, se evidenció que las personas con puntuaciones más altas en depresión tenían el doble de probabilidad de morir por causa de cáncer con el transcurrir de los años. Esto puede deberse a la relación existente entre las emociones negativas y otros factores de riesgo que afectan el sistema inmunitario.

Otros factores de riesgo frente al cáncer

Existen otros factores de riesgo presentes en la aparición de diferentes tipos de cáncer como: la herencia, la cual está presente en un 5 a 10% de los diagnósticos de cáncer en especial el de mama; la edad, que con el aumento de la misma, hace más proclive a los individuos a presentar ciertos tipos de cáncer; y los traumatismos de la piel, que generan irritación mecánica asociada a cáncer de labio en fumadores y el cáncer de abdomen e ingle, producto de la forma de vestir en la india (Aibar, Celano, Concepción, et al, s.f.).

Conclusiones

El diagnóstico de cáncer está relacionado con múltiples factores de riesgo, que interactúan entre si aumentando la probabilidad de desarrollar un proceso cancerígeno, lo que no significa que el estar expuesto a un factor de riesgo, implique la necesaria aparición de algún tipo de cáncer.

Entre los diferentes factores de riesgo de cáncer se pueden identificar aquellos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, algunas sustancias químicas presentes en el ambiente, como también algunos tipos de radiación, la dieta, algunas infecciones y virus, la estructura de personalidad tipo C, el estrés y la depresión, la herencia, la edad y los traumatismos en la piel.

Referencias

Aibar, S., Celano, C., Concepción, M., et al, (sin fecha). *Manual de enfermería oncológica*. Argentina: Instituto Nacional de Cáncer.

- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Amigo, I. (2014). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016). *El cáncer y el consumo de tabaco*. Atlanta: Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU. Recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/cancer-tabaquismo/index.html>
- Coronado GD, Beasley J, Livaudais J. (2011). Alcohol consumption and the risk of breast cancer. *Salud Publica Mex.*53(5), p.440-447.
- Grossarth-Maticsek, R.; Bastianns, J. & Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cáncer, ischaemic heart disease and stroke: The yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29,p.167-176.
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). *Factores de riesgo de cáncer*. EE. UU: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Recuperado de. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moore, PS. y Chang, Y. (2010). Why do viruses cause cancer? Highlights of the first century of human tumour virology. *Nat Rev Cancer*. 10(12), p.878-889.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Factores de riesgo*. Ginebra: WOH media centre. Recuperado de. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Prevención del cancer*. Ginebra: WOH media centre. Recuperado de. <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>

- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., y Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1),p.171-197.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., et al, (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Publica*. 88, p.469-491.
- Weiss, S. (1985). *Paper presented at the conferencia pronunciada en el 15th Annual Meeting European Association for Behavior Therapy*, Munich.
- Yin G, Morita M, Ohnaka K, et al. (2012). Genetic Polymorphisms of XRCC1, Alcohol Consumption, and the Risk of Colorectal Cancer in Japan. *J Epidemiol*. 22(1), 64-71.

CAPÍTULO 4

Psicooncología a lo largo del ciclo vital

Introducción

El cáncer es una enfermedad cuyo diagnóstico es cada vez más recurrente a nivel mundial y está asociado a una de las principales causas de muerte según los organismos internacionales de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017), afectando a la población en general sin distinción de edad, ni sexo; por lo que se pueden identificar procesos cancerígenos en niños, adultos y adultos mayores, siendo en cada uno de estos grupos poblacionales más relevante algunos tipos de cáncer que otros y su intervención médica y psicológica posee algunas diferencias propias del estado del ciclo vital en el cual se encuentre el paciente (Piñeros, Gamboa y Suárez, 2011; Pardo, 2010).

A continuación, se analizarán algunos de los aspectos psicológicos más relevantes para una intervención Psicooncológica a lo largo del ciclo vital, dividiendo el análisis en niños, adultos y adultos mayores, para resaltar las peculiaridades propias de cada etapa a nivel psicológico y de intervención por parte del profesional en psicooncología con el paciente y sus familiares.

Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer en niños

El diagnóstico de cáncer es para el niño y su familia una experiencia compleja y de difícil asimilación, esto debido a que el menor y sus padres deben aprender a manejar toda una serie de emociones como la ansiedad, llanto y problemas para

dormir, entre otros; que van emergiendo producto del proceso en el cual se está inmerso y que incluye hospitalizaciones, procedimientos médicos como quimioterapia, y cirugías que afectan la calidad de vida del infante y sus núcleo familiar (Sawyer, Antoniou, Toogood y Rice, 1997).

Los niños con diagnóstico oncológico pueden experimentar diferentes sintomatologías físicas y psicológicas relacionadas entre sí, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar su estado de salud y su calidad de vida frente al tratamiento. Desde esta perspectiva, se han identificado los siguientes elementos para tener en cuenta (Cicogna, 2009; Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce y Amayra, 2004):

- Estrés y ansiedad derivados de diferentes sintomatologías físicas como dolor, náuseas, fatiga y vómito.
- Se producen sentimientos de tristeza, miedo, ansiedad y depresión.
- Las intervenciones médicas como la quimioterapia suelen ser asumidas como fuente de vida.
- La comunicación médico-paciente-familia, es fundamental en el abordaje de los efectos secundarios producidos por el tratamiento en el menor y deben ser trabajados desde el mismo momento en que se genera el diagnóstico y a lo largo del tratamiento para una mejor adaptación al mismo.
- Se debe tener en cuenta la valoración subjetiva de los efectos secundarios del tratamiento en el niño y sus familiares.
- Las intervenciones cognitivo-conductuales ideales para abordar los aspectos psicológicos relacionados con el tratamiento y los efectos secundarios del mismo ya que además de haber mostrado ser efectivos, permiten una participación del niño y su familia en el proceso.

Frente al diagnóstico, el menor puede experimentar toda una serie de emociones como ansiedad, preocupación, miedo a morir, baja autoestima y sentimientos de indefensión, que deben ser manejados adecuadamente por el personal médico, sin que, por esta razón se deba ocultar el diagnóstico al niño, ya que esto no es recomendable (Noel, D'Anello, Araujo y De Sousa, 2012).

Según Clarke, Davies, Jenney, Glaser, & Eiser (2005), los niveles de malestar percibido por el niño dependerán entre otras cosas, del adecuado manejo de la información por parte del personal médico, quienes deberán proporcionarle al menor y su familia, información apropiada para su edad, que favorezca una mejor comprensión de lo transmitido en torno al diagnóstico y tratamientos médicos, lo que tendrá como efectos positivos una mejor adaptación al proceso y los tratamientos subsiguientes, y así el menor no percibirá que la enfermedad es un secreto o algo de lo que no se debe hablar.

En cuanto al tratamiento, los menores y sus familiares se ven expuestos a múltiples demandas médicas que se convierten en generadoras de estrés, como la adaptación que el menor debe realizar no solo al enfrentarse a un medio hospitalario, sino también, a los cambios físicos y emocionales propios de los procedimientos médicos; sumado a la sensación de incertidumbre que genera la amenaza de muerte que está presente en torno a la enfermedad y las modificaciones en las dinámicas familiares y relacionales del menor y sus familiares, que llegan incluso a alterar las rutinas diarias y en algún grado la adherencia al tratamiento (Ruland, Hamilton y Schjødt-Osmo, 2009; Bruce, 2006).

Si los tratamientos médicos efectuados en el niño no responden favorablemente y continuarlos implican generarle un mayor deterioro en la salud física y psicológica, se procede a re-direccionar al menor a cuidados paliativos, para poder

brindarle algún grado de bienestar y aliviar los síntomas de la enfermedad durante el tiempo que el menor continúe con vida (De Graves y Aranda, 2005).

En estos casos, la familia suele asumir posturas de resistencia frente a la terminación del tratamiento médico, aferrándose a la idea de que el niño mejorara (Huang *et al.*, 2012); y es en este momento, donde la intervención psicológica debe buscar disminuir los efectos psicológicos que la incertidumbre les genera, incentivando el uso de los recursos internos y externos del menor y sus familiares para afrontar la nueva situación y de esta forma disminuir los estados de vulnerabilidad, y proteger a los padres del menor de los efectos negativos de la etapa final en la que se encuentra su hijo en cuidados paliativos (Cely-Aranda, Duque, y Capafons, 2013).

Como se puede apreciar, la intervención psicológica en niños es un aspecto fundamental que busca identificar los aspectos físicos y psicológicos relacionados con el proceso oncológico pediátrico y pretende mejorar su calidad de vida y la de su familia, disminuyendo los efectos producidos por el tratamiento hasta que el menor presente remisión de síntomas o en su defecto, hasta el momento en que la enfermedad desencadene en la muerte del niño y la subsiguiente etapa de duelo y afrontamiento de los padres por la pérdida.

Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer en adultos

El adulto con diagnóstico oncológico experimenta una serie de cambios emocionales y comportamentales derivados del diagnóstico y la intervención médica que pueden favorecer o desfavorecer su adaptación al tratamiento y la adherencia al acompañamiento psicológico, por lo que es de vital impor-

tancia conocer cuáles son los principales cambios por los que atraviesa el paciente. Desde esta perspectiva, los estudios han identificado aspectos para tener en cuenta como (Robert, Álvarez, Valdivieso, 2013; Henselmans, Helgeson, Seltman, Vries, Sanderman, y Ranchor, 2010; Grassi, Travado, Gil, Sabato, Rossi, y el grupo SEPOS, 2004):

- El paciente diagnosticado con cáncer pasa por un primer periodo denominado duelo oncológico, el cual es sano y adaptativo, que incluye estados de aturdimiento y negación, ira, negociación, depresión y finalmente aceptación y afrontamiento del cáncer.
- Durante el tratamiento suele experimentar una serie de emociones que van desde miedo, temor, incertidumbre y rabia.
- La sintomatología de ansiedad y depresión es muy alta en las diferentes etapas del tratamiento.
- Presentan recurrentes síntomas de malestar emocional.
- La ideación y riesgo de suicidio está presente en esta población, sin embargo, varía dependiendo del estadio del cáncer y su gravedad.
- Los trastornos adaptativos se encuentran con mayor prevalencia en pacientes oncológicos, en comparación con la población general.
- La persistencia de efectos secundarios del tratamiento como náuseas, vómito y dolor.

La comunicación del diagnóstico es un momento muy importante para el paciente y sus reacciones iniciales frente al mismo varían dependiendo de la interpretación de los síntomas y la situación en general del paciente (Rodríguez-Marín, 1995). En este contexto tan cargado emocionalmente, el paciente suele

recibir la información de forma instrumental, salvo algunos raros casos en los cuales se tiene algún tipo de preparación para afrontar el diagnóstico, lo cual es problemático ya que en este momento es crucial el poder modificar las posibles percepciones erróneas en torno al cáncer y su pronóstico, que están relacionados con el aumento de los niveles de ansiedad, desesperanza e incertidumbre (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Durante el tratamiento, el paciente oncológico experimenta una serie de cambios físicos y psicológicos que deberán ser atendidos por el personal médico y el psicooncólogo. Entre los diferentes efectos secundarios de tratamiento se encuentran las náuseas y el vómito, que puede debilitar física y emocionalmente al paciente y deben ser trabajados desde intervenciones que incluyan hipnosis, relajación muscular, desensibilización sistemática o técnicas de control atencional; el dolor, el cual es recurrente y su intensidad dependerá del tipo de cáncer que se presente, sin embargo, su manejo psicológico deberá estar orientado por la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento como la relajación, distracción, reinterpretación de sensaciones entre otras; y los cambios emocionales y trastornos como depresión y ansiedad, que requieren una correcta evaluación y diagnóstico para poder ofrecer intervenciones que disminuyan su presencia y recurrencia a lo largo del tratamiento médico (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, y Oblitas, 2008).

En el adulto, el cuidado paliativo tiene la misma finalidad (atender al paciente a quien ya no le resulta provechoso mantenerle bajo el tratamiento para el cáncer) y tiene los mismos objetivos que el prescrito anteriormente para los niños, es decir, se centra en ayudar al paciente para disminuir los síntomas físicos de la enfermedad como las náuseas, el dolor, el cansancio y las dificultades respiratorias; como también, proporcionar apoyo psicosocial en torno a los problemas emocionales y espiritua-

les propios de esta etapa final del tratamiento y así mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, facilitando el duelo y la preparación para la muerte (American Cancer Society, 2014).

Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer en adulto mayor

Las personas mayores con diagnóstico de cáncer presentan síntomas físicos y psicológicos similares a los planteados con anterioridad al hablar de cáncer en adultos, sin embargo, en esta etapa de la vida, la enfermedad interactúa con una serie de inquietudes y problemáticas propias de la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran, que le dan unas particularidades que han de ser tenidas en cuenta a la hora de generar cualquier tipo de intervención psicológica.

Es así como para la *American Society of Clinical Oncology* [ASCO] (s.f.), la persona mayor con cáncer tiene inquietudes específicas que pueden favorecer o desfavorecer el tratamiento médico, las cuales son:

- Mantener la independencia: una preocupación recurrente en esta etapa de la vida en el paciente es poder mantener la independencia en medio del tratamiento médico para poder continuar con sus actividades habituales como cocinar, comer, el aseo personal, salir, entre otras; que en algunos casos se ve limitada por los efectos propios de la intervención oncológica, volviéndose más dependientes de la ayuda de terceros.
- Percepción de aislamiento social: a menudo el adulto mayor debe lidiar con la soledad que genera una intervención médica que lo lleva en algunos casos a tener que mudarse de casa o tener que responder a una serie de necesidades que requieren el acompañamiento de terceros y no contar

con dicho apoyo, entre otras cosas, porque su cónyuge, sus familiares o amigos más cercanos ya han muerto o se encuentran en otra ciudad distante, esto genera que el paciente se sienta deprimido y ansioso; por lo que es indispensable valorar la red de apoyo con la que cuenta la persona y ofrecer nuevas redes de apoyo institucionales y comunitarias que le sean de provecho.

- **Inquietudes espirituales:** la dimensión espiritual, que incluye el mundo de los valores y la trascendencia al igual que su contacto con el mundo religioso, pueden ser en algunos casos algo importante para el adulto mayor, por lo que deben tenerse en cuenta para facilitarle espacios de afrontamiento que le permitan asumir con mayor decisión y fortaleza el tratamiento oncológico y sus efectos físicos.
- **Inquietudes financieras:** es muy importante conocer las fuentes de ingreso activas del adulto mayor, ya que en esta etapa de la vida suelen disminuir, afectando la capacidad de cubrir los gastos médicos del tratamiento, lo que debe ser valorado por la institución médica para poder direccionar al paciente a fuentes gubernamentales o de asociaciones sin ánimo de lucro que puedan apoyarlo económicamente.
- **Limitaciones físicas:** con el avance de la edad y los efectos del tratamiento oncológico, el adulto mayor comienza a tener más limitaciones físicas para moverse de un lado para otro, por lo que se debe evaluar su entorno físico para disminuir los riesgos de accidentes y lesiones causadas por un entorno no adaptado; es así como se debe mirar en el hogar el espacio físico para disminuir el desorden y reacomodar los muebles que puedan causar lesiones o incomodar al paciente.
- **Problemas de movilidad en medios de transporte:** la persona mayor puede presentar dificultades para transportarse a

las citas médicas y demás requerimientos del tratamiento oncológico, esto debido a que ya no pueda manejar o no cuenta con transporte particular, teniendo que depender de un servicio público que no esté adaptado a sus necesidades actuales; por lo que se debe valorar la necesidad de asistencia social y hospitalaria para su tratamiento, facilitando los recursos de transporte médico para tal fin.

Todo esto lleva a que la atención del adulto mayor oncológico, deba estar acompañada de una atención especial por parte del estado en sus políticas públicas de salud y a nivel de familia o de redes de apoyo, generando estrategias para el acompañamiento del enfermo, ya que el paciente se encuentra bajo unas condiciones de vulnerabilidad y aislamiento social, que si no son tenidos en cuenta, afectan el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento, disminuyendo los niveles de motivación y aumentando el abandono de los mismos; más aún, cuando el diagnóstico de cáncer suele ser detectado en estadios avanzados en esta etapa de la vida, cuando los tratamientos e intervenciones ya no tiene los mismos efectos que en otro momento de la vida (Cohen y Balducci, 1999).

Cuidados paliativos de pacientes oncológicos

Todos en algún momento de la vida asumen un rol de cuidador de otro, acompañando, permaneciendo con el otro en momentos difíciles, escuchando, orientando frente a situaciones críticas relacionadas con la existencia y que por sí solas no pueden ser resueltas por aquel que está inmerso en la situación, pues le resultan devorantes para su capacidad de afrontamiento.

En cuanto a los cuidados paliativos en paciente oncológico, estos son una forma específica de cuidado del otro, un otro que se encuentra en una situación de enfermedad y muerte,

cuando los tratamientos médicos ya no tienen los efectos esperados y lo mejor es suspenderlos para evitar los efectos secundarios que ya no son justificables a la luz del estado avanzado de la enfermedad, cuando lo que queda es poder brindarle al paciente algún grado de bienestar y alivio físico y psicológico durante el tiempo que le reste de vida, sin que esto signifique necesariamente que el cuidado paliativo sea algo de la etapa terminal de la vida, puesto que puede realizarse durante el transcurso del tratamiento (De Graves y Aranda, 2005; Torralba, 2000).

Desde esta perspectiva, según la OMS (2018), los cuidados paliativos en paciente oncológico tienen como finalidad:

- Facilitar el alivio del dolor y otros síntomas que generan angustia.
- Normalizar la muerte como algo natural y afirmar la importancia de la vida.
- No buscan alterar el proceso natural de la muerte retrasándola o acelerándola.
- Trabajan de forma holística los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente oncológico.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Facilitan el acompañamiento de los familiares del paciente en el proceso de adaptación durante la enfermedad y la elaboración del duelo.
- Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Durante la etapa terminal de la vida, que implica el cuidado del otro, hay que tener en cuenta que los niveles de estrés y

ansiedad suelen ser mayores en pacientes, familiares y los profesionales de la salud; lo que significa, que el acompañamiento por parte del psicooncólogo debe orientarse a lograr romper las barreras de comunicación que se pueden instaurar por parte del paciente, para que este logre comunicar sus miedos y necesidades físicas y psicológicas a familiares y personal sanitario, y favorecer la introspección para revisar lo hecho hasta el momento y proyectarse frente al futuro, para construir una actitud más favorable en torno a la muerte y como vivirla por parte del paciente y su entorno familiar (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Conclusiones

El cáncer es una patología médica que se presenta a cualquier edad y se ha asociado a una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, siendo su diagnóstico cada vez más recurrentes en la población general.

En niños, esta patología es compleja de manejar debido a los cambios emocionales presentes en el menor y su familia y el proceso de adaptación al diagnóstico y tratamiento, por lo que un correcto manejo de la información y el no ocultamiento del diagnóstico al menor, será beneficioso para su adaptación y posterior respuesta emocional y conductual al tratamiento médico y psicológico.

En cuanto al adulto oncológico, es importante el manejo de las emociones cambiantes como depresión, ansiedad, incertidumbre, miedo e ira, presentes a lo largo del tratamiento médico y en el duelo oncológico, que arranca con el diagnóstico. Adicionalmente, la evaluación psicológica podrá determinar la presencia de trastornos del estado de ánimo como depresión, ansiedad y trastornos adaptativos, ya que las tasas de preva-

lencia de estos son mayores en pacientes oncológicos que en población general, con lo cual se podrán formular estrategias de intervención psicológicas apropiadas para el paciente y su familia.

En el adulto mayor existen unas particularidades propias del ciclo vital, adicionales a los cambios emocionales y comportamentales que se presentan en la edad adulta y que requieren atención, como la necesidad de independencia, el aislamiento social, inquietudes de orden espiritual, y económicas, y las limitaciones físicas y de transporte, que deben ser evaluadas para comprender su influencia en el diagnóstico y tratamiento oncológico y poder así generar estrategias de intervención que mejoren su calidad de vida y bienestar.

Finalmente, los cuidados paliativos se brindan a los pacientes oncológicos para quienes el tratamiento médico ya no tiene efectos favorables y lo mejor es prestar cuidados especiales para que el enfermo pueda afrontar la enfermedad con algún grado de bienestar y alivio físico y psicológico durante el tiempo que le reste de vida.

Referencias

- American Society of Clinical Oncology [ASCO].(s.f.). Cáncer en adultos mayores. Recuperado de https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp.pdf
- American Cancer Society. (2014). Una guía sobre cuidado paliativo o de apoyo. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html>
- Arrivillaga, M., Correa, D., y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: Editorial el Manual Moderno.

- Bruce, M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Journal Clinical Psychology Review*, 26, 233-256.
- Cely-Aranda, J., Duque, C., y Capafons, A. (2013). Psicooncología pediátrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 289-304.
- Cicogna, E. (2009). Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(5) 1-9
- Cohen H, Balducci L. (1999). Management of cancer in the older person. En: *American Society of Clinical Oncology*. Atlanta, USA: Educational Book.
- Clarke, S., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A., & Eiser, C. (2005). Parental communication and children's behaviour following diagnosis childhood leukaemia. *Psycho-oncology*, 14, 274-281.
- De Graves, S., Aranda, S. (2005). When a child cannot be cured-reflections of health professionals. *European Journal of Cancer Care*, 14, pp132-140.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E. y el grupo SEPOS. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, pp243-248.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R. y Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29, p.160-168.
- Huang, H., Chiu, T., Lee, L., Yao, A., Chen, Y., & Hu, Y. (2012). Family experience with difficult decisions in end-of-life care. *Psycho-oncology*, 21, p.785-791.
- Noel, G, D'Anello, S, Araujo, L, De Sousa J.(2012) Factores emocionales y familiares asociados a adaptación niños y adolescentes con cáncer. *Medula*, 21, p.140-146.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer* (Nota descriptiva, febrero 2017). Ginebra: WOH media centre. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Cuidados paliativos. Ginebra: WOH media centre. Recuperado de . <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Pardo C. (2010). Incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Cancerología.
- Piñeros M, Gamboa O, Suárez A. (2011). Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. *Rev Panam Salud Pública*. 30(1), p.15-21.
- Rivero, R., Piqueras,, J., Ramos,, V., García, L., Martínez, A., y Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15 (1), p171-197.
- Robert, V., Álvarez, C., y Valdivieso, f. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Rev Med Clin Condes*. 24(4), p.677-684.
- Ruland, C. M., Hamilton, G. A., & Schjødt-Osmo, B. (2009). The complexity of symptoms and problems experienced in children with cancer: a review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37, p.403-418.
- Salas M., Gabaldón O., Mayoral J., Arce M., y Amayra I. (2004) Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. *Psicooncología* 1 (3), p.231-250.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I., & Rice, M. (1997). Childhood cancer: a two – year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric*, 36, p.1736-1743.
- Torralba F. (2000). Hacia una Filosofía de los cuidados Paliativos. *Revista Selecciones de Bioética*. 20, p.17-23.

CAPÍTULO 5

Cuidador primario y personal de atención en salud

Introducción

El cuidado del paciente oncológico está en manos del personal de atención sanitario y de los cuidadores primarios, quienes, desde sus posibilidades y competencias, adquieren diferentes responsabilidades de atención en las necesidades oncológicas de los enfermos de cáncer, lo que implica una carga de estrés para ellos, que en algunos casos es excesiva, generando a su vez sobrecarga emocional, la cual puede desencadenar diferentes problemáticas de salud mental a futuro.

A continuación, se abordarán el concepto y las características que configuran a un cuidador primario y al personal médico, haciendo énfasis en los aspectos psicológicos relacionados con su rol en el curso de la enfermedad del paciente con cáncer.

El cuidador primario

El cuidador, que en las últimas décadas ha asumido un papel más activo en el cuidado del paciente oncológico (Wadhwa, Burman, Swami, Rodin, Lo, C. y Zimmermann, 2013), es definido por Torres, Beltrán, MartínezSaldivar, Quesada, y Cruz. (2006) como aquella persona que se encarga de la atención y cuidado de una persona enferma, distinguiéndose en esta labor dos tipos de cuidador: el cuidador primario, que es aquel que tiene un vínculo directo con el paciente, como es el caso de la pareja, los hijos, hermanos o padres; y el cuidador secundario, quien sin tener una relación directa con el enfermo, lo

asiste emocional y físicamente, como lo son las enfermeras, los trabajadores sociales, un familiar lejano o cualquier miembro de la institución prestadora de servicios de salud.

Por otra parte, en la literatura se pueden encontrar una diversidad de términos relacionados con el cuidador (ver Tabla 4), que de una u otra forma pretenden dar cuenta de aquella persona (familiar, amigo, agente médico, vecino, clérigo de alguna comunidad religiosa, etc.) que presta algún grado de atención y cuidado físico y emocional a un enfermo, como lo es el caso del paciente oncológico, haciendo énfasis que entre sus funciones se encuentran el de cuidado del otro y de sí mismo, asistencia en la toma de decisiones, y apoyo solidario en las necesidades físicas y emocionales del paciente (Rivas y Ostiguín, 2011). Resulta habitual que la persona que asume el rol de cuidador es alguien que se siente comprometido con el paciente a nivel moral y emocional (Torres-Fermán, *et al*, 2006).

Tabla 4. Conceptualizaciones del término cuidador

TERMINO	CONCEPTO	INSTRUMENTO
1. Cuidador	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.	Construyendo el concepto cuidador de ancianos (Reyes, 2001)
	Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.	Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis (Bergero, 2000)

2. Cuidador principal	Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.	Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada (Venegas, 2006)
	El término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal.	Manejo del dolor en pacientes con cáncer que reciben atención domiciliaria (Vallerend, 2007)
3. Cuidador informal	Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio.	Cuidadoras informales en el medio hospitalario (Celma, 2001)
4. Cuidador familiar	Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc.	Experiencias del cuidador familiar en el cuidado de un paciente con cáncer (Maeyama, 2007)
5. Cuidador primario	Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.	La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer (Expósito, 2008)
	Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.	Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer (Alvarado, 2009)

6. Cuidador primario informal	Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente.	Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC (Salas, 2006)
7. Cuidador principal familiar	Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado.	El cuidado de los individuos y de los grupos: quien se cuida (Izquierdo, 2009)

Fuente: recuperado de Rivas y Ostiguín (2011).

Los cuidadores primarios de pacientes oncológicos son muy importantes en la atención de los enfermos en el hogar y durante los periodos de hospitalización derivados del tratamiento, ya que habitualmente estos realizan tareas como la realización de trámites médicos, transporte, comunicación con el personal médico, el cuidado e higiene del paciente, la administración adecuada de los medicamentos suministrados al enfermo, el manejo de la sintomatología médica y los efectos secundarios del tratamiento (Lutgendorf, y Laudenslager, 2009; Rohleder, Marin, Ma, y Miller, 2009; Barg, Pasacreta, Nuamah, Robinson, Angeletti, Yasko, McCorkle, 1998).

Aspectos psicológicos relacionados con el cuidador primario

Para que alguien sea considerado como cuidador primario, no solo debe cumplir con las funciones antes mencionadas, sino que adicionalmente, debe ser durante un lapso de tiempo que en horas diarias, debe abarcar la mayor parte del día y en su equivalente a semanas, deben realizarse estas actividades durante un tiempo igual o superior a 6 semanas (Dwyek, Lee, y Jankowski, 1994), lo que pone al cuidador en unas condiciones de desgaste físico y emocional muy altos, que derivan en una serie de problemáticas psicológicas que se hacen más visibles a mayor tiempo de cuidado y más cercanía con la muerte del paciente (Carreón-Nieto, Pérez, y Olague-Urincho, 2014).

Es así como entre las principales problemáticas psicológicas que presenta el cuidador de paciente oncológico, se han reportado los trastornos del estado del ánimo como la depresión y la ansiedad y problemas físicos relacionados con el sueño, la fatiga y el dolor (Fletcher, *et al*, 2008), siendo la depresión más frecuente en cuidadores mujeres, que presentan antecedentes de deterioro en sus estados de salud, estrés clínicamente significativo, bajos niveles de adaptabilidad, y que se encuentran al cuidado de un paciente con mayores necesidades de cuidado (Rhee, *et al*, 2008).

Por otra parte, los cuidadores más jóvenes, aquellos que están por debajo de los 40 años, suelen presentar más problemas de orden económico, más dificultades para el acompañamiento y manejo del dolor de los pacientes y mayores dificultades en el terreno de sus relaciones sociales (Osse, Vernooij-Dassen, Schadé, Grol, 2006); de igual forma, durante las fases avanzadas del cáncer y la recurrencia del mismo, los cuidadores suelen asumir actitudes más negativas en torno a la enfermedad, siendo recurrente la incertidumbre y la desesperanza, más que

en la etapa de diagnóstico y posterior a ella (Northouse, *et al.* 2007).

Adicionalmente, los especialistas han denominado como “Síndrome del cuidador” al impacto negativo en la salud de los cuidadores que están expuestos a sobrecarga durante el periodo de cuidado del paciente, identificando como características de esta sobrecarga, síntomas de estrés, deterioro en la calidad de vida, menores expectativas de desarrollo personal y profesional, una mayor incidencia de problemas de salud, aumento en el consumo de medicamentos y abandono del autocuidado, lo que afecta las diferentes esferas de desarrollo del cuidador (Tirado, López-Sáez, Capilla, Correa, y Geidel, 2011).

Como ya se mencionó, los problemas psicológicos en el cuidador se hacen más visibles durante la fase paliativa, cuando el paciente está más cercano a la muerte, donde los trastornos de depresión mayor, de estrés postraumático, trastornos de pánico y los trastornos de ansiedad generalizada, presentan un aumento significativo de prevalencia en cuidadores de hasta un 25% (Vanderwerker, Laff, y Kadan-Lottick, McColl y Prigerson 2005); Lo que no quiere decir que todos los cuidadores de pacientes oncológicos vayan a presentar alguna de las problemáticas descritas, ya que hay que tener en cuenta las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en los cuidadores como factores protectores que disminuyen el riesgo de presentar trastornos y aumentan la adaptación ante la pérdida (Ornelas, 2016).

Personal de atención en salud

El personal de atención en salud que atiende las necesidades médicas y emocionales de los pacientes oncológicos, está constituido por diferentes ramas de la medicina y las ciencias

humanas y sociales, constituidos por especialistas como Médicos , enfermeras, nutricionistas, psicólogos, entre otros (ver Tabla 5), los cuales tienen como labor el cuidado del paciente durante las diferentes fases del tratamiento oncológico, garantizándoles de esta forma el acceso a los recursos médicos disponibles para el tratamiento de los diferentes tipos de cáncer diagnosticables.

Tabla 5. Personal de atención en salud oncológica

Personal de atención en salud Oncológica	Rol en el cuidado del paciente oncológico
Médico	Es el director de su equipo de tratamiento, quien se reunirá y trabajará de cerca con todos sus proveedores de atención para la salud
Enfermeras	Brindan atención médica, y pueden responder preguntas y ofrecer esperanza y apoyo.
Farmacéuticos	Encargados de brindar las recetas médicas y enseñar acerca de los fármacos que el paciente toma.
Dietistas nutricionistas	Pueden ayudar al explicarle cuáles alimentos debe consumir, ya que son saludables y apropiados para la etapa del tratamiento en el cual se encuentre el paciente.
Trabajadores sociales	Profesionales capacitados para orientar sobre las formas de resolver los problemas emocionales, físicos, los recursos comunitarios y el material de apoyo relacionados con el cáncer
Psicólogos	Trabajan en la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer.
Psiquiatras	Médicos capacitados para la evaluación y diagnóstico de trastornos relacionados con el cáncer.
Consejeros acreditados y otros profesionales para la salud mental	Los consejeros acreditados, los profesionales de atención pastoral, los guías espirituales y otros profesionales para la salud mental están capacitados para brindar apoyo emocional durante el tratamiento oncológico.

Terapeutas ocupacionales	Pueden facilitar la recuperación y desarrollo de habilidades importantes para la vida diaria.
Fisioterapeutas	Están capacitados para entender el funcionamiento las diferentes partes del cuerpo. Pueden enseñar los ejercicios correctos y movimientos del cuerpo que aumenten las fuerzas y el movimiento físico después del tratamiento

Fuente: Basado en Instituto Nacional de Cáncer (2015).

Aspectos psicológicos relacionados con el personal de atención en salud

Los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a los rigores de su ejercicio profesional y según diversas investigaciones, están expuestos a mayores niveles de estrés, en comparación a otros profesionales (Marrero y Grau, 2005). Esto derivado de la carga emocional que implica el abordaje y tratamiento de la salud de los pacientes a su cargo, lo que se acentúa con patologías crónicas y no siempre favorables en su pronóstico, como lo es el caso del cáncer, el cual según Mingote, Moreno y Gálvez (2004), se encuentra entre las principales problemáticas adscritas a las unidades médicas con mayor vulnerabilidad al estrés laboral.

Todo esto se hace más notoria cuando se examina con detenimiento el trabajo oncológico, que implica no solamente estrés laboral, sino también, el tener que afrontar el sufrimiento físico y emocional de los pacientes, la posibilidad de la muerte del enfermo y los problemas personales del personal médico, lo cual suele estar asociado a un aumento en las problemáticas psicológicas presentes en el personal sanitario, como lo es el síndrome de *Burnout*, que según los estudios, está presente en altos niveles en esta población (Arigoni, Mermillod, Sappino & Waltz, 2006).

El síndrome de *Burnout* es “una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar. La quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. Lo que es único de esta condición es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que ayuda.” (Maslach, 1982, en Serrano, 2006, pág., 15). Lo que deja entrever su presencia en la población médica que atiende a pacientes oncológicos, ya que como se ha mencionado anteriormente, el personal sanitario se ve expuesto a un agotamiento físico y psicológico permanente que se convierte en un factor de riesgo para la aparición de problemáticas como el *Burnout*.

Según Flores, Vega, Del Rio y Zabala, (2014), el síndrome de *Burnout* y otras problemáticas psicológicas presentes en el personal médico, está asociado entre otras cosas a factores personales como: la edad (a menor edad mayor riesgo), el sexo (ser mujer), el estar soltero, rasgos de personalidad neuróticos, falta de habilidades sociales y administrativas, percepciones de fracaso, poco tiempo para la vida personal y vacaciones; factores organizacionales como: sobrecarga laboral, rutinas inflexibles en el trabajo, expectativas poco realistas sobre el paciente, disonancias éticas, sobrecarga de horas laborales y sueldos bajos.

Lo anterior muestra la necesidad de atención de las necesidades personales y laborales del personal sanitario en general y de aquellos que se encuentran trabajando en las unidades oncológicas, ya que diferentes factores de vulnerabilidad hacen de esta población más proclive a presentar ciertas problemáti-

cas de salud mental como lo es el estrés laboral y el síndrome de *Burnout*.

Conclusiones

La atención psicooncología no puede limitarse al paciente y sus necesidades emocionales, sino que, como se ha visto, los cuidadores primarios se encuentran expuestos a múltiples problemáticas emocionales y de comportamiento, como lo son la depresión, la ansiedad y el síndrome del cuidador, que es producto del desgaste físico y emocional de las personas que prestan ayuda permanente a un paciente oncológico.

De otra parte, el personal médico no está exento de manifestar consecuencias emocionales y conductuales derivadas de su labor en el área de la salud y en especial en las unidades de oncología, como lo es el estrés laboral y el síndrome de burnout, que cada día está más presente en el personal sanitario, limitando su capacidad laboral y afectando su desarrollo personal y su núcleo social y familiar.

Todo esto lleva a la necesidad de seguir investigando los factores asociados a la salud mental en el personal sanitario y el cuidador primario, para poder ofrecer alternativas de prevención y promoción de la salud desde la psicooncología, que den respuestas a sus necesidades específicas, sin descuidar el cuidado del paciente oncológico.

Referencias

- Arigoni, F., Mermillod, B., Sappino, A. & Waltz, P. (2006). Emotional profile of doctors working in oncology: En A Swiss French survey. Trabajo presentado en el *8th World Congress of PsychoOncology*, Bolonia/Venecia, Italia

- Barg, F., Pasacreta, J., Nuamah, I., Robinson, K., Angeletti, K., Yasko, J., y McCorkle, R. (1998). A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs*. 44, p.394-413.
- Carreón-Nieto, C., Pérez, E. y Olague-Urincho, V. (2014). Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 22(3), p. 131-134.
- Dwyek, J., Lee, G., y Jankowski, T. (1994). Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving. *J Marriage Fam*. 56(1), p.35-43.
- Fletcher, B., Paul, S., Dodd, M., Schumacher, K., West, C., Cooper, B., et al. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol*. 26, p.599- 605.
- Flores, D., Vega, V., Del Rio, C., y Zabala, D. (2014). Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: un desafío pendiente. *Revista Chilena de terapia Ocupacional*. 14(1), p.33-44.
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). Personal de atención para la salud. EE. UU: *Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/manejo-del-cancer/servicios/proveedores>
- Vanderwerker, L., Laff, R. S., Kadan-Lottick, S.; Mc Coll, S., Prigerson, H. (2005). Psychiatric Disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol*. 23, pp.6899-6907.
- Lutgendorf, S., y Laudenslager, M. (2009). Care of the caregiver: Stress and dysregulation of inflammatory control in cancer caregivers. *J Clin Oncol*. 27, 2894-5.
- Marrero, M. y Grau, J., (2005). Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*, 15(1), p.25-32.
- Mingote, J., Moreno, B. & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), p.265-270.

- Northouse, LL., Mood, DW., Montie, JE., Sandler, HM., Forman, JD., Hussain, M., et al. (2007). Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *J Clin Oncol.* 20, p. 4171-4177.
- Ornelas, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y salud.* 26(2), 177-184.
- Osse, BH., Vernooij-Dassen, MJ., Schadé, E., Grol, RP. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nurs.* 29, p. 378-388.
- Rivas, J. y Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o pre-ludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria.* 8(1), 49-54.
- Rohleder, N., Marin, T., Ma, R., y Miller, G. (2009). Biological cost of caring for a cancer patient: Dysregulation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways. *J Clin Oncol.* 27(18), p. 2909-2915.
- Rhee, YS., Yun, YH., Park, S., Shin, DO., Lee, KM., Yoo, HJ., et al. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol.* 26(36), 5890-5995.
- Serrano, P. (2006). *El Arteterapia como herramienta de prevención de Burnout en profesionales de la salud.* Tesis doctoral. Universidad de Chile, Chile.
- Tirado, G., López-Sáez, A., Capilla, C., Correa, A., y Geidel, B. (2011). La Valoración en el Síndrome del Cuidador. *Desarrollo Cientif Enferm.* 19(3), p.102-106.
- Torres, I., Beltrán, F., Martínez, G., Saldivar, A., Quesada, J., y Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa? *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana,* 19(2), 47-50.
- Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C. y Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psychooncology.* 22(2), p.403-410.

CAPÍTULO 6

Tratamientos psicológicos para pacientes oncológicos

Introducción

La psicología dentro de su historia ha trabajado por la mejora de la calidad de vida de los seres humanos en su contexto, especialmente en el área de la salud, los pacientes oncológicos al estar expuestos a escenarios hospitalarios generan síntomas de ansiedad, depresión entre otros aspectos psicológicos individuales que eran desconocidos para ellos y sus familias. La Psicooncología trabaja las dificultades emocionales y afectivas en población oncológica y en sus familias, por lo tanto, este capítulo se busca divulgar algunos tratamientos que se deben tener en cuenta para procesos de intervención emocional y afectiva en pacientes con cáncer.

Todo proceso psicológico debe contar con unas fases de evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento, bien sea individual o colectivo, para los objetivos de este escrito, se describen desde las principales sintomatologías que se presentan, y los tratamientos que demuestran efectividad.

Estado emocional y afectivo

Las dificultades emocionales y afectivas son cada vez más frecuentes y aceptadas por la sociedad, sin embargo en personas con cáncer la atención se centra en la salud física y en ocasiones se desconoce la fuerte correlación que existe con la salud mental, antes, durante y después de un tratamiento médico; estudios como los de Arruda-Colli, y Dos Santos, (2015) y los

de Zeev, Lanovski, Hier, Zeitouni, Kost, Mlynarek, Black, MacDonald, Richardson, Zhang, Fuhrmann, Chartier & Saul Frenkiel (2018), buscaron identificar predictores y prevalencias del trastorno depresivo en pacientes con cáncer, encontrando una prevalencia del 20.4% de los casos, siendo los más susceptibles los pacientes diagnosticados con cáncer en estado avanzado en lugar de cáncer en etapa temprana, adicionalmente los pacientes que recibieron cirugía presentaron un historial de trastorno de ansiedad e indicaron altos niveles previos al tratamiento, lo que sugiere que la ansiedad es un precursor del trastorno depresivo mayor posterior al tratamiento, lo que sugiere la necesidad de identificación y tratamiento profiláctico de la ansiedad al momento del diagnóstico.

Evidencia de tratamientos psicológicos

La psicología se ha caracterizado por comprender el ser humano desde sus distintos enfoques, sin embargo, se hace necesario conocer la eficacia del tratamiento psicológico y así poder mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. No todos los tratamientos psicológicos son confiables y en algunos casos no cuentan con evidencia como lo ha mencionado Muñoz & Bernal (2016), por tal motivo se presentan algunos tratamientos que han demostrado efectividad en mayor o menor grado según la evidencia.

Intervención Psicoeducativa

Es recomendable realizar un proceso de intervención psicoeducativa en pacientes con cáncer y a sus familias o cuidadores, se les debe explicar con herramientas pedagógicas la condición física y psicológica de estar expuesto a un tratamiento; Lemes, & Ondere, (2017), evidenciaron que la psicoeducación es muy

utilizada tanto para los trastornos psicológicos como orgánicos. Montiel & Guerra (2016), demuestran la efectividad de la psicoeducación en relación con la adaptación a la enfermedad y el aumento de la autoestima en el caso en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Los estudios han demostrado que la psicoeducación es un elemento clave para brindar información de la enfermedad, lo cual conlleva a que facilite el proceso de intervención o tratamiento médico y psicológico.

Tratamiento Farmacológico

Según Bernal & Muñoz (2016), el tratamiento farmacológico es utilizado con frecuencia para atender casos de depresión en pacientes oncológicos, dentro de los más utilizados se encuentran los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, la paroxetina es una de las más eficaces, los antidepresivos de perfil dual también han demostrado eficacia por su rapidez de acción y su utilidad en síntomas colaterales como los síntomas vasomotores y los dolores, la mirtazapina es de gran utilidad en síntomas como el dolor, náuseas, insomnio y ansiedad.

Aunque los fármacos han generado evidencia suficiente, se recomienda que el tratamiento esté basado en el perfil del paciente, que se analicen los riesgos, beneficios, adaptación y no saturación de medicamentos, por lo tanto, su tratamiento no debe ser masivo y de observación permanente.

Terapia Cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual es considerada una terapia de segunda generación desde el análisis del comportamiento, goza de ser una de las terapias con mayor evidencia en los

procesos de intervención emocionales y afectivos, Becerra, Reynoso, García y Ramírez (2016), aplicaron un programa intervención cognitivo conductual a través de videos, grabaciones e información impresa el cual encontraron una reducción de la ansiedad, lo cual confirma los hallazgos de González, González y Estrada (2015) donde los pacientes que participaron en la intervención evidenciaron mejoría en la salud física, relaciones interpersonales, disminución de la ansiedad y en las estrategias de afrontamiento.

La terapia cognitivo conductual confirma la evidencia histórica que la ha conllevado a ser una de las más utilizadas, siendo recomendada para ser utilizada en pacientes con cáncer y en algunos casos puede ser combinada con otras terapias y aumentar su efectividad.

Psicología positiva

Los tratamientos para pacientes oncológicos desde la psicología positiva han demostrado una alta eficacia para disminuir el malestar psicológico durante y después del tratamiento, por ejemplo, Ochoa, Casellas, Vives, Font, & Borràs, (2017) Damreihani, Behzadipour, Haghpanh & Bordbar (2018), demostraron que el tratamiento reduce el malestar emocional y el estrés postraumático en supervivientes de cáncer e igualmente se puede mejorar la percepción de calidad de vida de niños con cáncer y sus madres, trabajando el bienestar emocional, en esperanza y la satisfacción con la vida. Cardoso, Fernández & Blasco (2016), por su parte hicieron un estudio para examinar la eficacia de un programa basado en la psicología positiva y en la terapia cognitivo conductual evidenciando mejorías en la calidad de vida, salud física, a nivel social, estado de ánimo y se redujo el nivel de insomnio.

Según la evidencia se podría concluir que la terapia desde la psicología positiva es efectiva para mejorar las condiciones de salud mental de pacientes oncológicos, sin embargo, si es utilizada en conjunto con el tratamiento cognitivo conductual, su efectividad puede ser más alta.

Activación conductual

La activación conductual es considerada una terapia de tercera generación y cuenta con evidencia suficiente en casos de depresión, para el caso de pacientes oncológicos, Becerra, Reynoso, Bravo & Ordaz (2017), la definen como un tratamiento focalizado en incrementar conductas que posibiliten al paciente la creación de un ambiente que le proporcione contingencias reforzantes, así mismo, el tratamiento es muy utilizado por su efectividad, por ser breve y de fácil implementación.

Según Becerra, Reynoso, Bravo & Ordaz (2017), la activación conductual presenta evidencia suficiente para pacientes con cáncer que presenten rasgos depresivos, adicionalmente tienen como finalidad mejorar la calidad de vida y estado emocional, sin embargo, Fernández, Villoria, Fernández & González (2014), señalan la necesidad de indagar las características de los pacientes según el tipo de enfermedad medica porque no en todos se generan los mismos resultados.

Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso o más conocida como [ACT], es otra de las terapias de tercera generación, Pérez & Uribe (2016), plantearon su guía de intervención en la aceptación de la enfermedad y del malestar emocional, así, como también la recuperación de las esferas vitales. En los resultados

se observó un cambio positivo en las conductas, así como una disminución del malestar emocional; facilitó un cambio en la forma de reaccionar ante las emociones y pensamientos que le resultaban aversivos posibilitando la aceptación y la búsqueda de nuevos objetivos.

La terapia de aceptación y compromiso juega un papel fundamental en los pacientes con cáncer, es una de las pocas terapias que facilita la generación de una flexibilidad para afrontar la situación, permiten al paciente una aceptación de la enfermedad y comprometerse con el tratamiento psicológico, así mismo, disminuye la evitación existencial y permite un mayor conocimiento del mismo paciente.

Mindfulness

En los últimos años ha existido una tendencia creciente en las terapias de tercera generación de *mindfulness* o conciencia plena; estas intervenciones han sido basadas en el modelo de *Kabat-Zinn* y dirigida principalmente para la reducción del estrés. Calero & Cruzado (2018), documentaron que las intervenciones psicológicas en conciencia plena inciden positivamente en la reducción de sintomatología psicológica y física de las pacientes supervivientes con cáncer de mama, *mindfulness* resulta eficaz en la reducción de sintomatología psicológica (ansiedad, depresión, estrés percibido) y física (fatiga) mostrando así su utilidad para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los programas de conciencia plena están siendo utilizados en distintos contextos del ser humano y ahora con mayor frecuencia en los escenarios hospitalarios y aunque es evidente su efectividad, se recomienda al igual que en otros tratamientos, caracterizar muy bien a la población beneficiaria del tratamiento

y no utilizarla indiscriminadamente sin tener presente las propiedades del tratamiento ni las características de los pacientes.

Relajación y Yoga

Se presenta la terapia de relajación y yoga en conjunto, puesto que se tiene la creencia o la tendencia a confundirlas con *Mindfulness*, sin embargo, cuenta con algunos aspectos adicionales que son importantes tener en cuenta. Lufiego Schneider & Gonçalves (2017), observaron que los pacientes sometidos a quimioterapia tienen altos niveles de ansiedad y estrés, por lo tanto, se utilizaron técnicas de relajación para minimizar estos efectos, ellos evaluaron la eficacia de las técnicas de relajación para la inducción de imágenes en pacientes de quimioterapia, encontrando que es eficaz, pero a largo plazo (14 semanas), en primera instancia, no se evidenciaba diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado, frente al yoga, no se encuentra evidencia científica que soporte que sea una terapia eficaz para los pacientes con cáncer.

La relajación hace parte de una de las técnicas más utilizadas en la terapia cognitivo conductual, sin embargo, tiende a confundirse con el yoga y con la conciencia plena, es una técnica que por sí sola puede ser efectiva, sin embargo, al conjugarse con otros elementos u otras terapias como la cognitivo conductual, puede mejorar sus niveles de efectividad.

Musicoterapia

La musicoterapia es una de las intervenciones cada día más conocidas y debatidas por la ciencia tradicional, sin embargo, está asociada en muchos casos con la relajación muscular progresiva, Martí, Mercadal & Solé (2015), (2018) han demos-

trado cambios estadísticamente significativos en la ansiedad, tristeza, malestar, calidad de vida, funcionamiento emocional de pacientes con cáncer de mama, los resultados de estos estudios sugirieron que la musicoterapia puede producir un cambio positivo. Nunes, Duarte, Teixeira, Moreira, & dos Santos (2016), confirmaron que la música está relacionada con algunas emociones como la rabia y el miedo, poseen características relajantes y contribuyen a la disminución de sensaciones relacionadas a una valencia negativa.

Payasos

Los payasos en los hospitales se hicieron famosos por *Patch Adams*, técnica correlacionada con hacer reír a las pacientes oncológicos y por medio de ello, mejorar la percepción de la calidad de vida, al igual que mejorar las respuestas del sistema inmune, según Ortigosa, Riquelme, Álvarez, Astillero & Sánchez (2016), en sus investigaciones evidenciaron que la terapia con payasos disminuyó el miedo a la aplicación de los procedimientos dolorosos de los pacientes, sin embargo en la medida que se repiten los procedimientos los efectos tienden a disminuir.

La terapia con payasos demuestra ser efectiva a corto plazo, se percibe como un ambiente agradable para los pacientes tras encontrarse en una situación adversa, sin embargo, la evidencia refiere dificultades para afrontar la enfermedad a largo plazo, por lo tanto, se recomienda utilizar, pero poder correlacionarla con otras terapias que faciliten el proceso terapéutico a largo plazo.

Danza terapia

Las terapias alternativas han buscado mejorar la calidad de vida de los pacientes, Forte & Bueno (2016), estudiaron las viven-

cias aportadas en la danza terapia frente al tener experiencias de integración y bienestar, al igual que cambios positivos de percepción de su corporeidad y en cuanto a la forma de ser y estar en el mundo con los otros sujetos, experimentando, así, el cuerpo de una manera nueva y distinta. Los estudios hasta el momento no han sido concluyentes, sin embargo, Castellano, Pérez & Capdevila (2014), realizaron otras aproximaciones al entendimiento de la práctica regular de ejercicio físico, esta, entendida como una de las principales conductas relacionadas con un estilo de vida saludable que ha demostrado reportar beneficios tanto físicos como psicológicos sobre la calidad de vida en relación con la salud de las personas.

Tras revisar los resultados que se han obtenido con la danza terapia y la actividad física, se puede concluir, que puede ser utilizada como una buena práctica para la salud física y mental, sin embargo, no existe evidencia suficiente que demuestre que puede brindar beneficios reales para los pacientes que padecen o han padecido algún tipo de cáncer.

Arteterapia

Arteterapia es otra de las terapias alternativas que han surgido en los últimos años, según Gutiérrez (2018), en sus estudios demuestra que el trabajo arteterapéutico a lo largo de los meses ayuda a explorar maneras alternativas de relacionarse, a adaptar sus roles a la realidad que están viviendo y a utilizar el lenguaje simbólico para expresar conceptos y emociones para los que habitualmente las palabras resultan insuficientes, adicionalmente, permite ampliar el foco de intervención al sistema familiar ayuda a los miembros a compartir sus experiencias y crecimiento personal tras el impacto del cáncer.

Las terapias alternativas o complementarias han sido criticadas por la falta de evidencias y aceptación científica, sin embargo, son de agrado para un alto grupo de las familiar y pacientes oncológicos, arteterapia, no cuenta con la mayor evidencia científica, pero puede ser utilizada complementariamente para que los pacientes encuentren una forma diferente de expresar su situación, sin que esto signifique que va a tener mejoras en su calidad de vida.

Intervención grupal

Los procesos de intervención grupal han generado resultados favorables en diferentes problemáticas de salud pública y salud mental, para el caso de población oncológica según Hart, et al. (2012) Y Massone & Llull (2017), los resultados son positivos principalmente a corto plazo en relación al bienestar emocional, calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad.

La intervención grupal ha generado evidencia suficiente para ser tenida en cuenta en los procesos en pacientes con cáncer, sin embargo, es necesario investigar y conocer a mayor profundidad los impactos que se generan a largo plazo, los cuales pueden significar una red de apoyo favorable para los pacientes y para las mismas familias.

Atención familiar

Según Galindo, Rojas, Ascencio, Meneses, Aguilar, Olvera, Diez & Alvarado (2015) Fernández, Jorge, Sánchez & Bejar (2016), la atención familiar facilita el entendimiento y afrontamiento de la situación estresante que se encuentran viviendo, igualmente se recomienda incluir al cuidador para que entre todos se puedan escuchar. Arruda-Colli Perina, Holanda & dos Santos

(2015), estudiaron la intervención familiar tras la pérdida de un ser querido por cáncer, identificando que el cuidado a las familias en duelo es una estrategia valiosa para hacer frente a la elaboración de la pérdida de un ser querido y para prevención de daños a la salud emocional, destacaron acciones de prevención, servicios de transición y medidas de apoyo después de la pérdida.

La atención familiar puede incluir a la persona que realiza el rol de cuidador, adicionalmente es importante tener presente que es un tipo de intervención que puede ser utilizado, antes, durante o después de la enfermedad, es utilizado para el proceso de duelo cuando el paciente fallece y en cualquiera de estos casos, funciona como una estrategia de afrontamiento en red que permite el apoyo entre los integrantes de la familia.

Intervención Interdisciplinar

Durante este capítulo se han presentado las terapias psicológicas más frecuentes y con mayor evidencia, ahora bien, por tratarse de una problemática de origen orgánico, se requiere de una intervención interdisciplinar y de interconsulta; Gazotti Y Prebianchi (2014), caracterizaron el tipo de demanda atendida por la interconsulta, allí evidenciaron que la mayoría de los pacientes son mujeres, con edades entre los 30 a 50 años de edad, con una prevalencia de problemáticas emocionales y afectivos, quienes realizaron las peticiones fueron principalmente los médicos, allí concluyeron que la remisión a una interconsulta es una forma visible de la aplicación del concepto de la interdisciplinariedad en donde se permite abordar al paciente con cáncer de una forma más efectiva. Correia, Monteiro, Torres, Pereira, Caetano, & Silva (2016), demostraron que los programas interdisciplinarios que han implementado revelan

efectividad en el aumento de la calidad de vida de las mujeres portuguesas sobrevivientes de cáncer de mama.

Los escenarios hospitalarios requieren de profesionales preparados y capaces de dar respuesta a las necesidades complejas de los pacientes, el trabajo interdisciplinar, comienza desde la interconsulta en donde según la evidencia, cada vez se consulta más al psicólogo y según la poca evidencia que existe hasta el momento, la intervención interdisciplinar está generando buenos resultados en la calidad de vida de algunos pacientes.

Estrategias de afrontamiento

La revisión hasta el momento demuestra que existen terapias emocionales y afectivas que cuentan con mayor evidencia científica, igualmente en el libro se han mencionado algunas variables o constructos y para quienes han sido diagnosticados con cáncer pueden generar estrés y fuertes impactos emocionales y afectos, por tal razón, es importante conocer las estrategias de afrontamiento para poder proceder a intervenciones individuales, familiares e interdisciplinares. Según Ottati & Campos(2014), los pacientes en la fase inicial de un tratamiento hacen un mayor uso de estrategias que modifican o alteran el factor estresante (tratamiento del cáncer) con el fin de controlar o enfrentar mejor la situación, y tener una mayor participación en las prácticas religiosas o imaginarias que favorecen el proceso de afrontamiento de pensamientos.

Según Da Costa, dos Reis, Peixoto & Quintana (2017), la religiosidad ofrece posibilidades de comprensión, sustento, consuelo y sentimiento de control, así mismo se piensa que la religiosidad es capaz de traer ciertas explicaciones y soporte frente a la pérdida de los sentidos provocados por la enfermedad. Benito, Dones & Barbero (2016), Fernández, Becker, Fiorim,

(2017), consideran que la espiritualidad se expresa como el dinamismo que impulsa el anhelo inagotable de plenitud y felicidad, por lo tanto, en una enfermedad grave y la proximidad de la muerte son oportunidades de apertura a esta dimensión y de sanación. Teniendo presente lo anterior, la espiritualidad y la religiosidad, son aspecto que juegan un papel importante en el paciente y su familia, aspecto que no es tenido en cuenta en las intervenciones que se mencionaron y que es importante que el profesional conozca y si es necesario, realizar procesos de interconsulta sin caer en el error de pensar que la espiritualidad es religiosidad.

Conclusiones

Dentro de las principales conclusiones se puede decir que se logra el objetivo de identificar tratamientos emocionales y afectivos validados, que cuentan con evidencia científica para ser utilizados en pacientes con cáncer y en sus familias. Se cuenta con programas de intervención que han demostrado ser exitosos y que pueden servir de guía para pacientes y profesionales de la salud que se interesen por mejorar la calidad de vida.

La mayoría de las intervenciones presentadas en este capítulo han demostrado evidencia, sin embargo, se puede decir que en algunos casos se pueden complementar terapias y que al estar realizarlas conjuntamente pueden incrementar su efectividad a corto y largo plazo.

Se hace necesario según la evidencia realizar procesos de intervención individuales, familiares y grupales, igualmente se recomienda que los procesos de atención hospitalaria cuenten con remisiones, interconsultas y trabajo interdisciplinar.

Aunque existe evidencia sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones, se tendrá que determinar cuáles son las prácticas más eficaces, desarrollar guías clínicas y mejores procedimientos de proveer estos servicios de salud mental.

Complementando y siendo críticos a lo que se ha mencionado, según Villoria, Fernández, Padierna y González (2015), la aplicación de paquetes de intervención estandarizados, se han centrado en numerosas y complejas conductas con funcionalidades diferentes, sin considerar que las condiciones que las controlan pueden ser distintas. Ibáñez y Soriano (2008) ponen de manifiesto la violación de las normas estándar de la investigación científica por diferentes estudios basados en la importancia de la intervención psicológica en enfermos oncológicos, no se cuestiona el papel positivo de la intervención psicológica en los pacientes oncológicos, de hecho, se ha mostrado significativo en múltiples estudios, subraya es en la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas ajustadas a las necesidades de los pacientes en función de las características de cada fase de la enfermedad. De este modo, según los autores sería posible valorar cuáles de los tratamientos y, especialmente, los componentes de estos, así como el formato de su aplicación resultan más adecuados a las peculiaridades de cada fase de la enfermedad y, más relevante aún, a las necesidades y características de los pacientes.

Partiendo de la evidencia presentada, todas las terapias cuentan en mayor o menor proporción con resultados en los procesos de intervención, sin embargo, la literatura es contundente al demostrar que las terapias de segunda y tercera generación son las que cuentan con mayor eficacia en comparación a las terapias complementarias, por ejemplo Muñoz & Bernal (2016), describen que las terapias más utilizadas y eficaces han sido las cognitivo-conductuales, mientras que las terapias complemen-

tarias han demostrado resultados variables, técnicas como el yoga fueron ineficaces.

Otro de los principales objetivos alcanzados es demostrar que existen múltiples alternativas no farmacológicas que logran reducir las dificultades emocionales y afectivas como en el caso de la alta eficacia según la evidencia para reducir la ansiedad y la sintomatología depresiva.

La mayoría de la literatura es consistente en que las intervenciones psicológicas en pacientes supervivientes con cáncer son positivas solas o en combinación con otras modalidades de tratamiento. Intervenciones vía telefónica y modalidades terapéuticas deben ser investigadas puesto que muestran efectos benéficos que son prometedores, principalmente en pacientes cuyo contacto más estrecho con el equipo de salud a lo largo del periodo de seguimiento es necesario (Galindo, Rojas, Corina, Meneses, Aguilar & Alvarado, 2014).

Finalmente, aunque este capítulo brinda información suficiente frente a las terapias emocionales y afectivas más utilizadas y con mayor evidencia para pacientes oncológicos, se recomienda continuar investigado cuales son los resultados al ser combinadas las terapias y considerar la complejidad del paciente al no estar relacionado en una o pocas variables de estudio.

Referencias

- Arruda-Colli, N., Perina, E., Holanda de Mendonça, R., dos Santos, M. (2015). Intervenção psicológica com familiares enlutados em oncologia pediátrica: revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(2), p.20-35.
- Arruda-Colli, M., dos Santos, M., Aspectos psicológicos da recidiva em Oncologia Pediátrica: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [en línea] 2015, 67 Disponible en:<h-

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229044976007>> ISSN 0100-8692

Becerra, A; Reynoso,L; Bravo, M.; Ordaz,M; (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*.14(2-3) Recuperado de: ISSN: 1696-7240 <http://dx.doi.org/10.5209/psic.57080>

Becerra, A., Reynoso L.,, García, F. y Ramírez, A. (2016). *Cognitive-behavioral intervention to control anxiety about incisional biopsy in patients with breast cancer. Psicooncología*. 13, (1), Recuperado de: issn: 1696-7240 – doi: 10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52489

Benito, E., Dones, M., y Barbero J: (2016). Spiritual support in palliative care. *Psicooncología*. 13 (2) ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/PSIC.54442

Bernal P. y MuñozM. (2016). Pharmacological treatment of depression in patients with cancer. *Psicooncología*. 13(2-3) pp. 249-270 DOI: 10.5209/PSIC.54435

Calero, R., Cruzado, A. (2018) La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*15(1), p.75-88. Doi: 10.5209/PSIC.59177.

Cardoso,A., Fernández-Castro, J., & Blasco, T., (2016). Effects of a positive emotion-based adjuvant psychological therapy in colorectal cancer patients: a pilot study. *Psicooncología*. 13, (1) pp. 113-125. DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2016.v13. n1.52491

Correia, T., & Monteiro, S., & Torres, A., & Pereira, A., & Caetano, T., & Silva, R. (2016). Eficácia Da Intervenção Multidisciplinar Em Sobreviventes De Câncer De Mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17 (3), p.483-503.

Damreihani, N., Behzadipour, S., Haghpanh, S., Bordbar, M. (2018). The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of Psychosocial Oncology*. P. 382-388. DOI: 10.1080 / 07347332.2018.1427173

- Dos Reis, C., Farias, C., Quintana, A., (2017) O Vazio de Sentido: Suporte da Religiosidade para Pacientes com Câncer Avançado. *Psicologia: Ciência e Profissão* 37(1), p.106-118. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000072015>
- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, M., Bejar, E., (2016). Psychological care for cancer patients and their families, ¿what do we find in clinical practice? *Psicooncología*. 13, (2) p.191-204 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/PSIC.54432
- Fernández, C., Villoria, E., Fernández, P., y González, (2014). Effects of the behavioral activation in the life quality and emotional state for lung cancer patients. *Psicooncología*. 11(2-3) P.199-215, ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_psic. 2014.v11. n2-3.47383
- Fernandez de Lima Foch, G., & Becker Silva, A., & Fiorim Enumo, S. (2017). Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003–2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69 (2), 53-71.
- Faccio, F, Renzi, C., Giudice, A., Pravettoni, G. (2018). Family Resilience in the Oncology Setting: Development of an Integrative Framework. *Frontiers in Psychology*. 9.
- Forte, V. y Bueno, C. (2016) Danze therapy in women with breast cancer. A phenomenological study. *Psicooncología*13, (1) p. 151-163 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2016.v13. n1.5249
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, A., y Alvarado, S. (2014). Effects of psychological interventions in cancer survivors: a review. *Psicooncología*11(2-3) ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2014.v11. n2-3.47385
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, A., y Alvarado, S. (2015) Clinical practice guideline for psychooncologic diagnosis and treatment of primary caregivers of cancer patients. *Psicooncología*. 12, (1) ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2015.v12. n1.48906

- Gazotti, Thaís de Castro, & Prebianchi, Helena Bazanelli. (2014). Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, 16(1), 18-30.
- González, A., González, A., y Estrada, B., (2015). The efficacy of cognitive behavioral therapy in women with breast cancer. *Psicooncología*. 12,(1), p129-140 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908
- Gutierrez, E. (2018). Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología*. 15(1) p. 133-151 Doi: ISSN: 1696-7240 <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59183>
- Hart, S.L., Hoyt, M.A., Diefenbach, M., Anderson, D.R., Kilbourn, K.M., Craft, L.L., Steel, J.L., Cuijpers, P., Mohr, D.C., Berendsen, M., Spring, B. y Stanton, A.L. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Inst*, 104 (13), 990-1004.
- Henry, M., Rosberger, Z., Ianovski, L., Hier, m., Zeitouni, A., Kost, K., ..., Frenkiel, S., (2018). A screening algorithm for early detection of major depressive disorder in head and neck cancer patient's post-treatment: Longitudinal study. *Psycho-Oncology*.27, Pages 1622-1628. Doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4705>
- Ibáñez, E. y Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos de futuro. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3368/b15328442.pdf?sequence=1>
- Lemes, C., Ondere, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), p.17-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lufiego, C., Schneider, R., & Gonçalves J., Â. (2017). Avaliação Do Estresse E Ansiedade Em Pacientes Quimioterápicos Submetidos A Relaxamento. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(3), p.789-800.
- Muñoz, M., y Bernal, P., (2016). Treatment of anxiety in patients with cancer. *Psicooncología*. 13, (2) ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/PSIC.54434

- Martí, P., Mercadal-Brotons, M. y Solé, C. (2015). The effectiveness of a music therapy treatment on mood and quality of life of breast cancer survivors. *Psicooncología*12, (1) pp. 105-128 DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2015.v12. n1.48907
- Martí, P., Mercadal-Brotons, M. y Solé, C. (2018). The effectiveness of music therapy on mood and quality of life of colorectal cancer patients. *Psicooncología*. 12, 2-3, pp. 259-282 DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2015.v12. n2-3.51008
- Massone, A., Lull, D. (2017). Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), p.202-209.
- Montiel-Castillo, V., Guerra-Morales, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19 (36), p.324-335.
- Nunes-Silva, M., Valadares, A., Rosa, G., Lopes, L., y Marra, C. (2016). Avaliação de Músicas Compostas para Indução de Relaxamento e de seus Efeitos Psicológicos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(3), 709-725.
- Ortigosa, j., aRiquelme, M., Álvarez, h., , Astilleros, M., y Sánchez, I. (2016). Effectiveness of the performance of a couple of hospital clowns on the fear response in patients in oncohematology unit. *Psicooncología*. 13, (2-3), p. 297-305 doi: 10.5209/psic.54450
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., Borràs, J. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), p. 1-10.
- Ottati, F., & Campos, M. (2014). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), p.103-111.
- Pérez, P. y Uribe, A. (2016). Acceptance and commitment therapy in a case of adjustment disorder with mixed anxiety and de-

- pressed mood in a patient with cancer. *Psicooncología*. 13, (1) ISSN: 1696-7240 – DOI: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52490>
- Ruiz-benítez, M., Coca, M., (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*. 5,(1). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16351>
- Tejedor, C.,Pérez-Campo de padrós, M., y Capdevila, Ll. (2014) Physical Exercise and Health-Related Quality Of Life In Adolescent Cancer Survivors *Psicooncología*. 11, (2), p.301-312 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2014.v11. n2-3.47390
- Villoria E., Fernández, C., Padierna, C., y González, S. (2015). Psychological intervention in oncological patients: a review (2000-2014). *Psicooncología*. 12(2) p. 207-236 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2015.v12. n2-3.51005

CAPÍTULO 7

Investigación en psicooncología

Introducción

La investigación científica es entendida como un proceso que tiene como finalidad la producción de nuevo conocimiento en cualquier campo de investigación, como lo es la psicoconco-logía, mediante el empleo de un método científico que está constituido por diversas etapas y emplea diferentes técnicas de recolección de datos para alcanzar una probable explicación y comprensión de los fenómenos humanos estudiados (Niño, 2011).

Dichas investigaciones pueden ser abordadas desde diferentes enfoques de investigación, como lo es la investigación cuantitativa, que busca explicar los fenómenos estudiados mediante el empleo de técnicas y herramientas estadísticas que garanticen algún grado de validez estadística de las variables estudiadas; en este enfoque podemos encontrar investigaciones exploratorias, cuando el fenómeno no ha sido estudiado con anterioridad; descriptivas, cuando el énfasis del estudio es determinar la frecuencia y las medidas de tendencia central de un fenómeno en una población específica; los estudios correlacionales, que buscan ver el grado de relación estadístico entre variables y los estudios experimentales, que tiene como objetivo identificar la relación causal entre variables (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

Otro enfoque de investigación es el cualitativo, cuyo objetivo es la comprensión de los fenómenos desde la subjetividad de sus actores, siendo comunes las investigaciones fenomenoló-

gicas, que pretender la comprensión de los fenómenos desde las vivencias consientes de los participantes; los etnográficos que buscan describir los patrones culturales, simbólicos y los rituales presentes en una comunidad humana; la teoría fundada, que a través de la descripción de visiones de mundo particulares, pretende generar teorías explicativas de los hechos estudiados; adicionalmente, existen otros tipos de investigación como la Investigación Acción Participativa [IAP], la documental y los estudios de caso, que son muy utilizados en ciencias humanas y de la salud (Bautista, 2011).

Actualmente, los investigadores han venido combinando los enfoques de investigación antes mencionados en los procesos de investigación que se llevan a cabo para poder generar abordajes más integrales de los fenómenos estudiados; es así como podemos ver estudios que en el caso de la psicooncología y a modo de ejemplo, pretenden comprender (fenomenológicamente) la experiencia de ansiedad, depresión o cualquier otra emoción ante el diagnóstico de cáncer, al tiempo que buscan explicar (correlacionar) la relacionan dichas emociones como otras variables como la edad o el sexo de los participantes del estudio, para tener una imagen más coherente de lo que ocurre en el mundo emocional de las personas en relación a su edad y sexo.

Modelo de investigación en psicooncología

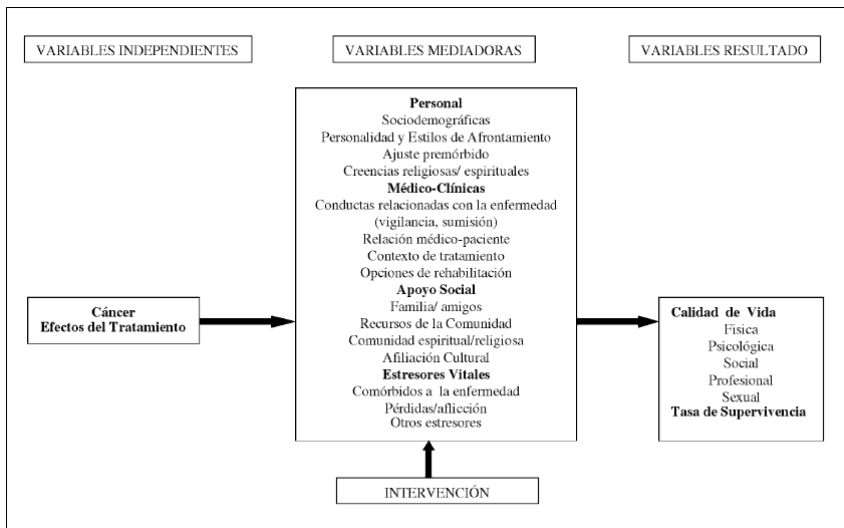
La investigación en psicooncología está regida por el estudio de aquellas variables psicológicas que se encuentran relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médicos y que tiene el potencial de mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Desde esta perspectiva, Holland, 2004 en Costa y Ballester (2011), ha diseñado una estructura de investigación en psicooncología, que permite integrar las variables independientes o

causales como lo son la enfermedad (cáncer) y tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia, etc.); con las variables resultado o efecto, como lo es la calidad de vida con sus múltiples dimensiones, en un modelo que permite estudiar las variables mediadoras (ver Figura 1) o aquellas que pueden favorecer o desfavorecer la calidad de vida del paciente con cáncer.

Es así como el modelo de investigación de *Holland* ha facilitado una mirada integral de la enfermedad, facilitando la discriminación de aquellas variables de interés para la psicooncología, que al ser estudiadas, pueden dar cuenta de los cambios favorables o desfavorables a nivel emocionales y comportamental de los pacientes, sus familiares y el personal médico, para facilitar así, los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención por parte de los profesionales de la salud y la psicología que trabajan en esta área de acción y generar planes de prevención y promoción de la salud basados en la evidencia científica.

Figura 1. Modelo de investigación en Psicooncología



Recuperado de Holland, 2004 en Costa y Ballester, 2011.

Revisión de estudios empíricos en torno a las variables mediadoras del cáncer y su tratamiento

Teniendo en cuenta que la investigación en psicooncología se sustenta en el estudio de las variables mediadoras entre la enfermedad, el tratamiento y sus efectos en la calidad de vida del enfermo y la interacción de este con sus familiares y el personal médico, a continuación, se realizará un breve recorrido por algunos de los estudios que se han realizado al respecto en los últimos años, sin pretender ser exhaustivos, pero sí para mostrar un panorama general de lo que se ha hecho y facilitar la reflexión y la generación de nuevas problemáticas de investigación para futuros estudios disciplinares o interdisciplinares entre la psicología y las ciencias biomédicas.

En una investigación sobre expresión emocional realizada por Suárez y Cynthia (2011), analizaron la influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer, encontraron que las estrategias de afrontamiento suelen incrementarse con el uso de la escritura como forma de expresión emocional.

Por su parte Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) evaluando la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas, en pacientes oncológicos en etapa de tratamiento, evidenciaron un aumento de la percepción de la calidad de vida relacionada con factores psicosociales y con la realización de actividades diarias; en cuanto a las emociones, la depresión y ansiedad, no se evidenciaron de forma clínicamente significativa en la muestra trabajada, lo cual es contrario a lo encontrado por Moreno, Krikorian y Palacio (2015), quienes identificaron en una investigación realizada, que más de la mitad de los hombres y el 28,6% de las mujeres, pacientes de cáncer, presentaban puntuaciones clínicamente

significativas en depresión y alrededor del 15% del total de la muestra presentaron síntomas de ansiedad.

En un estudio longitudinal, sobre la calidad de vida y el estado emocional de un grupo de pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos distintos de su enfermedad; no encontró diferencias significativas en cuanto a su estado emocional ni diferencias significativas en las puntuaciones en torno a la ansiedad y la depresión. (Terol *et al.*, 2000).

Otros investigadores encontraron que las estrategias de afrontamiento de un grupo de sobrevivientes de cáncer presentaban patrones similares de afrontamiento al estrés, haciendo énfasis en la existencia de una relación entre el incremento de problemas y la evitación del afrontamiento (Robert *et al.*, 2010). A lo que Dalnim, Crystal & Thomas (2013), añaden diferencias en las estrategias de afrontamiento emocional por género, evidenciando que la expresión emocional fue eficaz en la reducción de ajuste negativo en los hombres y el procesamiento emocional se relacionaba con el ajuste positivo en las mujeres.

En otras investigaciones con pacientes oncológicos en tratamiento, se ha encontrado que existe una correlación significativa entre los niveles de ansiedad y la autoestima y entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reacción agresiva y reevaluación positiva, así como una correlación significativa entre la depresión y las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución de problemas, la negación y la reacción agresiva (Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro, & Vernaza, 2014).

Entre tanto, Finck y Forero (2011), estudiando la espiritualidad en pacientes con cáncer, encontraron una correlación negativa entre la depresión y la espiritualidad, siendo esta última un indicador de menor depresión en los pacientes. Siendo además la espiritualidad una estrategia de afrontamiento positiva

durante el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad (Megan & Erin, 2010), generándole una mayor estabilidad emocional, debido a la consecución de sentido y significado en la vida actual (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006).

Frente al sentido de la vida, autores como Elekes (2017), han encontrado que el significado de vida percibido en pacientes con cáncer, se correlaciona negativamente con pensamientos automáticos, depresión y ansiedad. Como también se han encontrado relaciones entre el sentido de vida, la edad y el sexo (Camargo, Castañeda, y Días del Castillo, 2018).

En cuanto al cáncer en niños, según González (2006), los estudios apuntan en su mayoría al hecho de que los menores logran una adecuada adaptación a nivel psicosocial, presentando mínimos problemas específicos. Sin embargo, resaltan que, aunque la mayoría de los sobrevivientes al cáncer infantil no presenta secuelas psicológicas de trascendencia, no se puede dejar de lado la experiencia negativa vividas por los infantes durante el proceso de la enfermedad y su tratamiento, ya que este proceso suele ser penoso, invasivo y restrictivo y largo.

De su parte, Pozo, Bretones, Martos, Morillejo, y Cid, (2015), han encontrado que existen relaciones significativas entre el estrés ante situaciones asociadas al diagnóstico oncológico en niños, la salud y el bienestar, siendo significativo para su salud el apoyo percibido por parte de su núcleo familiar.

En cuanto al cuidador primario, autores como Barrón y Alvarado (2009), han resaltado que estos presentan mayores niveles de depresión, relacionados principalmente con la sobrecarga física y emocional y el cambio en los estilos de vida que generan un aumento en los niveles de estrés por parte de la persona a cargo del paciente con cáncer.

Por su parte, Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranda, y Navarro, (2013), han estudiado el impacto que tiene en el cuidador primario atender las necesidades de los pacientes oncológico, identificando sintomatología a nivel de agotamiento emocional, ansiedad, desesperanza, ideación suicida, despersonalización y bajos niveles de autorrealización personal, asociados a problemas físicos como trastornos del sueño, irritabilidad, cansancio y aislamiento, lo que suele ser denominado como síndrome del cuidador.

En cuanto a estudios en psicooncología relacionados con el personal sanitario, se ha identificado que existen niveles medios de *Burnout* en los médicos, una mayor sensibilidad emocional positiva, uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y estilos de comunicación más centrados en sí mismos (Torres y Guardino, 2011).

Finalmente, frente a la relación médico paciente en oncología, autores como Araujo, Nogueira y De Oliveira (2017), entrevistando a diferentes pacientes con cáncer identificaron que estos deseaban mayor sinceridad por parte del personal médico en cuanto al diagnóstico y resaltaron la importancia de la relación médico-paciente.

Conclusiones

Como se pudo observar en el presente capítulo, la investigación científica es el camino que emplean los investigadores para estudiar los fenómenos de interés para la ciencia que, en el caso de la psicooncología, son el estudio de las variables mediadoras entre la enfermedad y su tratamiento y la calidad de vida en sus diferentes dimensiones en el paciente con cáncer, sus familiares y el personal médico.

A la luz de anterior, se ha podido establecer que las investigaciones consultadas sobre psicooncología a modo de revisión empírica para el presente trabajo, giran en torno a los pacientes, los cuidadores primarios y el personal médico y abordan variables como la depresión, la ansiedad, los estilos de afrontamiento, la religión y la espiritualidad, el sentido de vida, la relación de comunicación entre médico y paciente, entre otras, que influyen en el pronóstico de mejora de calidad de vida de los involucrados.

Queda como invitación de lo expuesto, la necesidad de seguir investigando las diferentes relaciones existentes entre las variables independiente y de resultado, con aquellas mediadoras que no han sido suficientemente estudiadas y desde una mirada positiva de la salud mental, ya que son escasos los estudios en esta línea en la literatura consultada y dejan entrever la fuerte influencia del modelo médico tradicional de enfermedad y su abordaje habitual.

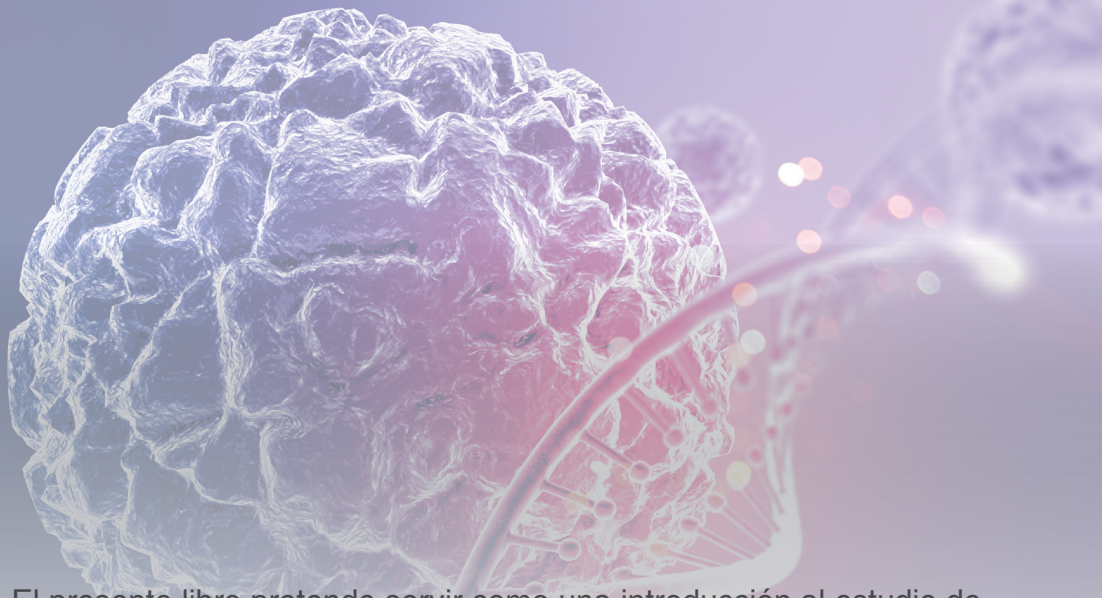
Referencias

- Araujo, L., Nogueira, E., y De Oliveira, E. (2017). Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. *Revista Bioética*, 25(3), p.563-576.
- Barrón, B., y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, p.39-46.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá. Colombia: Manual Moderno.
- Camargo, J., Castañeda, J. y Días del Castillo, J. (2018). Sentido de vida y salud mental en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. Análisis preliminar de datos. *Revista Científica Ciencia y Tecnología*, 2(16), p.1-12.

- Caqueo, U., Segovia, P., Urrutia, U., Miranda, C. y Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10 (1), p. 95-108.
- Costa, G. y Ballester, R. (2011). El inicio de la psico-oncología: una breve revisión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (99), p.21-28.
- Dalnim, C. Crystal, L. & Thomas, B. (2013). Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychology & Health*, 28(8), p.874-94.
- Finck, C., y Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), p.07-27.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), p.50-75.
- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en psicología*, 20(107), 22-44.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Mc Graw Hill.
- Megan, L., & Erin, O. (2010). Religious/spiritual coping and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(1), p.55-65.
- Moreno, A., Krikorian, A. y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), p. 517-529.
- Niño, V. (2011). *Metodología de la investigación. Diseño y ejecución*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.

- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G., & Verna-za, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), p.77-83.
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M., Morillejo, E., y Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (2), p.93-101.
- Robert, R., Torfinn, G., Roy, B., Olav, D., Arnstein, F., Sophie, D., et al (2010): A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 15 (2), p.146-158.
- Suárez, T. y Cynthia, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *RAP*, 9 (2), p.284-307.
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Angeles, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp, M. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16 (2), p.111-122.
- Torres, B. y Guarino, L. (2013). Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*, 12(1), p. 95-104.
- Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., & Newman, S. (2006). Do Religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63, 151-164.

Impreso en el mes de abril de
2019 en los talleres de Xpress
EstudioDigital, Bogotá, Colombia.



El presente libro pretende servir como una introducción al estudio de la psicooncología como campo interdisciplinario entre la psicología y las ciencias biomédicas, encargada de la investigación e intervención oncológica de las variables mediadoras entre la enfermedad, su tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer, sus familiares y el personal médico.

Se tratarán diversos temas como la definición y recorrido histórico, las funciones y competencias de los profesionales en psicooncología, los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición de algún tipo de cáncer, el cáncer a lo largo del ciclo vital, aspectos psicológicos relacionados con el cuidador primario y el personal de salud, algunas intervenciones psicológicas y finalmente, la investigación de variables psicológicas relacionadas con el cáncer.

