

Psicooncología

Xavier Medina¹, Salvador Alvarado¹

¹ Psicólogo Oncólogo, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador

Recibido: abril 18 de 2011
Aceptado: agosto 23 de 2011

Correspondencia:
Dr. Xavier Medina
xaviermedinac@hotmail.com
Departamento de Psicología
Hospital José Carrasco Arteaga
Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino
Teléfono 593 7 2861500
Cuenca, Ecuador.

Rev Med HJCA 2011;3(2):190-196

Resumen

La Psicooncología se origina de la fusión de la oncología clínica y la psicología en respuesta al estrés emocional que presentan los pacientes que cursan por esta enfermedad, así como la familia y el equipo médico, tiene como objetivos:

- 1. Valorar y tratar los aspectos psiquiátricos, sociales, psicológicos, culturales, económicos, espirituales, sexuales que presentan los pacientes que atraviesan por las diferentes fases de su enfermedad: diagnóstico, tratamientos oncológicos, fase de remisión, fase de recaída, fase terminal, agonía, muerte.*
- 2. Centrarse en aspectos psicológicos, conductuales y sociales que están relacionados directamente con la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.*
- 3. Promover la investigación con el fin de obtener los niveles de competencia profesional requeridos desde un punto de vista asistencial.*

El presente trabajo busca dar a conocer la Psicooncología por ser un campo muy amplio, poco entendido e investigado en nuestro medio, además concientizar sobre la necesidad de especialistas para brindar un tratamiento interdisciplinario, teniendo en cuenta que la mejor atención no es solo curar o tratar la parte física, sino el cuidado emocional y psicológico del paciente aspecto que en varias ocasiones es olvidado y que en una enfermedad como el cáncer es de vital importancia.

Descriptores DeCS: Psicooncología, Respuesta al Malestar Emocional

Psychooncology

Summary

The Psychooncology is a specialty that originates from the merger of clinical oncology and psychology in response to emotional distress experienced by patients enrolled in this disease, as well as family and medical equipment, this subspecialty is to:

- 1. Assess and treat the psychiatric, social, psychological, cultural, economic, spiritual, sexual, experienced by patients going through the different stages of their disease: diagnosis, cancer treatment, remission phase, stage of relapse, terminal phase, agony, death.*
- 2. Focus on psychological, behavioral and social that are directly related morbidity and mortality of the disease.*
- 3. To promote research in order to obtain the required standards of professional competence from a welfare point of view.*

This paper aims to raise awareness about Psychooncology to be a broad field, poorly understood and researched in our environment, raise awareness about the need for specialists to provide an interdisciplinary treatment given that the best care is not just cure or address the physical, but emotional care, the patient's psychological aspect that is forgotten on several occasions and in a disease like cancer is vital.

Keywords. Psychooncology, Response to Emotional Distress

Introducción

El cáncer no es una enfermedad única, sino deriva en múltiples enfermedades que surgen cuando las células anormales se dividen sin control e invaden tejidos circundantes, incluso puede expandirse a todo el cuerpo (1). La OMS considera que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, se calcula que, de no mediar intervención alguna, 84 millones de personas morirán de cáncer entre 2005 y 2015. (2). Según SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) en el año del 2009, 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer (3).

El cáncer es una de las enfermedades más temibles para un gran porcentaje de la población. Socialmente se ha asociado al cáncer con tratamientos dolorosos y muerte inminente. Para los pacientes que tienen cáncer, la enfermedad no sólo les representa dificultades físicas sino también emocionales y sociales (4). Debido a ello se origina la necesidad de un área que se haga cargo de los problemas psicológicos y emocionales de los pacientes con cáncer y sus familias.

Así nace la Psicooncología una disciplina que intenta estudiar las dimensiones psicológicas, sociales y comportamentales del cáncer desde dos perspectivas, por un lado, desde el análisis de las respuestas psicológicas tanto de los pacientes como de los familiares en todos los estadios de la enfermedad y, por otro lado, sobre cómo influyen los aspectos psicológicos y sociales en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (5).

El diagnóstico de cáncer actúa como un impacto que puede desestructurar al paciente si éste no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada a la situación que le permita continuar con el proceso y curso de la enfermedad (6). La aparición del estrés emocional se debe a varios factores como: la sospecha del diagnóstico de cáncer, el duelo por la pérdida de la salud actual, miedo a la muerte, preocupación por los seres queridos, efectos de los tratamientos, sobrevivencia o temor a la recidiva (7).

El estrés, actualmente reconocido como una entidad preclínica presente en una cantidad significativa de pacientes,

condiciona el riesgo para diversos trastornos psiquiátricos formales que complican sobremanera la condición clínica y psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y terminan incidiendo también en el equipo médico (8).

Psicooncología

La Dra. Holland es la fundadora de la Psicooncología. Ya en los años setenta definió los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. De ahí que su figura sea crucial en el desarrollo de la Psicooncología como una subespecialidad clínica que cada vez tiene mayor resonancia en el mundo entero.(9) Los estudios se iniciaron investigando en base a dos interrogantes: *"cuáles eran las ideas y sentimientos de aquellos pacientes que habían sido diagnosticados recientemente de cáncer"* y *"cuáles serían las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos que se presentan en el contexto de una enfermedad médica"* (Holland, 2003)(10).

La Psicooncología nace de la fusión de la oncología y la psicología aunque es considerada más que una subespecialidad de la oncología, siendo un campo interdisciplinar en el que interactúan psicólogos, oncólogos, junto con otros profesionales (11) (fig 1).

El término Psicooncología es reconocido en los Estados Unidos, en países

latinoamericanos, entre otros, pero en Europa es preferido el término de Oncología Psicosocial (12).

Para Aguilar la Psicooncología plantea un modelo psicoeducacional de prevención, intervención psicoterapéutica, rehabilitación y reintegración a la vida cotidiana, brinda los cuidados paliativos desde los parámetros psicológicos que conlleva al paciente a una mejor calidad de vida y le ayuda a afrontar desde el inicio, la enfermedad y sus tratamientos oncológicos. Es una disciplina dedicada al estudio del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico (13).

Su finalidad se basa en que el paciente sea quien lleve un rol activo en su enfermedad y en el proceso terapéutico, a partir de la capacitación educativa relacionada con ese mal, tanto en la prevención como en la intervención terapéutica o cuidados paliativos, para que se tomen en cuenta los factores psicológicos cognitivos, emocionales y motivacionales de la persona enferma y su familia (14).

Holland (10) describe las dos grandes dimensiones psicooncológicas:

1. Atender a la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad.
2. Detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos, de compor-

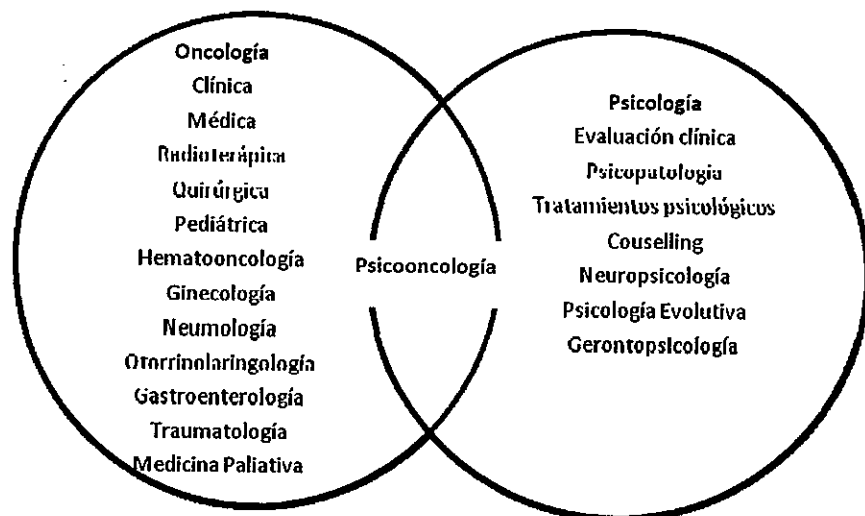


Fig 1
La Psicooncología la interacción entre la Oncología y la Psicología
Fuente: Juan A. Cruzado, 2003

tamiento y aspectos sociales que puedan influir en la mortalidad supervivencia y morbilidad calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Los campos de acción de la Psico-oncología se resumen en 9 puntos importantes, según Palacios (15).

- **Impacto Diagnóstico.** Se refiere a las reacciones comportamentales que genera en el paciente el haber sido informado de que tiene cáncer. La respuesta inicial al recibir las noticias acerca del cáncer suele consistir, tras un primer momento de choque o bloqueo, en intensas respuestas emocionales inmediatas que incluyen tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión. Son frecuentes las alteraciones del sueño y del apetito, así como las dificultades de concentración y atención. La mayoría de los pacientes experimentan una ruptura temporal en su capacidad para funcionar en la vida cotidiana (16).
- **Impacto Pronóstico.** El temor más grande que enfrenta el paciente luego de enterarse de su diagnóstico es que pasará con su vida, cuánto tiempo tiene de vida o como se desarrollará la enfermedad.
- **Continuidad en el tratamiento.** Los tratamientos para el cáncer desafortunadamente son dolorosos, molestos y llenos de efectos secundarios, por ello el apoyo psicológico y el alivio de los malestares emocionales ayudan al paciente a adherirse al tratamiento.
- **Cuidados Paliativo.** Para la Organización Mundial de la Salud los cuidados paliativos son definidos como: "un abordaje destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, que afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida, a través de la prevención y paliación del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, la evaluación y tratamiento cuidadosos de todas las problemáticas que afectan al enfermo, sean éstas de tipo somático, emocional, ético, social o de otro tipo (17). Esta dimensión de cuidados, enfatiza las necesidades especiales hacia el control de síntomas tanto físicos como emocionales.
- **Manejo del Dolor en el Cáncer:** El dolor es sin duda, el síntoma más temido por los pacientes con cáncer, el dolor no es exclusivo de la fase terminal y produce un significativo deterioro del enfermo, llevándolo a respuestas psicológicas como ira, irritabilidad, agresividad, entre otras.
- **Acompañamiento al Paciente Terminal:** El trabajo del psicooncólogo es crucial en esta etapa, ya que profesionalmente se encuentra capacitado para abordar las diferentes consecuencias psicológicas que enfrenta el paciente con la finalidad de canalizar los sentimientos del paciente y sus familiares así como guiar al paciente a tomar decisiones sobre sus asuntos personales pendientes.
- **Terapia Grupal:** La terapia de grupo ayuda a reducir la angustia, a aumentar la capacidad de afrontamiento, calidad de vida y mejora las habilidades de solución de problemas, por la empatía generada al enfrentar la misma enfermedad con otras personas.
- **Capacitación:** Busca dotar de conocimientos psicológicos al equipo médico con la finalidad de mejorar la comunicación médico-paciente, enfermeras-paciente y a su vez incrementar la confianza del enfermo oncológico en su equipo médico.
- **Investigación:** La mejor forma de generar conocimientos es a través de investigaciones que nos brinde soluciones a las problemáticas que se presentan en cada localidad y determinen las estrategias de intervención.

Impacto en el paciente y familia

Aunque el Impacto Emocional (IE) del paciente oncológico y la familia sea una respuesta psicológica normal a la enfermedad, esto no quiere decir que no se requiera una atención emocional continuada. El estado emocional del paciente y la familia suele ser de máxima vulnerabilidad, por lo que la delicadeza y la empatía tienen que ser reglas de oro en la actuación del terapeuta (18).

Además, Matías y Lorca (19) hacen mención del impacto psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar, social y en los profesionales que les atienden.

Las manifestaciones psicológicas están en función de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente, su sintomatología y de los tratamientos recibidos, estas fases veremos a continuación (20).

- **Fase de diagnóstico.** La respuesta inicial al recibir las noticias acerca de la malignidad suele consistir, tras un primer momento de choque o bloqueo, en intensas respuestas emocionales inmediatas que incluyen tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión. Son frecuentes las alteraciones del sueño y del apetito, así como las dificultades de concentración y atención. La mayoría de los pacientes experimentan una ruptura temporal en su capacidad para funcionar en la vida cotidiana (16).

Es frecuente que el paciente reaccione negando la información que sus médicos le proporcionan respecto al diagnóstico y busca otras opiniones con el objetivo de confirmar que la información sea una equivocación del médico primario.

El hecho de informar el diagnóstico y del pronóstico del cáncer ha generado discusiones entre los oncólogos. El paciente tiene derecho a saber la verdad pero también derecho a no saberla si no lo desea, considerándose que el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber (21).

El objetivo fundamental de dar a conocer al paciente su estado se basa en que la información sobre el cáncer contribuya al proceso terapéutico y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes (22).

- **En la fase de tratamiento oncológico:** Los tratamientos para el cáncer, como la cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia resultan ser agresivos y no es posible impedir el daño al paciente, mientras el médico piensa en términos de curación, el paciente piensa en términos de la deformación por su enfermedad, sus tratamientos o ambos.

Durante esta etapa los pacientes pueden experimentar ansiedad, miedo, tristeza, depresión, pérdida de control, desamparo, desesperación, enojo y culpa. Una vez terminado el tratamiento los pacientes se encuen-

tran vulnerables y con dificultades para adaptarse a las limitaciones en la casa y su trabajo (23).

- **Fase de remisión.** Es una etapa donde se demuestra a través de estudios y valoraciones que la enfermedad ya no está presente gracias que los tratamientos oncológicos han resultado favorables.

Los pacientes y familiares tienen reacciones emocionales encontradas. Por una parte, sienten tranquilidad y alegría con respecto al equipo terapéutico, y por otra, tiene inquietud ante la incertidumbre y desamparo por no estar en vigilancia estrecha de los médicos tratantes; entonces surge la necesidad de un proceso de contención emocional.

- **Fase de recaída.** Se considera la etapa de mayor impacto y difícil trato debido a que desencadena reacciones más importantes en comparación a la fase diagnóstica. El paciente y la familia experimentan: enojo, ira, agresividad e incluso mayor posibilidad de demandas ante la inconformidad o la duda que los tratamientos previos no fueron los adecuados.

- **Fase terminal.** El paciente presenta dos o más disfunciones irreversibles y está fuera de tratamientos oncológicos, por lo tanto, se le ofrecen los cuidados paliativos con el objetivo de disminuir al máximo todos los signos y síntomas. Tanto el paciente como la familia presentan desesperanza, tristeza, duelos anticipados y depresión ante el deterioro físico. Se ha demostrado que los pacientes que se reconocen en etapa terminal, junto con su familia, buscan tratamientos alternativos. Es frecuente que el paciente ponga en orden sus cosas, pensamientos y pendientes con la finalidad de evitar problemas posteriores.

- **Fase de agonía.** Es en esta fase cuando la muerte es inminente. Se requiere de gran apoyo de la familia debido a la enfermedad y al gran deterioro del enfermo, ya que resulta angustiante, desesperante y doloroso ver a su ser querido próximo a morir; sin embargo, cuando desde el inicio del proceso de enfermedad existe una comunicación clara, abierta, con la idea de compartir el sufrimiento, vivir juntos y apoyarse mutuamente,

esta fase y el momento de morir resultan también un nuevo inicio, una nueva vida.

- **Muerte.** Definir la muerte resulta difícil; por lo tanto, es necesario retomar los criterios de grandes estudios que explican que la muerte se presenta en un ser humano cuando existe (24):

1. ausencia de respuesta cerebral (coma profundo)
2. apnea (falta de respiración)
3. carencia de actividad cerebral demostrada por electroencefalograma
4. pupilas dilatadas y 5) inexistencia de reflejos cefálicos (pupilares y auditivos).

Es importante referir la connotación sociocultural y filosófica en relación al paciente que muere y la familia. "Ser o no ser, ser y no estar, estar y no estar" (Dr. Santiago Genovés.) (25). El punto central corresponde al no estar, porque en nuestra mente, esos seres queridos, ya muertos, siguen presentes. De acuerdo a lo anterior, podemos ver la importancia de que la familia del paciente reciba atención psicológica para el manejo del proceso del duelo.

Reacciones y trastornos psicológicos y psiquiátricos más frecuentes

En la literatura se han reportado diversos correlatos psicológicos; entre los más estudiados encontramos los trastornos adaptativos, ansiedad, depresión, delirium.

- **Trastorno adaptativo**

De acuerdo a la clasificación Internacional de Enfermedades (26) CIE 10 el trastorno adaptativo es otro de las afecciones que frecuentemente se manifiestan en los pacientes con cáncer, puesto que se siente sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Este se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor estresante externo identificable (pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, etc.).

Es bien sabido que las reacciones agudas al stress se resolverán sin medicación: sin embargo, es fundamental no descartar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico.

- **Ansiedad**

La ansiedad aparece cuando la capacidad de tolerar los estresantes de la vida supera nuestros recursos, provocando una respuesta desproporcionada a la que sería de esperar en condiciones normales. La ansiedad presenta síntomas físicos (se acelera el corazón, aumenta el pulso, sudan las manos, siente opresión en el pecho, etc.) y psicológicos (27).

En el caso de pacientes con cáncer, casi el 50% de ellos tienen ansiedad. (28).

La ansiedad es un síntoma que se presenta en los pacientes al realizarse pruebas de detección, al esperar el diagnóstico, por reaparición del tumor, al presentar dolor, limitaciones funcionales, carencia de apoyo social, y el avance de la enfermedad, algunas afecciones e intervenciones médicas, incluyendo la diseminación del cáncer, o al recibir tratamientos con antiinflamatorios y otros medicamentos, la ansiedad puede aumentar el dolor y vomito. En pacientes con enfermedad avanzada es frecuente que sufra ansiedad por el dolor incontrolable, el aislamiento, el desamparo o la dependencia, si la causa no es el temor a la muerte (29, 1)

- **Depresión**

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV-TR), considera a la depresión como la presencia de estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en todas las actividades por un periodo de al menos dos semanas, para realizar el diagnóstico de este trastorno, la persona debe presentar 4 síntomas cognitivos y somáticos adicionales (30). Además de los síntomas mencionados, las personas deben presentar otros como son: la pérdida de peso, apetito, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor observable, fatiga, culpa inapropiada, pobre concentración y pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio (31).

Los pacientes con cáncer son más vulnerables a la depresión, porque su

organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas provocadas por su enfermedad, además, el tratamiento tiende a ser debilitante, lo que modifica las respuestas inmunitarias y al dolor. (32)

Si el equipo médico detecta una posible depresión en el paciente con cáncer se precisa la derivación a un especialista de salud mental para su valoración diagnóstica y posible tratamiento psicológico. (33)

• Delirium

El Delirium se define como una alteración transitoria del estado mental, caracterizada por la presencia de diferentes manifestaciones clínicas, principalmente alteración del nivel de conciencia y atención, junto con otras alteraciones de esfera cognitiva. (34)

Entre los tipos de cánceres que pueden provocar delirium están: el más frecuente es el cáncer pulmonar de células pequeñas y los menos frecuentes las neoplasias del timo, mama, testículo, ovario, colón, así como la enfermedad de Hodgkin. En la mayoría de los casos, las estructuras límbicas muestran pérdida neuronal, con infiltrados linfocitarios; distribución típicamente perivascular. Estos cambios suelen ser más frecuentes en el lóbulo temporal medial, afectando sobre todo el hipocampo y a la amígdala, como consecuencia de una agresión autoinmunitaria a estos tejidos (35).

En varias ocasiones, los psicofármacos son causa de delirio, en particular los pacientes de cáncer avanzado, la identificación de las causas del delirio, constituye el principio esencial para su tratamiento y para aumentar la eficacia terapéutica, es necesario involucrar a la familia del paciente durante el proceso de abordaje; desde la información acerca del significado del delirium y sus implicaciones pronósticas, hasta el apoyo de los sentimientos de desesperanza que puedan presentarse (36).

Tratamientos oncológicos y consecuencias psicológicas

Los tratamientos utilizados para el cáncer suelen ser muy agresivos y en oncología no es posible impedir el daño al

paciente. (13)

- **Cirugía.** Es uno de los tratamientos más antiguos y tiene connotación agresiva, dado que son procedimientos radicales, mutilantes y con un grado importante de deformación en muchos de los casos. Los tipos de cirugía oncológica son: diagnóstica, preventiva, de ayuda, curativa, reductora, paliativa y reconstructora. El paciente puede presentar reacciones de desajuste emocional al saber que sufrirá una pérdida de su estructura e imagen corporal; son necesarios procesos psicoterapéuticos que le permitan asimilar y afrontar las alteraciones producto de las mutilaciones, miedo a la deformación de su cuerpo, a no resistir la anestesia, a morir durante de la cirugía y al estigma social. (23)
- **Quimioterapia.** Este procedimiento despierta en los pacientes grandes temores a las reacciones adversas de los agentes quimioterapéuticos (náusea, vómito, caída de pelo, fatiga, anorexia, neuropatía periférica, diarrea, pérdida de peso, alteraciones de la imagen corporal) lo que provoca problemas con su autoestima. El paciente presenta con frecuencia ansiedad, miedo, irritabilidad, somnolencia, depresión, cambios de conducta, confusión mental, psicosis, alucinaciones y delirios que pueden ser producto de la enfermedad, por la neurotoxicidad del tratamiento. Hay síntomas que pueden mantenerse por largo tiempo incluso después del tratamiento, en estos casos es importante un soporte emocional. (37)
- **Radioterapia.** Al iniciar el tratamiento radioterápico, el paciente tiene gran incertidumbre ya que previamente ha pasado por procedimientos diagnósticos invasivos, en ocasiones se remite al enfermo a radioterapia porque su tumor no es operable lo que produce incertidumbre sobre su pronóstico. Aunque la respuesta depende de la localización de la enfermedad, genera temor, ansiedad, angustia, tristeza y depresión (23).

Instrumentos de evaluación

Una evaluación psicológica detallada del paciente oncológico estimara la gravedad de su condición psicológica o

psiquiátrica (38) se sugiere que la evaluación psicológica del paciente incluya: entrevista clínica, un diagnóstico clínico según criterios del DSM-IV-TR (30) en casos necesarios la aplicación de test estandarizados, un plan de tratamientos y las pautas del seguimiento psicológico.

La evaluación psicológica inicial deberá incluir los siguientes pasos: La historia clínica que consiste en una entrevista psicólogo - paciente que pueda obtener información sobre: historia psiquiátrica, psicosocial y médica y examen del estado mental del paciente así como el contacto con el equipo médico.

Los test psicológicos utilizados en el área oncológica son un complemento de la historia clínica y brindan datos importantes sobre depresión, ansiedad, calidad de vida y malestar emocional. Entre los test utilizados se encuentran la escala de ansiedad y depresión de HADS, el inventario de depresión de Beck, para la valoración de la calidad de vida existen los cuestionarios (EORTC), el termómetro emocional que mide el malestar emocional entre otros.

Otro instrumento importante en la evaluación es el Modelo de Interconsulta (MIC) y el modelo Funcional (MFU). El MIC, el oncólogo dispone de un instrumento evaluativo proporcionado por la unidad de Psicooncología que cuantifica la sintomatología psicológica y define la necesidad de interconsulta (IC). Los candidatos a IC psico-oncológica son aquellas que presentan al menos un trastorno adaptativo acompañado de una sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada y los pacientes con algún tipo de trastorno mental según los criterios del DSM-IV.

El segundo modelo de atención el MFU, basado en la incorporación del psicooncólogo dentro de las unidades de oncología. Este modelo persigue un trabajo de atención integral al paciente, consiste en la participación del psicooncólogo en los equipos de oncología médica, de forma que haya una convivencia diaria y espontánea con los pacientes, familiares y equipo terapéutico. El psicooncólogo participa e interviene desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad y de esta manera el paciente cuenta con el apoyo psicológico desde que llega a la institución, cuando escucha su diagnós-

tico, al recibir los tratamientos, durante los ingresos y finalizando en el momento del alta médica, revisiones, posibles recidivas o en la fase terminal.

Técnicas de tratamiento psico-oncológico

Entre las técnicas que se aplican en la Psicooncología están (23):

1. **Abordaje de los síntomas.** La evidencia científica nos muestra lo importante que es contemplar los síntomas del enfermo desde una perspectiva integral, siendo necesario empezar un proceso de normalización con respecto al abordaje emocional, no sólo para problemas psicológicos sino como coadyuvante de medidas médicas en el tratamiento de ciertos síntomas físicos.
2. **Los cuidados para el malestar emocional** utilizando el soporte emocional.
3. **El counselling.** Es una modalidad terapéutica que a diferencia de la psicoterapia proviene no de la clínica, sino del ámbito social, su enfoque está relacionado más con los problemas normales que los psicopatológicos, se relaciona más con el presente que con el pasado (13).
4. **Las psicoterapias.** Las técnicas psicoterapéuticas se utilizan cuando se detecta una alteración emocional que imposibilita que el enfermo utilice sus propios recursos.
5. **Terapia cognitiva.** Es efectiva en la reducción del malestar emocional que experimentan pacientes y familia ante la evolución de la enfermedad. Ayuda al dominio de sus síntomas físicos, permite la participación en su mejoría y calidad de vida, enfatiza el sentido del control personal y la auto eficiencia, mejora la adherencia a los tratamientos médicos, aumenta la efectividad en los tratamientos y reduce los efectos colaterales, acorta el tiempo de recuperación luego de las intervenciones médicas incluso disminuye las consultas innecesarias al equipo médico (39).

- Mejor comprensión y adherencia a los tratamientos médicos
- Mejores resultados durante los tratamientos
- Niveles más bajos de malestar emocional (distrés) y agotamiento profesional en los equipos oncológicos.
- Aumenta la satisfacción con la atención recibida y mejora la calidad de vida.
- Mejora la comunicación médico-paciente y su relación
- Mejora la confianza en el equipo médico.
- Reduce el número de llamadas y visitas médicas por la ansiedad del paciente.

Conclusión

En conclusión el psicooncólogo es un especialista que brinda atención psicológica y emocional. Escucha, entiende, conoce, orienta, informa, atiende y acompaña al paciente en las alteraciones que surgen a partir del diagnóstico del cáncer durante el proceso del tratamiento oncológico hasta la muerte, momento en el que se debe seguir un proceso de atención a los familiares.

Teniendo en cuenta que la labor del psicooncólogo, mucho depende de la sensibilidad, apertura y credibilidad del oncólogo para un trabajo en equipo, en beneficio de nuestros pacientes con cáncer, y se ha demostrado que en la medida que el paciente reciba una atención integral: incluyendo los aspectos psicológico-emocionales permite una mejor adherencia a los tratamientos oncológicos, mejor calidad de vida en cada uno de los estadios clínicos de la enfermedad y tratamiento médico.

Recomendaciones

- Se debe contar con el soporte psicológico en todos los centros de atención oncológica.
- De no contar con el servicio de psicooncología, el médico tratante debe sugerir y/o canalizar al paciente y su familia a instituciones gubernamentales para recibir soporte emocional.
- Procurar la retroalimentación entre los integrantes del equipo terapéutico.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional del Cáncer. 2011. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> (2/09/2011, 20:10)
2. OMS, Organización Mundial de la Salud. 2011. <http://www.who.int/topics/cancer/es/> (1/09/2011, 20:40)
3. SOLCA. Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Tumores 2006-2009
4. Universidad Nacional de Colombia. Investigación de Psicooncología. 2010. <http://www.humanas.unal.edu.co/psicooncologia/> (30 de 08 de 2011, 18:00)
5. García-Conde A. Análisis del contenido de la revista Psycho-oncology: El desarrollo de la investigación en Psicooncología. Boletín de Psicología. No. 92. Marzo. 2008
6. Aresca L. et al. Psicooncología. Diferentes Miradas. Argentina: Lugar Editorial. 2004
7. Strong V. Waters r. Hibberd C. et al. Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. Br J Cancer: Vol. 96: pp 868. 2007
8. Almanza M. Holland J. Psicooncología, estado actual y perspectivas futuras. Rev. Inst. Nacional de Cancerología: Vol.46 Núm. 3: pp 196-206. 2000
9. Die Trill M. Jimmie Holland. Psicooncología. Vol.1 Núm.1: pp. 185-186. 2004
10. Holland J. History of Psychooncology: Overcoming Attitudinal and conceptual barriers. Medicon Psychosomatic. Vol. 64 Núm. 2: pp 206 – 221 2002
11. Cruzado J. La Formación en Psicooncología. Psicooncología:pp 9-19.2003
12. Holland J. Murillo M. Historia Internacional de Psicooncología. En: DIE TRILL M. Psicooncología. Madrid: ADES.2003.
13. Alvarado S. Psicooncología en México (perspectiva histórica). GAMO: Vol. 3 Núm. 3: pp 44-46. 2004
14. Rebolledo M. Alguilar S. Distrés y Cáncer. Neurología, Neurocirugía y psiquiatría. Vol. 39 Núm. 1: pp 52-58. 2006
15. Palacios X. El rol del Psicólogo en la Oncología. Colombia, 2003.
16. Labrador F, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. Psicooncología. Vol. 1 Núm. 1: pp 51-66. 2004.
17. WHO, World Health Organization Regional Office for Europe. Palliative Cancer Care. La Haya. 2004
18. Schröder, M. Impacto Emocional y Tratamiento Psicológico Durante la Fase Terminal. En: DIE TRILL M. Psicooncología. Madrid: ADES. 2003
19. Matias y Lorca. En: Velazquez, A.G. Cáncer y Psicología. México: GAMO, 2007.
20. Coronado L. García M.A. Velásquez A. Morales R., Alvarado S. Aspectos Psicológicos del Cáncer de Pulmón. GAMO Vol.6 Num.4. 2007.
21. Florez J.A. El desarrollo de la comunicación, sus cuidados y el silencio terapéutico. En: Labrador F. Bara E. La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. Psicooncología. Vol 1 Núm.1: pp. 51-66. 2004
22. Häggmark C. Bohman L. Ilmoni-Brandt K. Näslund I. Sjöden P. Nilsson B. Effects of information supply on satisfaction with

Beneficios de la Psicooncología

Entre los beneficios de la terapia psico-oncológica están:

- information and quality of life in cancer patients receiving curative radiation therapy. *Patient Educ Couns* Vol.4: pp 173-9. 2001.
23. Die Trill M. *Psicooncología*. Madrid: ADES . pp 207-224. 2003
 24. Kraus A. Alvarez A. *Muerte cerebral. Eutanasia*. Tercer Milenium. 1998.
 25. Genovés S.. *Comunicación Verbal*. s.f.
 26. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE*. 2010 <<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>>. (23/03/2011, 19:30)
 27. García L. Hormigo S. Ansiedad. 2009. En: Vargas J. Hernández M.G. *Trastorno Adaptativo con ansiedad por Enfermedad Médica Grave como Agente Estresante: Pacientes Oncológicos y Renales Ambulatorio*. Centro Regional de Investigación en Psicología, Vol. 5 Núm. 1: pp 21-26. 2011
 28. Pro Biomed. *Manejo de las emociones* 2009.
 29. Alonso C. et al. The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *Spanish Journal of Psychology*. Vol. 3 Núm. 1: pp 47-52. 2000.
 30. Michael B. Manuel F. En: Valdes A. Harold P. *Manual Estadístico De Diagnóstico De Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. American Psychiatric Association, 2002.
 31. Medina X. Jiménez M.A. Gonzáles S. Saldaña M. Alvarado A. Severidad depresiva en pacientes con cáncer de próstata orquiectomizados. *Gamo* Vol.8 Núm.3. 2009.
 32. Rodríguez A. Alvarado S. Cuellar M. Villavicencio V. Gómez F. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto. *GAMO*. Vol.9 Núm1. 2010.
 33. Grassi L. Travado L. Gil F. Sabato S. Rossi E. And the Sepos Group. Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho- Oncology Study. *J Affect Disord*. pp 243-8. 2004.
 34. Blanco B. Niesvara C. Ibero JI. Sardó E. Delirium: diagnóstico y tratamiento. *Revista de la SEMG.* Núm67: pp 491-496. 2004.
 35. Wyszynski A. Wyszynski B. *Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas*. Masson. En: Rodríguez A., Olmedo B., Alvarado S. *Cáncer y delirium*. *Gamo* Vol.9 Núm. 2. 2010.
 36. Sanchez I. Tratamiento del Delirium. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. Vol. 27 Núm. 5: pp 279-284. 2000.
 37. Maté J. Gil F. Lluch P. Quimioterapia, homonoterapia e inmunoterapia. *Psicooncología*. ADES, Madrid 2003.
 38. Die Trill M. La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. *DIE TRILL M. Psicooncología*. Madrid: ADES. 2003
 39. Sonnitex. *Terapia cognitiva en enfermos de cáncer*. 2011. <http://www.terapiacognitiva.info/>>Terapia Cognitiva/Psicologia General (7/09/2011, 22:00)