



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“Psicooncología y Terapia Cognitivo
Conductual”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

BINISA RIVERA BERNAL



Director: Lic. Marco Vinicio Velasco del Valle

**Dictaminadores: Lic. José Esteban Vaquero Cazares
Lic. María Salome Ángeles Escamilla**

Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Terero: Este logro es de ambas, somos el mejor equipo. Gracias por ser mi guía, mi crítica más ruda y por ser la compañera eterna del camino. Gracias enseñarme a ser fuerte, valiente, inteligente y a elegir siempre lo que me haga feliz. Gracias por todo y por tanto.

A los amigos que a pesar del tiempo y las circunstancias siguen estando, gracias por acompañarme y hacerme la vida más bonita y llevadera.

Profe Vinicio: Que bueno que tú tienes más paciencia que yo, lo logré. Gracias por siempre escuchar y ayudarme a concretar las ideas.

A los que de manera directa o indirecta han sido parte de este proceso y me han ayudado a construirme, gracias.



ÍNDICE

Introducción

Capítulo 1. Psicología de la Salud

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.....	5
1.2 Definición de Psicología de la Salud.....	8
1.3 Funciones del Psicólogo de la Salud.....	10

Capítulo 2. Psicooncología

2.1 Psicología de la Salud y Cáncer.....	14
2.2 El Cáncer en cifras.....	16
2.3 ¿Qué es el Cáncer?.....	17
2.4 Factores de Riesgo.....	18
2.5 Historia de la Psicooncología.....	21
2.6 Definición de Psicooncología y funciones del Psicooncólogo.....	24
2.7 Factores psicológicos del cáncer.....	27
2.8 Modelos de trabajo en Psicooncología.....	29

Capítulo 3. Terapia Cognitivo Conductual y Psicooncología

3.1 Antecedentes y principales características de la Terapia Cognitivo Conductual.....	34
3.2 Aportaciones de la TCC a la Psicooncología.....	39
3.3 Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer.....	41
3.4 Evaluación en Psicooncología.....	46

Capítulo 4. Cuidados Paliativos

4.1 Origen de los Cuidados Paliativos.....	52
4.2 Cuidados Paliativos en México.....	54
4.3 Definición y objetivo de los Cuidados Paliativos.....	57
4.4 Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos.....	59
4.5 Terapia Cognitivo Conductual y Cuidados Paliativos.....	67

Conclusiones.....	74
-------------------	----

Referencias.....	77
------------------	----

INTRODUCCIÓN

La Psicología es un saber que ha seguido un accidentado desarrollo como consecuencia de la naturaleza del problema que constituye su objeto de estudio, lo que por sí mismo ha sido motivo de polémica. Hasta el siglo XIX, a la Psicología se le consideraba parte de la Filosofía, pero en la segunda mitad de este siglo, los diferentes y múltiples conocimientos hasta ese momento acumulados bajo la influencia de las corrientes empiristas racionalistas promovidas por la Revolución Industrial exigieron un cambio hacia la ciencia experimental.

Fue hasta ese momento que la Psicología comenzó a alcanzar respetabilidad como ciencia “independiente” a través de una actividad que se basaba en los trabajos de laboratorio y la aplicación del pensamiento positivista. Un conjunto de trabajos teóricos realizados contribuyeron a la institucionalización académica, nombres como James, Titchner, Binet y Watson fueron fundamentales para la aportación de hipótesis, observaciones y datos experimentales.

La falta de acuerdo sobre la respuesta al objeto de estudio de la psicología produjo una diversidad de posiciones que se tradujeron en el desarrollo de distintas escuelas con lenguajes y modelos propios con lo cual la práctica profesional comenzó a ser aplicada en diferentes campos de la vida social desde inicios del siglo XX. Uno de estos campos fue en el ámbito de la salud y la enfermedad (Morales, 2000).

Los primeros antecedentes de la Psicología como disciplina relacionados directamente con el campo de la salud se encuentran en el siglo XX, específicamente en el año 1900, ya que Watson realizó estudios sobre Neurología. En 1904, Stanley Hall, en un trabajo sobre adolescencia, incluyó un capítulo en el cual trataba la importancia de los aspectos preventivos y de higiene (Dorantes y Viques, 2004).

Al igual que cualquiera de las diversas áreas de aplicación de la Psicología, el surgimiento de la Psicología de la Salud no ocurrió simplemente como un campo nuevo ante diversos desafíos sin solución, ni se debió exclusivamente a la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de nuevos profesionales de la salud. Más fue el resultado de toda una serie de hechos ocurridos a lo largo de la historia de la psicología en general por un lado, y de la historia del sector salud por otro, de la mano del desarrollo de otras disciplinas contribuyentes en el sistema sanitario, tales como la sociología y la antropología médicas, la epidemiología y la medicina preventiva (Hernández y Grau, 2005).

En las últimas décadas se ha observado un interés de aumento gradual por vincular la Psicología con los problemas de salud humana no sólo dentro del campo de los desórdenes mentales, pues han aparecido nuevas interdisciplinas como son la salud conductual o la medicina conductual. Todas éstas tienen como propósito destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental, siendo esto a su vez influido por los cambios en la definición del término *salud*, lo que a su vez influye en la manera de intervenir en los problemas de salud pública (Ribes, 1989, citado en Dorantes y Viques, 2004).

Entre los problemas dentro de la salud pública se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales de acuerdo con la OMS ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad en la población. El impacto que causan estas enfermedades rebasa en ocasiones el entendimiento del paciente y su familia, ya que no solo afecta de manera biológica sino que repercute tanto en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo en ocasiones determinantes en la curación de la enfermedad. (Carstensen, 2004, citado en Franco, 2006). Dentro de las enfermedades crónico -degenerativas más conocidas se encuentran: las enfermedades del corazón, hipertensión arterial,

artereosclerosis, diabetes, obesidad, osteoporosis, enfermedades renales y cáncer; esta última ha sido en las últimas décadas un foco de atención dentro de la salud pública ya que solo en México durante el 2012 la principal causa de mortandad entre hombres y mujeres fue por algún tipo de **cáncer** de órganos (INEGI, 2014).

Recibir el diagnóstico de este tipo de enfermedad fuera del aspecto médico no es tarea fácil, ya que el paciente necesita del apoyo social en el momento del diagnóstico y en algunos casos no es recibido, es por esto que los profesionales de la salud tienen el deber y la responsabilidad de informar al paciente y a sus familiares de un diagnóstico de manera asertiva y adecuada.

Es por esto que en los últimos años se ha producido un interés dentro del personal de salud para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención del paciente con cáncer, entre ellos la atención psicológica. Resultado de este interés ha sido la Psicooncología cuyos objetivos van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. La Psicooncología requiere conocimientos teóricos y de práctica clínica, que integra aspectos tanto psicológicos como médicos referentes a diferentes tipos de cáncer, fases de la enfermedad, distintos tipos de tratamientos, características diversas de los recursos asistenciales, así como variables personales de los pacientes y sus redes de apoyo social(Cruzado, 2003).

Al ser la Psicooncología un área de reciente desarrollo dentro del ámbito de la Psicología se vuelve importante recabar y contrastar lo que diversos autores han escrito respecto a este tema. En esta revisión teórica se abordará la Psicooncología desde el enfoque Cognitivo Conductual. En el capítulo uno se hace un recuento de los antecedentes que dieron origen a la creación de la

Psicología de la Salud. Se abordan también los objetivos y las funciones del Psicólogo dentro de este ámbito.

Posteriormente en el capítulo dos se hablará de la Psicooncología de sus principales postulados y de las funciones que el Psicólogo tiene en esta área, se habla también de cómo es que esta rama de la Psicología de la Salud se ha desarrollado y aplicado en nuestro país.

El capítulo tres aborda la manera en que se han aplicado los postulados de la Terapia Cognitivo Conductual dentro la Psicooncología, y se hace una revisión del modo de evaluación en esta área. Finalmente el capítulo cuatro está dedicado a los Cuidados Paliativos. Aquí se habla de la definición, el origen, las perspectivas futuras y de la intervención que el Psicólogo puede realizar en esta etapa complicada tanto para el paciente como para la familia.

CAPÍTULO 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud

El interés por estudiar la salud y la enfermedad se remonta a tiempos remotos. Desde la antigüedad se ha atribuido la causa de las enfermedades tanto a factores sobrenaturales, como a aquellos que son inherentes al hombre o a su entorno. También, se han desarrollado modelos a lo largo de la historia que han prevalecido y han contribuido a la construcción del concepto de salud que se tiene actualmente.

Tal es el caso del modelo biomédico, el cual tuvo un gran auge hasta hace relativamente pocos años. Dicha perspectiva comenzó en la Edad Media, y se sustenta bajo dos supuestos: El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física. El segundo principio es el del reduccionismo, donde se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas.

El cáncer por ejemplo es visto como un fenómeno de naturaleza física en el cual la proliferación incontrolada de células es el resultado de una mutación genética que daña los órganos y tejidos, mientras que la reacción emocional de la persona hacia la enfermedad, así como otros elementos tales como la adhesión al tratamiento pueden ser de menor o nula importancia.

Como en todos los modelos existentes, las dificultades que se presentaban en el modelo biomédico, conllevaron a que diversos autores sugirieran la necesidad de utilizar un modelo que permitiera comprender mejor el proceso de la enfermedad. Por lo tanto, el nacimiento de la Psicología de la Salud habría que situarlo en un contexto en el cual, a pesar de los grandes avances que se han dado dentro del campo de la medicina, se ha puesto de relieve que la salud no es sólo cuestión de reparar los sistemas biológicos del organismo cuando estos fallan, sino que

también depende de todo aquello que la persona puede hacer para prevenir la enfermedad y promover el bienestar (Amigo, 2012).

Los psicólogos se han interesado en cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo. Algunos psicólogos (Stanley Hall en 1904 o William James en 1922) abordaron cuestiones de salud en sus escritos. No obstante, el interés profesional en esta área creció poco hasta los años setenta, aunque en la década de los setenta se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud Becoña, Vázquez y Oblitas (2006).

Se plantea que para inicios de los setenta, solo se consideraban 52 profesionales como Psicólogos de la Salud en los Estados Unidos. En 1973 la American Psychological Association(APA) instituyó un grupo llamado “Task Force on Health Research”, cuyo objetivo fue recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud. A la par de estos acontecimientos, surgieron nuevas disciplinas que tenían por objetivo formular estrategias para prevenir o modificar conductas nocivas para la salud como la Medicina Comportamental (conductual).

Como resultado de la investigación del grupo “Task Force on Health Research”, se instituyó dentro de la División 18 de la APA una sección llamada “Health Research”.A partir de este momento, la Psicología de la Salud se desarrolló muy rápidamente. Para 1978, se constituyó un área con su propia división (la División 38) dentro de la APA, con el nombre de División de Psicología de la Salud.

Por lo tanto, el surgimiento de esta disciplina no ocurrió simplemente como un campo nuevo ante diversos desafíos sin solución, ni se debió exclusivamente a la necesidad de contribuir con un conjunto de conocimientos teóricos a la formación integral de nuevos profesionales de la salud. Más bien, fue el resultado de toda una serie de hechos ocurridos a lo largo de la historia de la psicología en general (Hernández y Grau, 2005).

Para Amigo (2012) y Becoña et al. (2006); son tres las razones que justifican el surgimiento de la Psicología de la Salud:

1. **Razones teóricas.** La evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretendía integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconocía su etiología multifactorial y, por tanto, la necesidad de una colaboración interdisciplinaria para resolver los problemas de salud.
2. **Razones epidemiológicas.** El cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad acontecidas en los años 70's y 80's en los países desarrollados. En la actualidad, las enfermedades más relevantes por su incidencia y mortalidad asociadas son las de tipo crónico en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas.
3. **Razones prácticas.** El elevado costo que suponen los servicios de salud y su escasa efectividad para resolver las demandas de salud que el mundo tiene planteadas hoy en día. Las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación lo que lleva un creciente interés por temas como: 1) el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables, 2) el análisis de la relación personal de salud-paciente con el objeto de la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la condición crónica de algunas enfermedades, 3) el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación de comportamientos de riesgo.

Aunque estas fueron quizá las principales causas de la aparición de esta disciplina, existieron otras tales como: el aumento de gastos en la salud, la necesidad de colaboración multi e interdisciplinaria para conocer más acerca de las enfermedades crónico degenerativas y finalmente la falta de apoyo a las instituciones de salud en cuanto a la cultura preventiva (Buceta, Bueno y Mas, 2010).

1.2 Definición de Psicología de la Salud

Aunado al establecimiento de la Psicología de la Salud como área formal de aplicación, la definición de Matarazzo aportó una descripción de las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo, él la definió como:

- El conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad.

Sin embargo no ha sido la única definición, muchos autores han escrito distintas definiciones.

- Para Morales-Calatayud (2012) la Psicología de la Salud es: la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes del comportamiento al proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.
- Bloom (1988 citado en Gil, 2009) describe la Psicología de la Salud como “el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

- La OMS, por su parte, ha definido la Psicología Clínica y de la Salud como: la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar" (García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008).
- Sarafino (1990, citado en Abalo y Meléndez,2005) la define como: un campo de la Psicología introducido a finales de la década de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

Estas definiciones tienen como propósito destacar la importancia de los factores psicológicos derivados del comportamiento individual en la prevención, rehabilitación, mantenimiento de conductas y rehabilitación de los problemas de salud, así mismo hacen referencia a los procesos de salud-enfermedad y las implicaciones psicológicas. Con estas definiciones podemos darnos cuenta del interés por vincular la Psicología con los procesos de salud-enfermedad y no sólo dentro del campo de los problemas psicológicos sino como herramienta para fomentar la prevención y el mejoramiento del sistema sanitario.

Como es bien sabido, hasta mediados de los años setenta, el papel del psicólogo se centraba en la evaluación y el tratamiento de problemas que suelen agruparse bajo la denominación de trastornos mentales, pero a partir de ese momento se comenzó a poner más atención a otros campos de actuación relacionados con la salud en un sentido más amplio.

Esta nueva conceptualización de salud se desarrolló en tres ejes importantes:

- El aumento de la salud y el bienestar de las personas
- La prevención, modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos psicosociales que pueden ser controlados.
- En los casos de enfermedades crónicas, la consecución del mejor funcionamiento y el máximo bienestar posibles, tanto de los enfermos que los padecen así como de las personas más allegadas y que se encuentran en continua interacción con ellos (Buceta et al. p.21, 2010).

Con el desarrollo de estos ejes de interés en el ámbito de la salud, los psicólogos cada vez fueron tomados más en cuenta para intervenir en los procesos de salud- enfermedad de las personas. Aunque esto no ha sido de manera aleatoria ya que la capacidad que han mostrado los psicólogos en la utilización de habilidades terapéuticas, psicoeducación y técnicas de modificación de conducta son una herramienta que ayuda de distintas maneras a los pacientes.

1.3 Funciones del Psicólogo de la Salud

Siendo el campo de la Psicología de la Salud algo relativamente nuevo, es importante que se conozcan cuales son las funciones de un Psicólogo en este ámbito. Para Becoña et al. (2006) las tareas del Psicólogo se agrupan en cuatro categorías:

Investigación: La investigación está orientada a cuestiones relacionadas con el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones tanto en la clínica como en otros marcos de aplicación.

Prevención: La psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con el objetivo de prevenir la enfermedad. Este ámbito de prevención puede ser clasificado de la siguiente manera:

- Prevención primaria: incluye la aplicación de estrategias para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes.
- Prevención secundaria: contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema se agrave, por ejemplo: la aplicación de un tratamiento para dejar de fumar.

Tratamiento: La función aquí se encuentra enfocada al uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas por ejemplo: implementar un programa de técnicas para el dolor crónico de cabeza.

Parte de los tratamientos también incluye la implementación de estrategias para reducir la probabilidad de las recaídas en alteraciones ya superadas (por ejemplo: tras la recuperación de una lesión deportiva, el uso de estrategias para controlar el estrés y prevenir una reaparición de la lesión) así como disminuir los efectos negativos que se derivan de trastornos crónicos (ejemplo: con pacientes diabéticos, aplicar un programa para mejorar su funcionamiento cotidiano).

A las funciones anteriores García et al (2008), agregan tres papeles más a desempeñar por los Psicólogos de la Salud:

Consejería, asesoría, consulta y enlace: Es primordial para el psicólogo de la salud mantener contacto tanto con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. El psicólogo de la salud diseña programas para modificar o instalar conductas adecuadas.

Enseñanza: Al igual que la investigación, la transmisión de conocimiento es esencial para los profesionales que conforman las profesiones sanitarias. En concreto las áreas de intervención de un psicólogo de la salud son las de enseñanza directa (másters, monográficos, universidad, etc.), supervisión de prácticas o residencias, o bien la elaboración de material docente (manuales, publicaciones en general).

Dirección, administración y gestión: Esta función está directamente relacionada con la gestión del sistema sanitario, aún siendo más cercana al psicólogo dedicado a recursos humanos, es también un importante ámbito de intervención para el psicólogo de la salud. Sus labores serían las de dirección, coordinación, supervisión, etc., tanto en atención primaria como en situaciones hospitalarias. Sería esencial para esta tarea ser un especialista en: Solución de Problemas, Relaciones Humanas, Interacción Personal, Dinámica de Grupos, etc. Se trataría de poner en práctica el modelo bio-psico-social de atención integral que implicaría la intervención en enfermedades crónicas, discapacidades, enfermedades terminales, trastornos mentales puntuales, etc.

Aunque el reconocimiento formal de la Psicología de la Salud es una cuestión relativamente reciente, es cierto que la conexión entre psicología y salud ha existido desde las primeras etapas del desarrollo de la Psicología como disciplina. Debido al reconocimiento del psicólogo como profesional de la salud se han generado modelos conceptuales y estrategias de intervención para la promoción de la salud, la evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de muchas problemáticas de salud (Godoy, 1999).

Actualmente existe un panorama muy amplio de cuestiones y temas que tratan los psicólogos de la salud. Se encuentran temas que van desde la fertilidad asistida a los estados terminales, los servicios oncológicos o cardiovasculares a los relacionados con las unidades de dolor.

Este panorama tan amplio, permite ver que el trabajo realizado por el psicólogo en la salud es cada vez tomado más en cuenta. Por lo tanto, es fundamental que los psicólogos decididos a desempeñarse en este ámbito tendrán la obligación de conocer los marcos teóricos y los modelos conceptuales bajo los que se fundamenta la Psicología de la Salud. Debe conocer también cada una las funciones que puede desempeñar dentro del ámbito de salud, esto es con la finalidad de poder trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud.

CAPÍTULO 2 PSICOONCOLOGÍA

2.1 Psicología de la salud y cáncer

La psicología de la salud ha pasado por un proceso a través de la historia mediante el cual, las transformaciones de algunos conceptos como los de salud–enfermedad y cuerpo-mente han evolucionado en conjunto con diversas áreas y disciplinas que actualmente la conforman a través de diversas aportaciones, todo ello con la finalidad de brindar una atención a la salud de mayor calidad.

En los últimos tiempos se han llevado a cabo investigaciones que han comprobado cómo los aspectos emocionales influyen, junto con la genética y la predisposición biológica del individuo en la aparición de determinadas patologías; es decir, el campo de la medicina en su conjunto ha incorporado a su práctica los conceptos de que factores tales como el estrés, angustia, depresión, trastornos de la ansiedad, etc. son un elemento coadyuvante más en el devenir de las enfermedades (Andersen, 1992).

Desde la perspectiva psicológica, especialmente de la psicología de la salud, se ha tratado de dar explicación y solución al tema de la salud y sus implicaciones en la calidad de vida de las personas, sobre todo cuando se hace referencia a las enfermedades crónico-degenerativas (Olvera y Soria,2008).

Brannon y Feist (2001) definen a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional, que obliga a una modificación del modo de vida del paciente. Estos trastornos perduran y pueden llegar a ser mortales tras un periodo de tiempo prolongado, en el cual los síntomas no son necesariamente constantes. La persona que padece, alguna enfermedad crónica puede llegar a sentirse relativamente bien en ocasiones, o muy mal en otras, pero nunca totalmente sana.

Cuando un paciente es diagnosticado o padece una enfermedad crónica no solo se ve afectada la salud del paciente, también se verán afectados aspectos

psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación dependerá de la naturaleza de la enfermedad y de su gravedad, pero también de los aspectos biográficos de la persona, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga. Si bien es cierto que una enfermedad crónica es algo con lo que el paciente tendrá que vivir de manera permanente, es importante mencionar que la enfermedad crónica no es lo más difícil de afrontar para el paciente, sino la forma en que percibe los cambios en su entorno.

Cuando se habla de enfermedades crónicas, la influencia de factores emocionales y conductuales que perciben tanto el paciente como su familia no deben dejar de ser tomados en cuenta ya que estos factores son los que permiten dejar de considerar la condición de enfermedad, como algo exclusivamente médico y valorar de esta forma el impacto que la nueva condición representa para el paciente y su entorno.

En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, la intervención es casi imposible sin la participación en conjunto de medicina y psicología. La intervención del psicólogo en este ámbito permite entender y asumir de forma menos agresiva la condición crónica que su enfermedad conlleva, así como las alteraciones que se desencadenan al vivir con una enfermedad que requiere de cuidados especiales de por vida, con la finalidad de evitar un mayor desgaste emocional y psicológico tanto en el paciente como en su familia (Branon y Feist, 2001).

Es bien sabido que actualmente una de las enfermedades crónico-degenerativas que se está convirtiendo en un problema de salud no solo en el país sino alrededor del mundo es el cáncer. Esta enfermedad a pesar de los avances científicos, farmacológicos y tecnológicos continúa siendo una de las principales causas de muerte.

Esta problemática de salud ha provocado el surgimiento de nuevas disciplinas que tengan por objetivo atender enfermedades específicas. Y justamente a partir de la complejidad de todas las variables que intervienen en el proceso las enfermedades crónico-degenerativas es que nace la Psicooncología como disciplina específica la cual tiene como objetivo atender los aspectos psicológicos, sociales y culturales de los pacientes con cáncer(Franco, 2006).

2.2 El cáncer en cifras

Para poder comprender el alcance de cualquier problemática y todo lo que esta conlleva es importante conocer el impacto que causa a la población en números. Por ejemplo, en el caso del cáncer este ha aumentado su incidencia en los últimos años hasta llegar a ocupar los primeros lugares como causa de muerte. La OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula que en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer y se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. Asimismo esta institución menciona que en ese mismo año, los cánceres diagnosticados con más frecuencia alrededor del mundo en hombres fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2011, reportó que de 2007 a 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad a consecuencia del cáncer fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes. Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4). En 2011, entre los principales tumores malignos por los cuales fallece la población mayor de 20 años en México, se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres mueren por cáncer de mama (13.8%), cáncer cervicouterino (10.4%) y de estómago (7%). Mientras tanto los hombres fallecen

por cáncer de próstata (16.9%), de bronquios y pulmón (12.8%) y de estómago (8.6%).

La magnitud de las defunciones por tumores malignos entre la población de 20 años y más es mayor conforme avanza la edad. La tasa de mortalidad observada se incrementa de forma importante a partir de los 50 años y éstas, son más altas para la población de 80 y más años; es decir mientras en 2011, nueve de cada 100 mil adultos de 20 a 29 años fallecen a consecuencia de algún tumor maligno y se incrementa hasta 878 de cada 100 mil adultos de 80 años y más. Por sexo, se observa el mismo patrón, sin embargo las mujeres reportan tasas más altas que los varones en los grupos que van desde los 30 a los 64 años de edad y los hombres en el de 20 a 29 años y de los 65 años y más.

A pesar de las grandes campañas de información sobre la valoración, protección, intervención y de los tratamientos cada vez más efectivos, es innegable que mucha gente sigue falleciendo por este mal. Las causas de mortalidad por cáncer en la población mayor de 20 años ha variado en comparación de las presentadas en población menor de 20 años, esto se debe a que existen factores relacionados con estilos de vida y los cambios de desarrollo del cuerpo que favorecen la aparición de ciertos tumores malignos como el de pulmón o estómago (Globocan, 2011).

2.3 ¿Qué es el cáncer?

El cáncer puede ser definido como la proliferación incontrolable de células que se reproducen a mayor velocidad que lo ocurrido en los tejidos sanos, y que es capaz de continuar con su crecimiento dentro del órgano, en las regiones vecinas o la distancia, al diseminarse por vía sanguínea o linfática (Reynoso y Seligson, 2005). Este tiene la capacidad de invadir los tejidos cercanos y moverse a otras partes del cuerpo, a través del torrente sanguíneo o sistema linfático, donde se forman nuevos tumores que reciben el nombre de metástasis.

El cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo esa denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento diferente de

unos a otros. Existen más de 150 tipos de cáncer, sin embargo a los más comunes se les asigna un nombre por el tipo de células afectadas. Estos se denominan de la siguiente manera:

1. **Carcinomas:** el más común entre los diferentes tipos de cáncer; los más frecuentes son el cáncer de pulmón, de mama y colon. Se originan en tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales, o en los tejidos glandulares (adenocarcinomas)
2. **Sarcomas:** Son cánceres que surgen de las células que encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.
3. **Linfomas:** Son una afección primaria de los ganglios linfáticos o el tejido linfoide. Se originan en el sistema linfático que es el encargado de transportar el líquido linfático la cual contiene a su vez glóbulos blancos, proteínas y otros componentes de la sangre.
4. **Leucemias:** son cánceres de células inmaduras de la sangre. Se originan en gran medida en la médula ósea donde se encuentran todas las células madre hematopoyéticas (Becerra, 2014, p.313).

2.4 Factores de riesgo

Una parte de las investigaciones que se realizan acerca del cáncer se encuentra enfocada a los factores que propician el origen de esta enfermedad en las personas. Se han realizado muchas investigaciones para tratar de conocer los factores causantes. Los estudios epidemiológicos han identificado un gran número de factores de riesgo o sucesos vinculados con la aparición del cáncer (Herrera, Granados y De la Garza, 2013).

Dichas investigaciones han sido orientadas en diversos aspectos: el primero de ellos es el papel de la herencia familiar, la influencia de estados emocionales (Tarditi, 2012), la genética y los estilos de vida (Thomas, Verastegui y Suchil,

2009) y algunos factores socio-ambientales (contaminación ambiental y contacto con sustancias tóxicas) que se relacionan con la aparición de la enfermedad y la sobrevivencia de quienes la enfrentan (Correa y Salazar, 2007).

De acuerdo con la OMS, aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos tales como:

- Índice de masa corporal elevado
- Ingesta reducida de frutas y verduras
- Falta de actividad física
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

Según el Instituto Nacional de Cancerología De México (INCAN) (2013) existen diferentes factores de riesgo asociados a la presencia de tumores malignos en general, tales como:

- Historia familiar de cáncer
- Envejecimiento (el cáncer ocurre más frecuentemente en adultos mayores de 65)
- Fumar (activa o pasivamente)
- Beber alcohol
- Exponerse a los rayos solares sin protección
- Exponerse a radiación ionizante
- Exponerse a ciertos productos químicos
- Portar algunos virus y bacterias (virus del Papiloma humano, hepatitis B y C, VIH, virus De Epstein- Barr y Helicobacter pylori)
- Tener sobrepeso
- Dieta deficiente en vitaminas y antioxidantes (Vitamina A, C y E)
- Falta de ejercicio físico

La investigación respecto a los factores de riesgo se ha orientado también a buscar algún tipo de correlación entre la influencia de estados emocionales y psicológicos con la predisposición de desarrollar esta enfermedad. En el área de Psicología de la salud se han estudiado las llamadas teorías del abecedario, en ellas se habla de la coincidencia del patrón tipo A y su relación con las enfermedades cardiovasculares, el patrón tipo B y conductas saludables o bien con algunos trastornos de personalidad, **el patrón tipo C y su correlación con enfermedades oncológicas** y el tipo D con enfermedades como la hipertensión.

Temoshok en 1987, mencionó que existía un conjunto de factores que parecían propiciar el desarrollo de enfermedades oncológicas, incluyendo rasgos de personalidad de estoicismo, perfeccionismo, agradabilidad, laboriosidad, convencionalismo, sociabilidad y control defensivo más rígido, así como una dificultad para expresar emociones y una tendencia hacia la desesperanza. La misma autora retoma la caracterización del patrón tipo C de personalidad de Greer, definido por presentar distrés emocional y rasgos asociados a la irritabilidad, baja autoestima, falta de asertividad, desesperación y desesperanza y, particularmente, por la supresión de la respuesta emocional, especialmente de la ira (Temoshok, 1987).

El patrón Tipo C de personalidad, se describe como la tendencia a establecer relaciones interpersonales en las que buscan parecer agradables, aceptar la autoridad, evitación para confrontar la problemática buscando siempre armonizar, baja asertividad, extrema cooperación y un nivel alto de paciencia. A nivel emocional presentan depresión, indefensión, apariencia de tranquilidad, supresión de emociones de ira o agresión; cognitivamente se caracterizan por el estoicismo, racionalidad, pesimismo y desesperanza, con tendencia a la depresión. Se sabe que estos patrones de comportamiento están relacionados fisiológicamente con altos niveles de cortisol y con ello a deficiencias inmunológicas (Grossarth-Maticek, Eysenck, Boyle, Heeb, Costa y Diel, 2000) citado en Figueroa, Valadez, Rivera Montes y González (2015).

De esta forma se podría considerar que los factores de riesgo y los aspectos psicosociales forman una sinergia especial para el desarrollo de padecimientos oncológicos. Por tanto, se considera importante que en la evaluación psico-oncológica se determine la personalidad como forma de predecir la vulnerabilidad psicológica y la salud mental de los pacientes y se reconozca si hay predominancia de algún rasgo de personalidad, a través de instrumentos válidos y confiables para incidir en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer con mejores elementos para el tratamiento psicológico (Figueroa, Valadez, Rivera Montes y González, 2015).

Conocer cuál es la verdadera causa del cáncer es complicado ya que cada caso es distinto y hay muchos factores involucrados en esta enfermedad, lo que es cierto es que ser diagnosticado con un enfermedad como lo es el cáncer impacta de manera significativa a cualquier persona, y se vuelve de vital importancia abordar todos los aspectos (biológicos, psicológicos y sociales) que conforma a cada persona. Por estas razones es que la presencia de psicólogos en el mundo de la Oncología se ha ido acrecentando desde la década de los 70', dando pie a la creación de nuevas disciplinas enfocadas en trabajar en el paciente con cáncer tal y como lo es la Psicooncología.

2.5 Historia de la Psicooncología

Alvarado y Ochoa (2011) así como Ascencio y García (2011) mencionan que uno de los primeros referentes de la Psicooncología se dio en el año de 1950 en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan- Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por A. Sutherland. Fue en esta misma clínica que en la década siguiente cuando Jimmie Holland tomó la dirección del Servicio de Psiquiatría del MSKCC. Fue ella quien definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer; gracias a Holland la Psicooncología comenzó a ser considerada como una subespecialidad clínica dentro del ámbito de la Psiquiatría.

Hasta este momento era considerada como un especialidad de la Psiquiatría, pero en la década de los 80, se comenzó a poner atención a los aspectos sociales, lo que llamó la atención más aún de los Psicólogos, ya que en las investigaciones médicas se iban manifestado factores ambientales y comportamentales relacionados directamente e indirectamente con la etiogénesis del cáncer. El alcohol el tabaco, la dieta, las prácticas sexuales, la radiación solar, entre otros hizo que se considerara al cáncer como la enfermedad del siglo XXI.

Para entonces la Psicooncología se comenzó a enfocar en los estilos de vida y conductas de salud que promovieran la adopción de comportamientos saludables que ayudaran a prevenirlo así como la detección precoz. Este énfasis en lo social de la enfermedad, se vio reflejado en el auge que tomó el apoyo social y su relación con la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad, sin dejar de lado aspectos como el estrés, tratamientos, información, y cuidados paliativos (Ávila, 2009 citado en Ascencio y García,2011).

En el año de 1984, se formó la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS). Ese mismo año se puso de manifiesto que los avances en la investigación Psico oncológica debían guardar siempre una estrecha relación con los adelantos en el tratamiento y diagnóstico del cáncer.

En 1998, la American, Federation Of Clinical Oncologic Societies (AFCOS), publicó la declaración de consenso en la que se establecía la necesidad de un equipo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer, es por esta razón que la presencia de Psicólogos en el mundo de la oncología se ha ido incrementando en los últimos años en países como España y Estados Unidos (Ascencio y García, 2011).

En México la Psicooncología también comenzó a tener auge en la década de los 80's en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), fue en este Instituto en donde se le comenzó a dar reconocimiento a los aspectos psicológicos, sociales, culturales, antropológicos y ético-espirituales de los pacientes con cáncer.

Existen dos personas fundamentales en el establecimiento de esta subespecialidad: el primero de ellos es el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, quien como voluntario, estableció los cimientos de la Psicooncología en nuestro país, el segundo de estos personajes fue el director general del INCan en este periodo, el doctor Arturo Beltrán Ortega el cual gracias a su amplia visión, proporcionó el apoyo junto con oncólogos, radioterapeutas, algólogos, psiquiatras y psicólogos para comenzar a trabajar con el objetivo de realizar un trabajo interdisciplinario.

Con el reconocimiento de las reacciones y secuelas de los tratamientos oncológicos, así como sus repercusiones en la familia o pareja, se argumentó la importancia de difundir estos avances, por lo que se impulsó la organización de congresos, talleres, simposios y diplomados tanto nacionales como internacionales, lo que llevó a la creación en 1987 de la Sociedad Mexicana de Psicooncología (SMPO), con la fundación de esta sociedad se brindó un mayor impulso a la publicación de resultados de investigaciones llevadas a cabo en diferentes Instituciones de Salud.

En 1989 dió inicio la primera generación en la especialidad de Psicooncología con duración de tres años con sede en el INCan, En 1993, con la llegada a la dirección del Dr. Jaime de la Garza Salazar en 1993, la Psicooncología se vió fortalecida ya que se firmó un convenio de intercambios con diversas instituciones de salud tales como el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, El Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente", Facultad de Psicología de la UNAM y algunos centros oncológicos del interior del país.

A partir del año de 1997 y hasta la actualidad se ha trabajado en unificar criterios para establecer líneas de manejo integral para los pacientes con cáncer, la familia y del equipo médico así como el fortalecimiento del apoyo para el desarrollo de los programas académicos (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009).

2.6 Definición de Psicooncología y Funciones del Psicooncólogo

Holland (1998) la define como una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende y que por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer.

Cruzado (2014) la define como un campo interdisciplinar de la Psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción del personal sanitario, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

El desarrollo de esta nueva subespecialidad de la Psicología es relativamente nueva, pero esto no implica que no existan funciones y objetivos definidos para esta disciplina. Cruzado (2014), menciona que la Psicooncología se encuentra dividida en cuatro áreas:

Asistencia clínica: Al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo.

Docencia: formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones en crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.

Prevención: Diseño de programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección oportuna y apoyo en intervención en el consejo genético.

Investigación: En aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención.

Dentro de estas cuatro áreas se han desarrollado líneas que sirven como guía para los psicólogos con la finalidad de cumplir los objetivos de esta nueva disciplina y brindar el apoyo integral que el paciente con cáncer requiere.

1. PREVENCIÓN

- Promoción de estilos de vida saludable. Educación para la salud
- Detección oportuna

Los recientes avances en oncología genética permiten detectar cada vez con mayor claridad el riesgo genético y los factores asociados a esta enfermedad, por ello se ha enfatizado la necesidad de desarrollar guías en donde se proporcione información para la detección oportuna y/o prevención en la sociedad (Almanza y Holland, 2000).

2. EVALUACIÓN CLÍNICA

- Exploración inicial: capacidades cognitivas (atención, lenguaje, pensamiento, orientación, memoria). Screening de trastornos psicopatológicos
- Adaptación a la enfermedad y su tratamiento. Satisfacción y 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

3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- Psicoeducación, consejo psicológico y orientación sobre estrategias para superar problemas de información y necesidades de comunicación emocionales
- Control de los estados de ánimo tales como ansiedad, depresión, hostilidad, sentimiento de culpa, aislamiento, identificación de emociones negativas. Estrategias de afrontamiento.
- Tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal
- Solución de problemas y planificación de actividades
- Intervención familiar: psicoeducación, información sobre el estado psicológico del paciente. Estrategias de ayuda y comunicación con el paciente. Afrontamiento de estados de ánimo negativos. Resolución de problemas de la vida diaria.
- Afrontamiento de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.) y de sus efectos colaterales: miedo, fatiga, náuseas y vómitos, dolor, etc. (Cruzado, 2014).

Parte fundamental en el tratamiento psicológico es conocer el curso de la enfermedad y planear un abordaje flexible en términos de tiempo y lugar para llevar a cabo las sesiones. Asimismo deben atenderse aspectos de calidad de vida en los pacientes (Almanza y Holland, 2000).

4. TRABAJO CON EL PERSONAL SANITARIO

- Desarrollar habilidades de comunicación con el enfermo y sus familias. Afrontamiento del estrés. Ayuda del manejo de sus propias emociones ante los pacientes y los familiares.
- Habilidades de comunicación con el equipo
- Prevención del Burnout (Cruzado, 2014).

5. 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 (Cruzado, 2014).

Otras línea de interés en Psicooncología incluye; el rol del estrés postraumático, tanto en pacientes como en familiares (especialmente madres de niños con cáncer), la integración e influencia de la espiritualidad, el creciente uso de la denominada medicina integrativa o complementaria que va de 7% hasta 64%, la interacción mente-cerebro desde la perspectiva psiconeuroinmunológica, el impacto de trabajar con pacientes oncológicos, y la comunicación de malas noticias (Almanza y Holland, 2000).

2.7 Factores psicológicos del cáncer

Becerra (2014) menciona que la experiencia de estar enfermo de cáncer representa un gran reto para los pacientes que son diagnosticados con este padecimiento, ya que se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su calidad de vida. El impacto psicológico que implica ser diagnosticado con cáncer y la manera en que afecta el bienestar y calidad de vida del paciente, depende de un gran número de factores, por ejemplo:

1. Edad y sexo del paciente
2. El sitio dónde se localiza la neoplasia
3. El estadio clínico de la enfermedad
4. Curso y efectos del tratamiento sobre la enfermedad
5. El pronóstico médico

El cáncer es una enfermedad que coloca al paciente ante situaciones complejas las cuales producen la creación de pensamientos y emociones negativas que requieren intervenciones psicológicas eficaces centradas en el aprendizaje y la aplicación de estrategias de afrontamiento útiles para el paciente y su familia.

Durante todo el proceso de enfermedad es esencial que el paciente comprenda el padecimiento, sus tratamientos, los efectos secundarios derivados de la terapéutica y los cambios que debe asumir en su comportamiento ante su nueva posición de enfermo. El paciente debe aprender a generar conductas adaptativas que le permitan recobrar la confianza y la sensación de control.

Aprender a vivir con cáncer y resolver muchas situaciones alrededor de éste conduce a la generación de programas de afrontamiento. Vivir y afrontar el cáncer es algo más que tratar de recuperarse de alguna cirugía o terminar algún esquema terapéutico médico. La realidad de ser un paciente con cáncer genera situaciones estresantes que suelen implicar una amplia variedad de problemas psicológicos, por lo que concebir al cáncer como un evento estrictamente biológico es un error (Cohen, Cullen, Martin, 1982) citado en Reynoso y Seligson (2005).

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida, por lo cual resulta esencial enfocar el problema del cáncer desde una perspectiva integral, lo cual implica reconocer la importancia de la dimensión biológica y la adaptación psicológica, además de aceptar que existe una interacción entre los factores biológicos y psicológicos, lo cual contribuye a entender el problema y buscar formas de afrontarlo y ayudar al paciente con cáncer.

La actitud de un paciente con cáncer después de haber recibido el diagnóstico, estará en función de las condiciones familiares y terapéuticas en las que se encuentre, y a su vez la forma en que se comporte ante éstas provocará cambios en dichas condiciones. De ahí la importancia que existe de conocer

cuáles son los aspectos relevantes que pueden determinar que el paciente adopte actitudes adecuadas para afrontar su enfermedad.

Los principales problemas que presenta el paciente con cáncer se derivan de las creencias (erróneas la mayoría de las veces) sobre la enfermedad y el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones; el paciente con cáncer tiene miedo y desconoce los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamientos que le serán realizados (Reynoso y Seligson, 2005).

El cáncer suele generar diversos cambios, a nivel personal, familiar, escolar, laboral social y espiritual. Ante esta situación, la Psicooncología ofrece soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad (Malca, 2005).

2.8 Modelos de trabajo en Psicooncología

La intervención en los diferentes aspectos sociales éticos, espirituales y psicológicos está siendo explorada de manera sistemática en distintos hospitales del mundo en los últimos años. Hoy en día se consideran dos formas de establecer la relación entre la oncología y la psicología:

- **Modelo de Interconsulta (MIC)**

La metodología del Modelo de Interconsulta (MIC) está basada en la creación de una unidad de Psicooncología autónoma e independiente de los servicios de Psiquiatría y de Oncología. El oncólogo dispone de un instrumento de evaluación (proporcionado por la Unidad de Psicooncología) que cuantifica la sintomatología psicológica y define la necesidad de interconsulta (IC). Si los resultados superan un índice prefijado se realiza la IC. Los candidatos a IC al especialista en Psicooncología son aquellos que presenten al menos un trastorno adaptativo, acompañado de una sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada.

Asimismo los pacientes con algún tipo de trastorno mental según los criterios del DSM-IV. En la petición de IC al psicólogo, el oncólogo debe hacer constar si la demanda es de carácter urgente u ordinario, la edad del paciente, el diagnóstico, estadio y tratamiento oncológico y la razón de la IC.

En la primera visita con el Psicooncólogo, se redacta un informe psicológico de cada paciente que se incluye en la historia médica. Mediante la inclusión de dicho informe se da a conocer la presencia o no de trastornos psicológicos, se indica el origen de dicho trastorno (reactivo u orgánico) y se informa del tipo de intervención psicológica y de la necesidad de instaurar tratamiento psicofarmacológico.

De cara a la intervención psicológica, el MIC dispone de 3 opciones terapéuticas: el counselling, la psicoterapia y la farmacoterapia (prescripción por el oncólogo o médico de familia). El equipo de psicólogos realiza sesiones independientes de discusión de los casos. La interacción con el equipo multidisciplinario es como unidad de apoyo acoplada a la que poder recurrir en situaciones concretas.

- **Modelo fundacional (MFU)**

El modelo fundacional (MFU) está basado en la incorporación del Psicooncólogo dentro de las unidades de Oncología, es un modelo integrado y su objetivo es lograr un equipo interdisciplinar de atención al paciente. El proyecto consiste en la integración o inmersión de la actividad del psicólogo en los equipos de Oncología Médica, de esta forma hay una convivencia espontánea y diaria con los pacientes, allegados y equipo terapéutico.

Las necesidades psicoemocionales de los participantes en la relación clínica se identifican y atienden en la Unidad de Oncología. Del mismo modo que no hay separación de las facetas biológicas y psicológicas, tampoco existe separación en la ubicación de los profesionales. La persona afectada permanece de forma constante bajo la tutela del equipo durante todas las fases del proceso evolutivo del cáncer.

El psicólogo participa e interviene desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad. De esta manera el paciente cuenta con la posibilidad de apoyo psicológico desde que llega, pasando por todos los momentos claves: cuando escucha por primera vez su diagnóstico, al recibir los tratamientos en el hospital, durante los ingresos que pueda tener en su evolución, y finalizando en el momento de alta médica, revisiones, posibles recidivas o en la fase terminal.

El trabajo se realiza de forma preventiva y/o a demanda, está al alcance de todos y en todo momento. El psicólogo se dirige a las personas afectadas por el cáncer: pacientes, familiares y trabajadores sanitario el resultado de esto es un psicólogo integrado. En los equipos de Oncología Médica se fomenta la integración de todos los trabajadores de los distintos ámbitos con el fin de ofrecerle al paciente una intervención unitaria, en la que todos los intervinientes se dirigen al mismo objetivo que incluye al paciente y su familia.

La realización de sesiones semanales con el equipo al completo es indispensable. En ellas se presentan y discuten casos clínicos de interés y se hacen sesiones bibliográficas de distintos temas de actualidad en oncología. En el MFU el paciente es una persona en su totalidad, no se puede diferenciar el componente físico, psicológico, social y espiritual. El equipo médico funciona como un engranaje perfecto en el que el paciente ve atendidas todas sus necesidades por un equipo de profesionales coordinados de distintos campos que le sirve de referencia y que es de su total confianza (Sanz y Modolell, 2005).

En México son pocos los hospitales que cuentan con un área de Psicooncología, uno de ellos es el Hospital Juárez de México en donde se trabaja con el Modelo Fundacional (MFU), cuyo modelo se orienta a la integración de la actividad del psicólogo en un servicio de oncología y que fortalece una convivencia diaria y espontánea tanto con los pacientes y su familia como con el equipo de salud que conforman este servicio.

De esta manera, en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, el paciente con cáncer cuenta con la posibilidad de apoyo psicológico desde que llega, pasando por todos los momentos de la enfermedad oncológica. El trabajo psicológico se realiza de forma preventiva y/o a demanda, al alcance de todos y en todo momento, razón por lo cual dicho modelo (MFU) es más adecuado para llevar a cabo dichas funciones.

Es importante mencionar que este modelo contempla que la atención psicológica va orientada no solo a los pacientes sino también a familiares y personal sanitario. El resultado en este modelo es un psicólogo integrado. En los equipos de oncología y Psicooncología se fomenta la integración de todos los trabajadores de los distintos ámbitos con el fin de ofrecerle al paciente una intervención unitaria, en la que todos los intervinientes se dirigen al mismo objetivo que incluye al paciente y su familia.

La realización de sesiones semanales con el equipo al completo es indispensable, en ellas se presentan y discuten casos clínicos de interés y se hacen sesiones bibliográficas de distintos temas de actualidad en oncología. En el MFU. El paciente es una persona en su totalidad por la cual, el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México cuenta con su propia unidad de Psicooncología desde 2006 y forma parte de ese equipo multi e interdisciplinar que se requiere para la atención integral del paciente oncológico.

La formación en Psicooncología se lleva a cabo desde 2007 y continua funcionando hasta el momento en el Servicio de Oncología en el Hospital Juárez de México a través de los residentes de la Maestría en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) tiene como objetivo principal dotar al psicólogo en formación Psicooncológica de los conocimientos teórico-prácticos y de las habilidades clínicas necesarias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de las reacciones emocionales y de los trastornos psicopatológicos presentes en el paciente con

cáncer y sus familiares, así como la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios para el desarrollo de programas de investigación dentro del campo de la Psicooncología y los cuidados paliativos.

La Psicooncología es un campo abierto a diversas disciplinas con un rol definido para cada una. La creciente necesidad de personal entrenado en este campo ha originado diversas iniciativas, una de ellas propone el uso de un módulo interactivo breve que en un lapso de tres horas proporciona a los estudiantes de medicina: sensibilización psicosocial, información básica de Psicooncología, revisión de aspectos éticos, de comunicación, mecanismos de coping (enfrentamiento), así como la interacción con profesionales de la oncología que ofrecen una dimensión vivencial, logrando con ello la difusión efectiva de todo el espectro profesional que ofrece la Psicooncología.

Dicho módulo es aplicable a residentes de medicina, psiquiatría, especialistas médicos y oncólogos. El fortalecimiento de los programas de enseñanza y entrenamiento, así como de la capacidad de interactuar con otras disciplinas médicas en un contexto no sólo multidisciplinario, sino trans-disciplinario son fundamentales (Almanza y Holland, 2000).

CAPÍTULO 3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y PSICOONCOLOGÍA

3.1 Antecedentes y principales características de la Terapia Cognitivo Conductual

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el paciente y su entorno familiar es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos y afectivos que son en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) y el equipo sanitario (personal médico).

El cáncer aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna, y por ello su diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico. A la hora de evaluar las posibilidades de remisión del cáncer se tiende a pensar que éstas dependen exclusivamente del tipo de cáncer diagnosticado, pero en la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones. No hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo y de esto es importante que el paciente lo sepa.

Bajo esta perspectiva, la salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psicológico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes juegan en la curación del cáncer. Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos psicológicos y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico Prieto (2004).

Dada la complejidad de la enfermedad oncológica se hace imprescindible su abordaje desde el enfoque biopsicosocial. Hay que tener en cuenta la multiplicidad de situaciones clínicas, en términos médico-psicológicos, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas disponibles. La Psicooncología ha sido abordada desde muchos modelos, pero actualmente el modelo más utilizado es el de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Este modelo hizo su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias importantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo del Psicoanálisis. La TCC parte de la idea de que toda conducta es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esa forma, en lugar de indagar acerca de los posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas cognitivos comenzaron a centrarse en la conducta observable y en el ambiente en el que se producía. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual y concibieron la terapia cognitiva como una empresa fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

Las aportaciones de la investigación sobre el aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas los cimientos básicos que permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo hasta hoy, elementos esenciales (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

La TCC surgió desde dos sectores, por un lado autores que provenían del Psicoanálisis y por otro, representantes del sector conductista. Aaron Beck y Albert Ellis son considerados los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, ellos originalmente tenían una formación en Psicoanálisis, y se alejaron de esa escuela por considerar que esta no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico.

Ambos desarrollaron modelos distintos de terapia cognitiva, por un lado Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TREC), y por otro Beck desarrolló la Terapia Cognitiva. Asimismo Ambos autores basaron sus modelos con algunas ideas en común:

- Creían que los pacientes ponían en marcha procesos erróneos, distorsionados, de pensamiento, que los llevaba a un conocimiento no validado (en forma de pensamientos automáticos disfuncionales).
- El terapeuta y el paciente debían trabajar activamente para encontrar dichas representaciones equivocadas de la realidad de manera que con las técnicas terapéuticas el paciente lograra generar pensamientos funcionales validados y más ajustados a la realidad (Caro,2007).

La otra línea de desarrollo que conformó los orígenes de la Terapia Cognitivo-Conductual corresponde a los autores que provenían del Conductismo y viendo las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Albert Bandura, Meichenbaum y Lazarus. Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática (Golfried, 1996).

Cada modelo psicoterapéutico que surge representa y refleja lo que en la época está sucediendo. Nuestros sistemas de creencias están constituidos socialmente y en este sentido no se puede escapar del influjo del particular momento histórico que nos ha tocado vivir. Bajo esta misma hipótesis se puede analizar el devenir y la evolución de un modelo psicoterapéutico concreto y conectar estos cambios con cambios en los sistemas de creencias sobre el ser humano, la salud, la enfermedad y la forma de abordar su tratamiento (Caro, 2007). Como en todos los

modelos terapéuticos que han surgido, muchos autores encuentran difícil definir el concepto del modelo cognitivo conductual pero para Díaz et al. (2012) las principales características de la TCC de acuerdo son las siguientes:

- La TCC es un modelo de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo porque se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.
- Al tratarse de un ámbito de mejora en la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.
- El objeto de tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.
- La TCC posee un carácter autoevaluador a lo largo del todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son heredadas de la adopción del conductismo como principal eje en la TCC.
- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales. Sin embargo la referencia a los modelos clásicos de aprendizaje puede resultar restrictiva o insuficiente, aceptando modelos causales multivariados desde los que se

pueden establecer intrincadas relaciones funcionales que superan el modelo tradicional E-O-R.

- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos.
- La TCC pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican el porqué se está dando la situación actual.
- Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo del todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados.
- Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención, dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. No obstante son numerosas las intervenciones que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación. Este proceder es fruto del conocimiento que ha ido adquiriendo acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento, y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos.
- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que conforma todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.

- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio natural.

Dadas las características de la TCC en las últimas décadas se ha hecho uso de este modelo para el tratamiento de problemas tales como los trastornos de conductas alimentarias, los trastornos de la personalidad, los problemas de pareja, e incluso los trastornos psiquiátricos mayores como los trastornos bipolares y la esquizofrenia.

Las intervenciones cognitivo conductuales han sido de mucha utilidad en el desarrollo de modelos específicos para diferentes problemas de salud dando lugar a muchas líneas de investigación con aplicaciones clínicas relevantes como lo es con la Psicooncología (Vidal, 2013).

3.2 Aportaciones de la TCC a la Psicooncología

La realización de estudios tanto de los supuestos del modelo cognitivo conductual como de los resultados de las intervenciones diseñadas en Psicooncología son relativamente recientes. El primer estudio diseñado para evaluar los resultados de una TCC en pacientes con cáncer fue publicado hace más de 25 años. Weisman, Worden y Sobel (1984) publicaron un estudio en el cual evaluaron esta modalidad de tratamiento en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de diversos tipos (mama, colon, pulmón y melanoma). De los 125 pacientes, 59 fueron incluidos.

El grupo experimental recibió 4 sesiones de entrenamiento en habilidades cognitivas (incluidas técnicas de relajación, tareas para el hogar y resolución de problemas) y el otro grupo 4 sesiones de “counselling” (resolución de problemas, expresión emocional, incremento del control personal). Los resultados de ambos fueron superiores con respecto al grupo control. Las dos limitantes de este estudio fueron: 1) que el grupo control fue tomado de un estudio anterior y no designado en forma aleatorizada; y 2) que menos del 50% de la población ingresó en él.

Después de este estudio se realizaron muchos más, pero poniendo mayor atención a la aleatorización al momento de realizarlos. El primero de estos estudios en realizarse de esta manera, fue llevado a cabo en el Royal Marsden Hospital por Moorey y Greer(1994), el cual tuvo como objetivo evaluar el impacto de la intervención psicológica en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Para ello se reclutaron 174 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y 74 años. Para la evaluación utilizaron tres escalas: Hospital Anxiety Depression (HAD), Mental Adjustment to Cancer (MAC) y la escala Rotterdam Symptom Checklist(RSCh). Los pacientes fueron evaluados al inicio, a las 8 semanas y a los 4 meses. De los 156 pacientes que completaron el estudio, se pudo realizar el seguimiento de 137.

El grupo experimental recibió 6 sesiones de tratamiento psicológico, mientras que el grupo control recibió el tratamiento convencional que se les brindaba en el hospital el cual no incluía apoyo psicológico. A las 8 semanas, el grupo que recibió tratamiento psicológico mostró en comparación con el grupo control puntuaciones más bajas en la escala MAC y en las escala HAD (ansiedad y depresión fueron las puntuaciones significativamente menores). A los 4 meses, esta diferencia se mantuvo, al igual que el seguimiento realizado un año después.

Para Rosenfeld (2005), los beneficios de utilizar este modelo para el tratamiento de pacientes con cáncer son los siguientes:

- 1) Reduce el agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
- 2) Puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.
- 3) Fácilmente adaptable para tratar con problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.

- 4) Enfatiza el sentido del control personal y de la autoeficacia (p.101)
- 5) Mejora la adherencia, aumenta la efectividad y disminuye los efectos colaterales de los tratamientos médicos.
- 6) disminuye el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas
- 7) Ayuda a una mejor regulación anímica
- 8) Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante

3.3 Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer

Las intervenciones psicológicas que se realizan durante la evolución de la enfermedad son múltiples y su objetivo fundamental es que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso. Para Cruzado (2014) Alonso y Bastos (2011), las intervenciones deben ir enfocadas en estos aspectos:

- Proporcionar apoyo al momento del diagnóstico de la enfermedad y a las distintas reacciones que el paciente pueda presentar
- Apoyo en el proceso de adaptación en las distintas fases de la enfermedad.
- Preparación para la intervención quirúrgica: algunos resultados muestran una mejor recuperación posquirúrgica en pacientes que han recibido previamente intervenciones psicológicas para reducir su ansiedad y sus temores.
- Adaptación a los cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos.
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Promover un sentido de control personal y una participación activa en todo el proceso.
- Proporcionar al paciente información respecto a los tratamientos o ayudarlo a buscarla.

- Facilitar una adecuada comunicación con la familia y el equipo asistencial.
- Facilitar el proceso de adaptación a la vida diaria.
- Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar el sufrimiento. Poder pensar y hablar acerca de la vida y de la muerte.

Por otra parte Massie, Holland y Straker (2005) resumen en tres grupos la orientación de las intervenciones psicológicas:

- Alivio del dolor
- Control de reacciones secundarias de la quimioterapia
- Mejora del bienestar emocional.

Buceta et al. (2010) y Cruzado (2014) ha definido las siguientes líneas de intervención:

- **Intervenciones preventivas:** En este caso el objetivo es la adquisición de conductas adecuadas de salud y eliminación de los hábitos de riesgo. Es necesario llevar a cabo programas de educación para la salud a través de los cuales las personas, desde la infancia y adolescencia, adquieran información sobre los factores de riesgo, aprendan hábitos saludables y eviten comportamientos perjudiciales. La detección precoz del cáncer puede determinar la supervivencia en algunos tipos de cáncer.
Lo comportamientos saludables no sólo dependen de la información que se proporcione, sino de la presencia de condiciones ambientales que los promuevan y los incentiven; la presencia constante de recordatorios, horarios, accesibilidad y recompensas en los medios de trabajo, así como la eliminación de barreras, son elementos necesarios para la implementación y práctica de estos comportamientos.

- **Detección temprana:** Los pacientes pueden llegar a ser poco optimistas, temen por lo que les pueda llegar a pasar y pueden llegar a postergar la realización de pruebas médicas, sus respuestas emocionales pueden ser de miedo o negación.
- **Diagnóstico:** La reacción puede ser de negación, incredulidad, aceptación pasiva o shock emocional. Adaptarse requiere tiempo. Las estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico más frecuente son: negación, fatalismo, indefensión y preocupación ansiosa.

La intervención del psicólogo en esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que pueda estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos (Malca, 2005).

- **Tratamientos:** Los tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia se asocian a un alto malestar psicológico debido al miedo y a la percepción de los síntomas como dolor y náuseas. Los tratamientos también pueden llegar a alterar la imagen corporal y modificar las actividades diarias de los pacientes, lo que puede causar síntomas de ansiedad, irritabilidad, tristeza y falta de autoestima.

Por lo tanto, la intervención del psicólogo en esta fase radica en potenciar estrategias de afrontamiento, que permita la adaptación del paciente y su familia. Un ejemplo puede ser manejar la ansiedad previa a la cirugía, abordando los miedos y temores que la intervención quirúrgica pueda estar generando al paciente.

- **Finalización del tratamiento:** Dentro de esta fase pueden seguirse cuatro trayectorias 1) deterioro persistente, que se caracteriza por presentar un nivel previo de trastornos emocionales y déficit de apoyo social; 2) deterioro progresivo, que parte de un cierto nivel de vulnerabilidad psicológica pero al que se añaden nuevos acontecimientos estresantes; 3) recuperación del funcionamiento social y personal y 4) crecimiento personal. El crecimiento

personal es un cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un evento traumático, como lo es el cáncer los pacientes pueden mejorar las relaciones interpersonales y existen mejoras en la propia percepción de los recursos psicológicos, habilidades y características personales.

- **Recidiva:** Esta etapa produce un impacto emocional mucho mayor que el diagnóstico inicial para el paciente, su familia e incluso el equipo médico. La intervención del psicólogo en este periodo consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación del nuevo estado en el que se encuentra el paciente.
- **Cuidados Paliativos:** Esta etapa presenta distintas cuestiones tales como: 1) Falta de información, incertidumbre o la conspiración del silencio; 2) Indefensión y falta de participación en las decisiones; 3) Miedo a la muerte; 4) Pérdida de la autonomía y síntomas de depresión y ansiedad. En esta etapa el psicólogo basa su intervención en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares. Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento, como la toma de decisiones o el control. De igual forma, es importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan presentarse.

Otro punto importante que giran en torno al cáncer y que también forma parte importante dentro de las intervenciones son los trastornos psicológicos que los pacientes pueden presentar. Estos pueden ser definidos como la experiencia emocional aversiva que impacta en el funcionamiento cognitivo, conductual, social afectivo y espiritual de los pacientes con cáncer.

La prevalencia estimada en Oncología de trastornos de ansiedad va del 15 al 23%. La prevalencia de la depresión va desde el 23 al 35%. El malestar interfiere con la capacidad de afrontar el cáncer, sus síntomas físicos y el tratamiento médico.

Hernández, Cruzado y Arana (2007), realizaron un estudio para conocer la incidencia los principales problemas psicológicos que presentaban los pacientes con cáncer. El estudio se realizó a 115 pacientes con diversos tipos de cáncer los cuales pertenecían a la Unidad de Oncología del Hospital de Basurto en Bilbao, para conocer las variables de interés y detectar los probables problemas psicológicos, se revisaron las historias clínicas de los 115 pacientes y se les aplicó una entrevista clínica a profundidad. Los resultados mostraron que el 55.7% de los pacientes presentaba algún tipo de trastorno adaptativo, el 7.8% presentaba ansiedad y 5.2% de los pacientes presentaba ansiedad.

Asimismo, Hernández y Cruzado (2013) mencionan que los trastornos psicológicos más encontrados son los siguientes:

Ansiedad: Las causas de ansiedad en los pacientes con cáncer pueden ser por diferentes razones, por ejemplo: el impacto del diagnóstico junto con la discusión de su pronóstico, la crisis que desencadena la enfermedad y su tratamiento, conflictos con la familia o con el equipo sanitario, anticipación de un procedimiento atemorizante, la espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio o miedo a la recidiva.

Depresión: En ocasiones la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general. Son numerosos los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada con factores de índole personal como con factores del tratamiento y de la enfermedad, por lo que es de suma importancia detectar y tratar psicoterapéuticamente los cuadros depresivos en estos pacientes debido a que no solo modifican su calidad de vida, sino que

también puede cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico.

Trastorno adaptativo: De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 el Trastorno adaptativo es otro de las afecciones que frecuentemente se manifiesta en los pacientes con cáncer, puesto que se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Éste 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 estrés se resolverán sin medicación; sin embargo, es fundamental no descartar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico.

3.4 Evaluación en Psicooncología

Las intervenciones dentro de la Psicooncología son tan diversas que la planeación de estas dependerá de la situación, el paciente y del marco teórico con el que se decida trabajar. A lo largo del capítulo se ha hablado de las intervenciones cognitivo-conductuales y de la eficacia que estas han mostrado en pacientes con cáncer, y dentro de este marco teórico un paso fundamental para planear una intervención efectiva es la evaluación.

De acuerdo con Vidal (2013), la evaluación psicológica es el área que explora y analiza el comportamiento de una persona o de un grupo y tiene varios propósitos tales como: descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración, a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de herramientas como pueden ser los registros, escalas, inventarios, pruebas, entre otros.

La evaluación, constituye el primer paso de todo un proceso que involucra la toma de decisiones, seleccionar y plantear objetivos de terapia, seleccionar las técnicas y estrategias para la intervención, evaluar continuamente para constatar que los objetivos planteados se van alcanzando, así como para detectar posibles problemas en su consecución y evaluar para comprobar si las metas finales se han alcanzado.

En el caso de la evaluación del paciente con cáncer esta deberá comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que están asociadas a esta enfermedad y su tratamiento. La evaluación es específica de la fase o momento de intervención médica en que se encuentra el paciente, del tipo de cáncer, estadio y contexto, de forma que ha de orientarse al análisis de las variables que son relevantes en cada fase, ya que es muy diferente el caso de un paciente que está en proceso de diagnóstico, esperando hacerse algún estudio, de aquel que paciente que se encuentra en fase terminal (Buceta et al, p.353).

Una de las herramientas fundamentales para la evaluación es la **entrevista**, ya que el contacto directo y la flexibilidad permiten recabar información respecto al paciente y sus necesidades. Idealmente la entrevista debe desarrollarse en un ambiente cordial y tranquilo; sin embargo, en buen número de ocasiones dentro del contexto hospitalario la interacción paciente-especialista se realiza no necesariamente en el mejor contexto.

En la entrevista inicial es frecuente encontrar que los pacientes manifiestan desconocimiento de las características de la enfermedad que padecen y pueden generar falsas expectativas (positivas o negativas) con relación a esta, además de que pueden presentar la sensación de falta de apoyo social, por lo que el especialista debe ofrecerle información respecto a la enfermedad, deben registrarse las respuestas del paciente, además de las observaciones respecto de su aspecto físico general, su orientación en tiempo, espacio y persona, el

repertorio verbal del paciente, la coherencia de las respuestas ante la entrevista, la latencia de las respuestas, etc.

El terapeuta debe escuchar al paciente y puede ayudar a la obtención de información a través de la formulación de preguntas o el poner ejemplos. Nunca deberá sugerir respuestas o callar al paciente. La recolección de información deberá recaer en la precisión de la sintomatología actual, determinando los factores que influyen para provocarla y mantenerla, es decir, deben identificarse contingencias y efectuarse un análisis funcional de la conducta (Tron, Ávila y Reynoso, 2014).

En la entrevista es importante poner atención en estos puntos:

- Identificar creencias irracionales o anticipadas relacionadas con el origen y tipo de enfermedad
- Identificar situaciones percibidas como generadoras de estrés, ansiedad o depresión (como por ejemplo los síntomas provocados por la enfermedad)
- Identificar estilos o estrategias de afrontamiento ante problemáticas de salud previas e identificar el locus de control del paciente
- Corroborar la información recabada (entrevistar a familiares, revisión de expediente clínico) (Becerra, 2014).

Cruzado (2014) menciona que también, se deben tener en cuenta las siguientes variables:

- **Sociodemográficas**

Conviene obtener datos como la edad del paciente, nivel de escolaridad, estado laboral, estructura y relaciones interpersonales (familiares y de pareja)

- **Médicas:**

Diagnóstico y condición médica actual: tipo de cáncer, estadio, tiempo y estancia hospitalaria.

Tratamientos actuales y pasados

Otras condiciones médicas.

- **Estado mental**

Aspecto físico y comportamiento

Nivel de lucidez

Orientación personal, espacial y temporal

Atención y concentración

Memoria a corto, medio y largo plazo

Pensamiento y lenguaje: lógico, coherente; concordancia del comportamiento y el estado de ánimo

Percepción: alucinaciones, percepciones ilusorias y falsos reconocimientos

- **Información médica**

Nivel de información, comprensión y satisfacción que posee el paciente y sus familiares acerca del diagnóstico, pronósticos, tratamientos y sintomatología

Posible conspiración del silencio

Comunicación médico-paciente

Comunicación entre los miembros de la familia

- **Relación con el cuidador principal**

Relación con el cuidador principal y apoyo familiar y social de que dispone el paciente

- **Vulnerabilidad psicológica**

Capacidad para enfrentar el estrés

Consultas psicológicas anteriores debidas al cáncer o por otros motivos

Diagnósticos actuales y pasados de psicopatología

Tratamientos psicológicos y psiquiátricos, pasados y presentes. Abuso de sustancias, ideación e intento de suicidio.

Acontecimientos estresantes recientes: duelos, accidentes, separación o divorcio.

- **Problemas psicológicos asociados al cáncer**

Problemas relativos a la enfermedad: adaptación a la hospitalización, adherencia a los tratamientos, creencias y/o atribuciones sobre la enfermedad, toma de decisiones acerca de los tratamientos.

La entrevista es el principal instrumento evaluador en el caso de los pacientes oncológicos, pero existen otras herramientas de evaluación tales como los instrumentos estandarizados los cuales que se complementan con la finalidad de lograr el mejor entendimientos y un mejor diseño de intervención psicológica en el paciente.

De acuerdo con Buceta et al. (2010), los más utilizados en el ámbito de la Psicooncología son los siguientes:

<p>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS</p>	<p>Symptoms Checklist-R (Derogatis,1983) Brief Symptoms Inventory (Derogatis,1983) Perfil de Estados del Humor (McNair et al., 1971) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo(Spielberger et al.,1970) Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton,1959) Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1961) Escala de Depresión de Zung (Zung,1965) Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (Zigmond y Snaith,1983)</p>
<p>CALIDAD DE VIDA</p>	<p>The world Health Organization WHOQOL-100 (Power et al. 1999) Escala de actuación de Karnofski (Karnofski y Burcheval,1949) Índice de Vida Funcional-Cáncer (Schipper et al. 1984) Sistema de Evaluación de Rehabilitación en Cáncer (Schagg et al. 1999) Índice de calidad de vida (Padilla et al. , 1983)</p>

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD	Escala de Síntomas de Malestar (McCorkle y Young, 1978) Inventario de Síntomas de Rotterdam (Haes et al. 1987) Cuestionario de Síntomas y Preocupaciones en Pacientes con Cáncer Terminal (Comas et al. 1990)
EFFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS	Índice de Náuseas y Vómito Rhodes (Rhodes et al. , 1983) Cuestionario de Quimioterapia de Cáncer de Mama (Levine et al., 1988)
APOYO SOCIAL	Cuestionario de apoyo social Funcional de Duke- UNC (Broadhead et al. 1988) Escala de apoyo social de Michigan (Levy et al. 1990) Escala de Estrés-Apoyo Social (Dpto. Salud Mental de California, 1981)
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman,1984) Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Moorey y Greer, 1989) Escala de control emocional de Courtauld (Watson et al. 1983)
ADAPTACIÓN Y TRASTORNOS PSICOSOCIALES	Ajuste global a la enfermedad (Derogatis, 1975) Inventario de Stanford de ajuste del paciente con cáncer (Telch y Telch, 1986) Escala de ajuste personal a las enfermedades crónicas (Hurny, 1989)
DOLOR	Cuestionario de dolor McGill (Melzack,1975) Cuestionario Breve de dolor de Winconsin (Cleeland y Syrjala,1992)

CAPÍTULO 4 CUIDADOS PALIATIVOS

4.1 Origen de los Cuidados Paliativos

Actualmente, los cuidados paliativos (CP) están recibiendo una creciente atención por parte de los profesionales de la salud, gestores, administradores de instituciones hospitalarias, gobierno y, sobre todo, de la sociedad en general. Las estadísticas muestran un creciente número de personas afectadas por diversas enfermedades de evolución crónica, en especial el cáncer. Este escenario ha permitido que los CP sean considerados e incorporados de manera definitiva en los tratamientos de los pacientes y en las unidades hospitalarias.

El aspecto más importante dentro de los CP es la calidad de vida. Enfocándose en el control del dolor y el alivio de los síntomas; los CP son los cuidados integrales y continuos que se ofrecen a los pacientes y familiares, para que después de un diagnóstico de una enfermedad de evolución crónica, pueda sobrellevar los malestares físicos, psicológicos o espirituales que implica la enfermedad (Cavalcanti y Caponero, 2011).

La filosofía de los CP no es reciente, esta se inicia a finales del siglo XIX siendo su principal exponente Cicely Saunders, quien comenzó a desarrollar en Inglaterra conceptos y técnicas para el control del dolor y el cuidado de las personas moribundas. Saunders fundó el St. Christopher's Hospice en Londres en 1967, dando inicio formal a la práctica de los CP que pronto se extendió por toda América del Norte, y posteriormente por Europa durante la década de los setenta y hacia fines de los ochenta llegó a algunos países de Latinoamérica (Maté, Bayes, Barboteo, Muñoz, Moreno y Batiste, 2008).

Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un adecuado control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual lograba mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el

que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, durante la enfermedad como en el proceso de duelo (Del Río y Palma, 2007).

De acuerdo con Saunders, los CP se iniciaron desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura por tanto merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo. Los CP fueron definidos, teniendo en cuenta no un órgano, edad, tipo de enfermedad o de patología, sino, la evaluación y el diagnóstico de las necesidades específicas de la persona enferma y de su familia. Por tradición, fueron considerados como aplicables exclusivamente en momentos de muerte inminente; sin embargo, estos cuidados se ofrecen hoy en día desde el período inicial del curso de una determinada enfermedad hasta en final de la misma.

En 1987, la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica. Inicialmente, este concepto apareció incorporado a las prácticas médicas, sin embargo, cuando otros profesionales como enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc. se encontraban implicados, se hizo uso del término cuidados paliativos ya que con el uso de este, se enfatizaba el hecho de la atención interdisciplinaria (Pessini y Bertachini, 2006).

Otro personaje importante dentro de los inicios de los CP actuales fue Elizabeth Kübler Ross quien nació en Suiza y fue profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago. Ella comenzó en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales. Propuso modos de aproximación a los problemas psicológicos de los enfermos, resultado de esto surgió su primer libro: "Sobre la muerte y los moribundos" publicado en 1969. En él describía los cinco estadios psicológicos (negación, aislamiento, enojo, negociación y depresión) en los pacientes, durante el proceso que finaliza con la muerte (Maté et al. 2008).

Tanto Sanders como Kübler Ross ampliaron la visión más allá de la dimensión física, englobando las dimensiones: social, emocional y espiritual del sufrimiento y de los pacientes terminales. Es por esta razón que el trabajo de ambas pasó a ser una referencia mundial de los CP.

4.2 Cuidados Paliativos en México

Por otra parte, en México, en el año de 1972 se inauguró la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” En 1976, se instaló la Clínica del Dolor en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por el Dr. Miguel Herrera Barroso. En 1981, se inició la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en 1989 el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, desarrolló el primer programa académico de CP en el INCan.

Este primer programa fue apoyado por la OMS y de igual forma, organizó el primer simposio de CP en el paciente con cáncer, con el objetivo de introducir en la teoría y en la práctica los conceptos de calidad de vida, evitando internamientos frecuentes por el manejo inadecuado de la enfermedad, atendiendo no sólo los aspectos biológicos, sino enfatizando los **aspectos psicológicos**, sociales y espirituales del paciente en etapa terminal.

Para el año de 1990 se le reconoció como política oficial de importancia dentro del ámbito de salud pública. En el 2007, inició la Unidad de CP en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realiza el seguimiento a domicilio y asistencia telefónica. Entre los hospitales e institutos de salud que actualmente mantienen activa las clínicas de CP y de los que se tiene información, son el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, el INCan, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital General Regional de Querétaro (González, Méndez, Romero, Bustamante, Castro y Jiménez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sido los principales organismos internacionales en promover la integración de los CP a los sistemas de salud. Se han incorporado estrategias de asesoramiento y guía para que los gobiernos implementen programas sobre el manejo del dolor centradas principalmente en cuatro acciones:

- 1) Desarrollo de políticas de salud apropiadas
- 2) Disponibilidad de medicamentos
- 3) Educación y capacitación para los profesionales de la salud así como para el público en general
- 4) La gestión integral en todos los niveles de atención para los CP

Las instituciones a cargo de las políticas y prácticas de salud y los programas de CP han ido mejorando para responder a las necesidades de los individuos con un padecimiento terminal. Sin embargo, para muchos gobiernos esta situación parece no constituir una prioridad. En varias regiones del mundo, existen barreras que dificultan el acceso efectivo a los servicios de atención, así como escasa capacitación de recursos humanos y acciones limitadas de suministro y regulación de fármacos para controlar el dolor.

Pero ¿Qué sucede en México respecto a los CP y su implementación? Como ya se mencionó, en México desde 1970 y 1980, se comenzó a trabajar con programas locales e institucionales en materia de CP. En la década de 1990, los CP se reconocían formalmente como tema de salud pública y de política oficial para el alivio del dolor por cáncer. El Plan Nacional de Desarrollo de 1995, documentó los principales antecedentes estratégicos en materia de reforma sanitaria encabezados por la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos, sentando las bases para mejorar la atención de los enfermos de situación terminal. Posteriormente, el Programa Sectorial de Salud de 2007 creó la iniciativa de poner en marcha el Sistema Integral de Calidad

en Salud (SICALIDAD) y a partir de ese año quedó establecido para su funcionamiento. En el año 2008, el SICALIDAD comenzó a realizar acciones para mejorar la calidad de vida de personas que sufrieran dolor crónico mediante la coordinación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR).

Los objetivos del programa PALIAR eran la profesionalización mediante la atención oportuna, el control del dolor, el buen manejo de los síntomas, el apoyo psicológico y la capacitación al paciente y a su familia sobre los cuidados suministrados en el domicilio. Lo anterior impulsó programas hospitalarios integrales, y homogenizó los protocolos de atención a pacientes.

Las iniciativas en materia normativa para la integración de los CP al sistema de salud se han insertado en la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, cuyo objetivo ha sido contribuir a la pronta implementación de los CP en el país. México, ha comenzado a materializar un modelo de atención integral de CP, como ya lo demandaban organismos de la sociedad civil como la Human Rights Watch (HRW), que desde 2014 ya señalaban que en México unas 300 mil personas que requerían CP.

Sin embargo, aún pueden percibirse algunos retos para la aplicación de la legislación mexicana. La ley actualmente no contempla los CP para los enfermos que no están en situación terminal, no incluye a personas cuyo pronóstico de vida sea mayor a seis meses; por ello un principal reto para el Sistema Nacional de Salud será establecer las condiciones para aquellos subgrupos de enfermedades no-oncológicas, demenciales y propias del envejecimiento que pueden cursar con cuadros de dolor crónico cuya esperanza de vida supere los seis meses que establece la ley (Martínez y Álvarez, 2016).

Los países desarrollados han tenido un progreso admirable en lo que se refiere a CP. Se le reconoce a México el interés y desarrollo en esta materia; sin embargo, no ha sido hasta hoy una prioridad en las políticas de desarrollo de la atención a la salud. Se carece de infraestructura para la atención de los enfermos terminales y no existen recursos para la formación del personal de servicio, a pesar de que enfermedades terminales como el cáncer son la segunda causa de mortalidad en el país y que los expertos pronostican que será la principal en un futuro cercano (Barrera y Manero, 2007).

4.3 Definición y objetivo de los CP

A finales de 1980, la unidad de cáncer de la OMS propuso que los CP constituyeran un elemento inherente a toda política sanitaria nacional y no sólo para los programas de cáncer. Así nació la concepción de los CP, como un elemento clave de salud pública, y la necesidad de que su planificación y puesta en marcha tuvieran criterios de programas nacionales. Paralelamente, en los países industrializados se desarrollaban programas y servicios de cuidados paliativos adaptados a distintos sistemas de salud y culturas (Salomón, Gayosso, Pliego, Zambrano, Pérez y Aldrete, 2008, p.224).

La última definición de CP que realiza la OMS data del año 2002 y los define como:

“El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”

Por su parte The National Comprehensive Cancer Network define los CP como: “Los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo y su objetivo es proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia”.

Los CP se definen no sólo a partir de un tipo determinado de enfermedad, sino que, potencialmente, se aplican a pacientes de todas las edades, basados en una evaluación específica de su diagnóstico y necesidades probables. Además tiene como foco central alcanzar la mejor calidad de vida posible para cada paciente y su familia, lo que implica la atención específica en lo referente al control de síntomas y la adopción de un acercamiento integral que tome en cuenta las experiencias de la vida de la persona y su situación actual (Pessini y Bertachini, 2006).

Barreto (1994) citado en Ortega y López (2005) ha definido cuatro objetivos generales de los CP:

- **Adecuado control de síntomas físicos y psicológicos:** ambos son relevantes en la enfermedad. Los profesionales de la salud han de controlar los síntomas que aparezcan ya que suelen ser múltiples e intensos, multifactoriales y muy cambiantes. Uno de los síntomas más importantes a tratar es el dolor. Para ello hay que valorar dicho sufrimiento y atender al grado de sensación de amenaza que le produce a cada enfermo de manera personal.
- **Afrontamiento al tema de la muerte próxima:** la muerte cercana produce un fuerte impacto emocional en el paciente, sus familiares y equipo terapéutico. Para que se pueda aceptar, los médicos y todo el personal de salud han de hacer frente de manera natural, no como un fracaso ya que no hay curas posibles pero sí cuidados imprescindibles para el enfermo.
- **Dar soporte familiar:** se trata de ayudar a la familia en los momentos difíciles en los que se encuentra, un ser querido va a dejar de estar con

ellos y nadie quiere verlo sufrir. Se debe ayudar a la familia a comunicarse con el enfermo, a implicarse en los objetivos terapéuticos y transmitirles que tienen apoyo.

- **Respeto a la dignidad del paciente y su autonomía personal:** en CP se trabaja mientras la vida dure, pero no manteniendo las constantes vitales innecesariamente, sino manteniendo una vida digna donde el máximo confort de la misma sea una meta alcanzable. La terapéutica debe ser activa implementando gran número de medidas eficaces para facilitar lo que se ha denominado “muerte digna” la cual consiste en comunicarse y unir lazos con seres queridos, además de controlar el dolor y el malestar.

La OMS ha promovido esta atención en programas nacionales para cumplir objetivos del Programa Global de Cáncer; con esta finalidad ha definido estrategias generales, favoreciendo la capacitación de equipos interdisciplinarios que pueden enfrentar tareas que requieren de este tipo de atención así como de una óptima comunicación, un soporte efectivo y un despliegue de recursos de protección para evitar el desgaste emocional de los profesionales que la brindan.

Apostar por los CP no es desear la muerte del enfermo. Los CP no aceleran la muerte ni la prolongación de la vida. Asisten y acompañan hasta que la muerte ocurre, como un proceso natural, por el propio devenir de la enfermedad en un marco de alivio y contención. Los CP son la mejor manera de atender a un enfermo durante el final de la vida, pero esto no quiere decir que permita evitar totalmente el sufrimiento que origina la muerte propia de un ser querido (Aresca, 2004, p.18).

.4.4 Intervención Psicológica en CP

Una de las líneas estratégicas en el Plan de CP es la atención integral tanto a pacientes como a familiares en procesos de final de vida, ya que dada la complejidad de esta enfermedad una de las maneras más eficaces de dar respuesta a las diferentes necesidades del paciente, es necesaria una estrategia

interdisciplinar, donde cada profesional de la salud pueda asesorar y realizar las funciones que le corresponden de la manera más óptima (Fernández, Ortega, Pérez, García y Cruz, 2014).

Los psicólogos, en este sentido, pueden aportar tanto herramientas propias que han desarrollado durante su formación, así como intervenciones específicas basadas en evidencia. Dichas intervenciones siempre se han de encontrar enfocadas de acuerdo a las necesidades de cada etapa y también a lo que cada paciente requiera.

Ascencio, Rangel y Allende (2013) mencionan que en el caso de los CP la atención psicológica es una de las prioridades para incrementar el bienestar del paciente, incluyendo los temas de autoestima, visión y adaptación de la enfermedad y sus consecuencias, la comunicación, la expresión emocional y psicológica, así como el funcionamiento social, tomando en cuenta los valores, las creencias la esfera espiritual, los factores sociales del paciente, y también los aspectos prácticos como las finanzas y la vivienda.

A pesar de esto, actualmente, el psicólogo se encuentra entre dos discursos diferentes en lo que se refiere a su trabajo en los procesos de fin de vida: por un lado se habla de su importancia y se ve como elemento básico y necesario en cualquier intervención, mientras que por otro lado se señala que sus funciones pueden ser realizadas por otros miembros del equipo. Esta situación aparece relacionada con el escaso número de psicólogos que trabajan en esta área.

Parte de las consecuencias de ambos discursos, es que no se ha encontrado ningún documento que refleje de manera integrada los diferentes roles y funciones del Psicólogo (Fernández et al, 2014).

Sin embargo, distintos autores tales como: Ortega y López (2005); Barreto, Arranz, Barbero y Bayés (1998), mencionan que la intervención del Psicólogo en CP debe

focalizarse en: el paciente, los familiares y el equipo de salud. A continuación se describen los objetivos de cada intervención:

- **Intervención con el paciente**

La función en este aspecto se centra en la evaluación del bienestar, dolor y sufrimiento como consecuencia de la situación en la que se encuentra. La evaluación debe llevarse a cabo de manera continua y flexible ya que se producen cambios rápidos en la evolución de la enfermedad, adaptándose a las características y necesidades del paciente.

Barreto et al. (1998) proponen los siguientes puntos los cuales deben ser considerados al momento de diseñar la intervención con la familia

1. La intervención va dirigida a motivar la canalización de sus emociones de un modo adaptativo, pero sin empujarle; apoyándonos en sus percepciones y recursos, entendiendo que todo comportamiento humano tiene en principio una intención positiva y que los individuos escogen en cada momento las mejores opciones que poseen en relación con sus posibilidades. La idea es centrarse en su demanda en entender lo que los pacientes buscan permitiendo que ellos mismos se guíen; y no solo prestar atención a las habilidades o percepciones de los profesionales sanitarios o del grupo terapéutico.
2. Tratar a la persona como alguien vivo y no como alguien que ya nada tiene que hacer, teniendo en cuenta que para la persona que está afrontando la muerte, la mayoría de sus problemas están sobre todo relacionados con la vida.
3. Cuando sea el momento es necesario explorar si hay demanda implícita o explícita del paciente o de sus familiares al hablar de la muerte. Con frecuencia es un tema que angustia y que al mismo tiempo, se sabe que no

debe eludirse. Es el paciente o el familiar quienes indicarán cuándo lo necesite.

4. Es importante intervenir haciendo énfasis en los momentos de cambio, es decir, en las fases en las que el paciente necesita un proceso de readaptación.

5. Debido a la gran variabilidad de las necesidades emocionales que se producen a lo largo del proceso, es importante mantenerse en escucha activa, con una actitud de disponibilidad desde el inicio del proceso terapéutico para detectarlas lo más tempranamente posible.

- **Intervención con la familia**

La familia junto al paciente ocupa un lugar esencial en la intervención en CP, tanto como proveedora de cuidados como receptora de los mismos. La enfermedad ocasiona gran impacto y diversos cambios en la familia, que repercutirán de un modo u otro sobre el paciente. No obstante, en general se detectan dificultades para incluir a las familias en los objetivos de los CP, debido quizás a la falta de una visión integral que incluya los diferentes aspectos (físicos, espirituales, emocionales y sociales) y la relevancia del papel activo de la familia en el contexto. Además de ello, la estructura física y el funcionamiento interno de la mayoría de los hospitales no favorecen la presencia e intervención de la familia. Para favorecer la relación entre la familia y el enfermo es esencial poder ofrecer pautas alternativas de comunicación con él, estas son algunas de las pautas:

- Promover y permitir la escucha de las preocupaciones, escuchar, evitar afirmaciones como “no pasa nada” “no digas eso”. Este tipo de frases no producen consuelo sino más bien sensación de incompreensión.

- Transmitir al enfermo y al resto de la familia que no van a estar solos, lo que disminuye la intensidad de los temores y fomenta la confianza y la serenidad.
- Facilitar que la familia entienda que permitir al enfermo participar en temas familiares evitará sensaciones de aislamiento e inutilidad, que es muy positivo hacer sentir al enfermo que es importante para los que le quieren, que sus ideas, consejos y opiniones siguen siendo muy valiosos.
- Tratar de mantener costumbres cotidianas. El cambio en sí ya es uno de los factores más estresantes aunado a las variables ya existentes tales como el tratamiento, etc.
- Es fundamental el respeto a la individualidad de cada miembro de la familia, ya que sin dicho respeto es más difícil que la familia funcione como un “equipo”. La autonomía y las necesidades de los demás miembros de la familia también deben ser considerados.
- El paciente necesita mantener su autonomía y no asumir un papel pasivo. Es necesario hacer entender la importancia de que, siempre que sea posible, el enfermo debe ser protagonista en la toma de decisiones de su enfermedad.
- En cuanto al tema de la información acerca de la enfermedad, es importante aclarar que no es positivo que la familia y el paciente tengan información distinta en cuanto al diagnóstico y pronóstico. Las variaciones de la información pueden crear barreras entre ellos, y por tanto dificulta la comunicación. Una reacción muy frecuente es pedir al personal sanitario que “no le diga nada” al enfermo (conspiración del silencio). Esto deberá entenderse como una reacción o respuestas al choque inicial. Es bueno hacerles entender a los familiares que esta es una forma de impedir compartir sentimientos y emociones.
- Es importante también, plantear el papel que la familia tendrá en la asistencia sanitaria al enfermo. Permitir que los familiares colaboren con las

tareas de asistencia al enfermo puede ayudar a calmar la angustia de una separación entre la familia y el enfermo.

- **Intervención con el equipo terapéutico**

Cuando los equipos profesionales desempeñan su labor en situaciones que implican dificultades especiales de manejo, bien porque requieren suplementos formativos a los académicos o porque implica un desgaste emocional especial, se encuentran en grave riesgo de padecer lo que la literatura denomina “burnout” o síndrome de estar quemado.

El síndrome de *burnout* introducido por primera vez, al ámbito de la Psicología por Freudenberg en 1974 tal termino fue definido como: “Una pérdida progresiva de energía que afecta a quienes ejercen profesiones de ayuda, ocasionando modificaciones en la conducta”.

De acuerdo con los expertos es una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en conflicto y desilusión. Entre sus consecuencias se describen: cambios conductuales, deterioro de la salud, la aparición de hábitos de vida no saludables, actitudes defensivas e incremento de ausentismo laboral, lo cual repercute en ineficiencia, incremento de costos y deterioro de la calidad asistencial.

En el ámbito de la salud, específicamente en el trabajo con pacientes oncológicos, el personal se ve confrontado a una situación de constante estrés, es cotidiano estar expuesto a sufrimiento prolongado, deterioro físico, dolor no controlado y muerte. Por otra parte, el incremento en la incidencia del cáncer y las demandas de atención oncológica, no van a la par de los recursos materiales y humanos, particularmente en países en desarrollo.

La sobrecarga de trabajo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, la incertidumbre en la práctica médica, la posibilidad de ser demandado por mala práctica y el tener que transmitir malas noticias, pueden llevar a los servidores de la salud a reacciones como aislamiento, irritabilidad, insatisfacción laboral, las cuales se reflejan en ausentismo, accidentes laborales y conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo o con los usuarios (Rojas, Obregón, González, Alvarado, Meneses, Riveros y Sánchez, 2012, p. 73).

Desarrollar los propios recursos de enfrentamiento es fundamental para fomentar la búsqueda del equilibrio en la relación terapéutica. Es por esto que el psicólogo deben ayudar al equipo a desarrollar estrategias de autocontrol, cuidar que el personal sanitario no se identifique con el paciente y sustituirlos por mecanismos de racionalización, aplicar estrategias en la organización que favorezcan el trabajo, la cohesión del equipo y fomentar el desarrollo de comunicación asertiva tanto con pacientes, familiares y el resto del equipo del trabajo (Barreto et al. 1998).

- **Intervención para el control del dolor**

Finalmente, otra de las intervenciones realizadas por los psicólogos en el área de CP es la que se encuentra relacionada con el control del dolor. El dolor es uno de los problemas más comunes y complicados de tratar cuando se habla de cáncer, ya que este se puede presentar en cualquier etapa de la enfermedad y su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, de forma que el dolor de moderado a severo puede afectar entre el 60-85 % de los pacientes en fase terminal (Cruzado y Olivares, 2010).

Existen diferentes sistemas de clasificación del dolor, ajustados según las necesidades de la disciplina que pretenda abordarlo. Los más comunes son la clasificación en función de la localización y en función de su duración. La etiología del dolor asociado al cáncer puede ser clasificada según dos categorías:

- Dolor causado por el tratamiento, esto es, dolor postquirúrgico o post quimioterapia, y en general dolor asociado a procedimientos invasivos.
- Dolor asociado al proceso de la enfermedad, que aparece cuando el tumor invade zonas del cuerpo como la médula espinal u órganos vitales, este tipo de dolor es conocido como dolor crónico (DC)

El DC se refiere a aquel que persiste más allá de la curación de la enfermedad. Es un dolor constante que deteriora la vida de la persona y para el cual no son suficientes las herramientas de la medicina, ya que en este tipo de dolor influyen aparte de los aspectos fisiológicos, aspectos cognitivos y conductuales (Ventura y Salazar, 2007). Por esta razón, la evaluación realizada al paciente en este aspecto debe incluir:

- a) Dimensiones conductuales (niveles de actividad o hábitos que se ven interrumpido)
- b) Dimensiones sensoriales y fisiológicas (Intensidad y características del dolor)
- c) Dimensiones cognitivas (patrones de pensamiento y aspectos atencionales para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales)
- d) El impacto del dolor en el funcionamiento físico y la interacción social.

Una de las consideraciones importantes con lo que respecta a las intervenciones psicológicas en CP es que deben ser realizadas por psicólogos clínicos entrenados en el campo de la salud, cuyo marco teórico permita realizar intervenciones breves, fáciles de aprender y diseñadas de manera particular a cada paciente; tomando en consideración la presencia de múltiples síntomas como el dolor, problemas de concentración fátiga, debilidad y problemas de sueño, entre otros que pueden repercutir en el proceso terapéutico (Ascencio et al. 2013, p. 395).

4.5 Terapia Cognitivo Conductual y Cuidados Paliativos

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, dentro de los modelos que más se ha aplicado en la atención del paciente oncológico en las diferentes etapas y en las unidades de CP se encuentra la TCC, la cual se ha esforzado en diseñar estrategias terapéuticas que se han mostrado eficaces en el entrenamiento, para el automanejo, control del dolor y otros síntomas asociados a la fase terminal ya que las estrategias utilizadas inciden de manera directiva y rápida en la atención de las necesidades del paciente y su familia. De acuerdo con Ventura, Salazar (2007) y Ascencio et al. (2013), las técnicas CC más utilizadas en las intervenciones psicológicas proporcionadas a los pacientes oncológicos y su familia se encuentran:

- **Psicoeducación:** La psicoeducación puede entenderse como una modalidad de aprendizaje para la salud que está dirigido a obtener una mejor calidad de vida, tanto de los individuos como de los grupos sociales; así puede darse tanto en situaciones de salud como de enfermedad. En el campo de la salud, se puede definir como un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y de la mejor forma afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre la enfermedad y cómo este conocimiento se puede aplicar a la mejoría de su vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar.

La Psicoeducación no solo es educación, es decir no sólo enseña, sino, también, apoyo; al mismo tiempo que se imparte información se ofrece apoyo psicológico y social como parte inherente del proceso de educación. Si bien al inicio el proceso psicoeducativo estuvo dirigido específicamente a los familiares, ahora se extiende, también a los pacientes mismos (Gómez, 2008, p.681).

- **Técnicas de relajación:** La relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológicas. La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio psicológico y la sensación de tranquilidad. Sus efectos, por tanto, no pertenecen sólo a una mera dimensión fisiológica sino que también tiene efectos en los procesos emocionales, cognitivos y conductuales. El entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual que permite afrontar de manera eficaz diversas situaciones. Dentro del ámbito de la TCC son dos los procedimientos estructurados que tienen mayor aplicación: el Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson y el Entrenamiento en Relajación Autógena (Ruiz et al. 2012, p. 253).
- **Reestructuración cognitiva:** Esta técnica busca la identificación y modificación de los pensamientos distorsionados y catastróficos y, por tanto, de las emociones y comportamientos asociados. Dar información clara referente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento se convierte en un elemento fundamental durante la fase de intervención, ya que disminuye la ansiedad asociada y genera una mayor adhesión al tratamiento. Aún así, puede resultar necesario llevar a cabo procedimientos estructurados de reestructuración cognitiva, pues es común detectar pensamientos distorsionados relacionados con el origen del malestar físico percibido, lo cual se relaciona directamente con el incremento de la ansiedad y activación fisiológica (Ventura y Salazar, 2007, p.173).
- **Inoculación del estrés (EIE):** Este hace referencia a un conjunto de técnicas CC que fue diseñado inicialmente para el tratamiento de la ansiedad. El EIE ayuda a que las personas puedan conceptualizar el estrés y a crear factores que puedan promover el cambio, ayudándole a crear un

repertorio de estrategias que le faciliten el afrontamiento ante diversos estímulos estresantes.

Este conjunto de técnicas es de utilidad para a afrontar las cuatro categorías de estrés señaladas por Eliot y Eisdorfer (1982) citado en Ruiz et al. (2012).

1. Estresores agudos de tiempo limitado. Hace referencia a aquellos acontecimientos estresantes que se dan en un momento determinado y son de corta duración. Por ejemplo procedimientos médicos.
 2. Secuencia de estrés. Acontecimientos vitales estresantes concretos importantes como pérdidas afectivas, detección alguna enfermedad de tipo crónico, etc. que pueden desencadenar una secuencia de problemas de ajuste que van acompañados de nuevas reacciones de estrés.
 3. Intermittencia crónica. En general viene provocada por la exposición repetida a situaciones estresantes
 4. Estrés crónico continuado. Incluye el afrontamiento de enfermedades médicas o psiquiátricas de larga duración o problemas afectivos, familiares y/o de abuso prolongado, situaciones laborales que implican riesgos llevados permanentes, como es el caso del personal de salud encargado de las unidades de CP.
- **Terapia de solución de problemas (TSP):** La TSP, puede definirse como la secuencia CC a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana o de una situación específica, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferentes naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida.

La TSP está dirigida a incrementar la habilidad de una persona para solucionar problemas, es decir para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos de la TSP son optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, maximizando la calidad de vida Zurilla y Nezu (2010) citado en Ruiz et al. (2012).

Por otro lado, Meichenbaum y Cameron (1987) citado en Ruiz et al. (2012). hablan acerca de las habilidades de afrontamiento paliativo. Las cuales definen como: “Toda aquella estrategia que puede ayudar a disminuir el malestar producido por una situación cuyo grado de aversividad o amenaza es sostenida y de difícil alteración o controlabilidad, por ejemplo, un dolor intenso y prolongado, enfermedades incurables u operaciones graves”.

Además de las estrategias CC señaladas anteriormente, ambos autores señalan otras estrategias que pueden ser utilizadas y llegar a ser de utilidad, estas son:

- 1. Toma de perspectiva.** Es una técnica especialmente útil, para las personas que tienden a incrementar o magnificar subjetivamente el ya elevado grado de aversión que presenta la situación en la que se encuentran.

Una forma de ayudar a la persona a tomar una cierta perspectiva es entrenándole a analizar la dimensión temporal del grado máximo de aversión. Es decir, a comprobar que, por ejemplo, en el caso del dolor no siempre se mantiene en su máxima intensidad, sino que hay oscilaciones. Este tipo de comprobaciones pueden ayudar a la persona a que en los momentos de máximo dolor pueda decirse a sí mismo “se que este dolor tan intenso se va a reducir”.

- 2. Contacto con personas en situación similar.** Como su nombre lo dice, esta estrategia consiste en ponerse en contacto con personas o grupos

que estén pasando por la misma situación. Esto puede ayudarles a sentirse más comprendidos y a valorar si las estrategias de afrontamiento que están utilizando pueden ampliarse con las que otras personas están desarrollando.

- 3. Desviación de la atención.** Puesto que la capacidad de atención en ocasiones es limitada, una forma de reducir el malestar, sobre todo cuando es inevitable, es desarrollando y practicando distintas estrategias de distracción externas por ejemplo: hablar con alguien, ver la televisión, centrarse en objetos que estén a la vista, etc. e internas: pensar en algo agradable, imaginarse un viaje, etc. que permitan restar atención a los estímulos dolorosos o aversivos.
- 4. Apoyo social.** Disponer un apoyo social adecuado es fundamental para poder afrontar las circunstancias adversas. Para conseguirlo puede ser necesario llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales que facilite la comunicación, y ayude a la persona a desarrollar y expresar sus necesidades, así como realizar valoraciones adecuadas sobre la ayuda que le pueden ofrecer las personas que le rodean.
También, si su medio social no le puede cubrir sus necesidades, debe de aprender a buscar dónde y qué tipo de personas pueden proporcionarle lo que no consiga en su medio, evitando con ello el aislamiento.
- 5. Expresión de los afectos.** Podría ser de especial utilidad realizar un entrenamiento en expresión emocional a aquellas personas que controlan en exceso sus sentimientos o aquellas que, por el contrario expresan tanto sus emociones que se convierte en su único tema de conversación y, por tanto, les resulta difícil distraer su atención de su malestar, tomar cierto distanciamiento emocional o poner en marcha estrategias de afrontamiento más adecuadas.

Hablar de CP y cáncer hoy en día, es hablar de la integración de diferentes profesionales trabajando de manera conjunta en equipos interdisciplinarios. Se ha mostrado que conformar equipos con distintos profesionales asegura la atención y el cuidado del paciente de manera efectiva, se ha mencionado también que si se trabaja de esta manera puede llegar a reducirse el tiempo de hospitalización y los costos que implica para el paciente, incluso pueden llegar a evitarse algún tipo de recaída mejorando la calidad de vida de los pacientes (Grassi, Caruso y Nanni, 2013)

Para poder abordar adecuadamente estas situaciones, se precisa la valoración integral de las mismas, en todos sus aspectos (físico, emocional, social, espiritual), atendiendo siempre a las necesidades del propio paciente así como de la familia. Para ello el instrumento básico necesario es el equipo interdisciplinar, conformado por distintos profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), cada uno de los cuales tienen objetivos específicos pero integrados en un plan de acción global. La implicación de todos los miembros que deben conformar los equipos de CP favorece el cumplimiento de objetivos así como el desarrollo óptimo de los tratamientos e intervenciones que se proponen (Ibañez, Ávila, Gómez y Díaz, 2008, p. 440).

Sin embargo, Grassi, Caruso y Nanni (2013) también mencionan que conformar un equipo interdisciplinario no es tarea fácil, ya que estos necesitan tener una estructura funcional y cada uno de los miembros debe trabajar a la par durante el proceso de intervención en el paciente, debe existir comunicación clara y efectiva en todo momento y la dinámica de funcionamiento dentro de estos debe ser muy buena. Cada uno de los miembros debe respetar el rol y los objetivos de cada profesional.

Debido a la variedad de necesidades del paciente en fase terminal, es necesaria la intervención del equipo interdisciplinar. El establecimiento de los objetivos terapéuticos por parte de los miembros de este equipo conjuntamente con el paciente, y las reuniones constantes de revisión y planificación son de gran ayuda en el abordaje de las enfermedades como lo es el cáncer y siempre con la finalidad de mejorar la calidad de vida en el paciente.

Es importante recordar a los profesionales que conforman estos equipos que cada que se diseñe una estrategia de intervención, deben ser tomadas en cuenta las características, los recursos y las capacidades que posee el paciente. Asimismo no deben olvidar que al trabajar en las unidades de CP se enfrentan a cuestiones difíciles de abordar tal y como lo es la muerte, esta debe verse como un hecho natural inevitable. Como profesionales de la salud se debe hacer uso de todas las herramientas con las que se cuenta para promover el bienestar de la persona (dentro de lo posible) facilitando su proceso de adaptación en la etapa final de vida (Bayes, et al.1998).

CONCLUSIONES

El concepto de salud a lo largo de los años ha ido transformándose, se han construido modelos y elaborado definiciones con la finalidad de entender los factores involucrados en el proceso de salud-enfermedad. Por años prevaleció el modelo biomédico el cual dejaba de lado la influencia de los factores psicológicos y sociales. Poco a poco las necesidades y las condiciones de la sociedad obligaron a que los modelos teóricos cambiaran y se comenzó a considerar al proceso salud-enfermedad como algo multifactorial, en donde no solo influían los aspectos biológicos sino también se veían involucrados hábitos, conductas y creencias relacionadas con la enfermedad.

En los últimos años se han llevado a cabo investigaciones que han comprobado cómo los aspectos emocionales influyen tanto positiva como negativamente en el proceso de la enfermedad. Por esta razón es que cada vez es más tomado en cuenta y se vuelve más necesario el papel del psicólogo en el ámbito de salud.

A lo largo de esta revisión teórica se ha hecho énfasis que en los problemas de salud se encuentra un componente psicológico y social. Se ha hablado de los padecimientos psicológicos que pueden ser desencadenados a partir del diagnóstico de una enfermedad (más en específico de las enfermedades crónico degenerativas) y de la manera en que se pueden ver afectadas cada uno de los ámbitos de vida en una persona. A la par se ha mencionado que una de las labores del psicólogo en este ámbito es proporcionar herramientas a los pacientes para que puedan adaptarse a los cambios que genera ser diagnosticado con algún padecimiento.

Una cuestión importante respecto al trabajo desempeñado con los pacientes y que no debe dejar de ser tomado en cuenta, es que cada persona es distinta y si bien una las funciones del psicólogo de la salud es brindar apoyo psicológico y proporcionar herramientas que ayuden al paciente a la adaptación de la enfermedad, habrá quienes no requieran la intervención del psicólogo durante el

proceso de la enfermedad. Esto deberá ser valorado y detectado a partir de la evaluación que se realice. Debe tenerse en cuenta que las necesidades en cada paciente serán distintas y no debe darse por hecho que si un paciente es diagnosticado con algún padecimiento va a requerir atención psicológica.

Como es bien sabido, el aumento de las cifras respecto a las enfermedades crónico-degenerativas es cada vez mayor, y sucede con la Psicooncología lo que en su momento sucedió con la Psicología de la salud, surge a partir de una necesidad. La Psicooncología poco a poco se ha ido conformando como subespecialidad dentro de la Psicología y. la TCC ha sido un gran marco de referencia para su conformación gracias a la práctica basada en evidencia que ha mostrado ser un marco teórico efectivo para abordar los aspectos psicológicos en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, el progreso futuro de la Psicooncología de acuerdo con Garzón (2013) dependerá en mucho del desarrollo homogéneo, no solo en el ámbito práctico sino también en el aspecto teórico y de investigación. Dependerá también del desarrollo de los profesionales en esta área, de la interacción con otras disciplinas, la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y la delimitación de las funciones que hasta hoy en día el psicólogo desempeña en este campo. Cada profesional de la salud decidirá el modelo teórico a trabajar, sin embargo al ser la Psicooncología un área donde convergen distintas profesiones estos programas de intervención deben ser diseñados con sustentos teóricos que generen evidencia de eficacia y funcionalidad. Es por esto que los modelos basados en evidencia (tal como lo es la TCC) son una opción que puede ser tomada en cuenta al momento de diseñar un programa de intervención.

Por otra parte y con base en la revisión teórica realizada se identificó que si bien es cierto que el papel del psicólogo ha ido tomando más relevancia dentro de los contextos hospitalarios, aún queda mucho por hacer ya que frecuentemente el Psicólogo no cuenta con el contexto óptimo para el desarrollo de sus

intervenciones. Es aquí en donde se debe “trabajar con lo que se tiene”, tomar y adaptar las herramientas disponibles del marco teórico con el que se decida trabajar para desarrollar su rol de una manera funcional siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el paciente oncológico.

También se identificó que parte fundamental del desarrollo futuro de la Psicooncología es lo relacionado a las políticas públicas de salud. Actualmente son pocos los hospitales en donde se aborda la enfermedad oncológica de manera integral y en donde participa un equipo interdisciplinario. Con las condiciones y las cifras actuales se vuelve imprescindible que se abran más espacios para brindar atención digna e integral a los pacientes oncológicos.

Tanto la Psicología de la Salud como la Psicooncología son campos recientes pero, en poco tiempo se ha logrado avanzar un gran camino y se ha demostrado que la participación del Psicólogo en ámbitos de salud es imprescindible para lograr programas de intervención efectivos para las personas que padecen una enfermedad crónica (no solo cáncer). Para que la incorporación de los Psicólogos sea cada vez más tomada en cuenta es necesario que las instituciones educativas pongan atención en las herramientas y el conocimiento que comparten a los futuros profesionales. También es importante que se fomente el trabajo interdisciplinario ya que en temas de salud esto se vuelve una pieza fundamental en los procesos de salud-enfermedad.

REFERENCIAS

1. Abalo, G. y Meléndez, G. (2005). ***Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones***. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
2. Almanza, J. y Holland, J. (2000). Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. ***Revista del Instituto Nacional de Cancerología***, 46 (3), 196-206.
3. Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. ***Clínica Contemporánea*** 2(2), 187-207.
4. Alvarado, S. y Ochoa, F. (2011). La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso. ***Gaceta Mexicana de Oncología***, 10, (3), 121-123.
5. Alvarado, S. Genovés, y Zapata, M. (2009) La Psicooncología: Un trabajo Transdisciplinario. ***Revista del Instituto Nacional de Cancerología***. (4), 47-53.
6. Amigo, I. (2012). La Psicología de la Salud. En Amigo, I. ***Manual de Psicología de la Salud*** (pp. 21-25) México: Pirámide.
7. Andersen, B. (1992). *Psychological Interventions for Cancer Patient to Enhance the Quality of Life*. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 60,(4), 552-568.
8. Aresca, L. (2004). Cuidados Paliativos: calidad de vida hasta el final de vida. En Aresca, L., Birgin, D., Buceta, E., Figini, M. Gulias, S., Iconikoff, R., Kors, B. y Rosenfeld, C. (Ed.), ***Psicooncología: Diferentes Miradas*** (pp. 15-23). Buenos Aires: Lugar Editorial
9. Ascencio, L. y García, F. (2011). Programa de formación en Psicooncología basado en el modelo fundacional. ***Gaceta Mexicana de Oncología***, 10, (2), 94-102.

10. Ascencio, L., Rángel, N. y Allende, S. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. *Psicooncología* 10 (23), 393-406
11. Barrera, V. y Manero, R. (2007). Aspectos psicológicos en el servicio de cuidados paliativos. *Enseñanza e Investigación* 12(2), 343-357
12. Barreto, M., Arranz, P., Barbero, J., y Bayés, R (1998). Intervención Psicológica con personas en la fase final de la vida En Caballo, V. (dir.), **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos** (432-449) España: Siglo Veintiuno Editores
13. Becerra, A. (2014). Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos. En: Reynoso L. y Becerra, A. (coord), Medicina Conductual: Teoría y Práctica. México: Qartuppi.
14. Becoña, E., Vazqu ez, F. y Oblitas, L. (2006). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Oblitas, L. **Psicología de la Salud**. (pp.15-32) Madrid: Plaza y Vald es Editores.
15. Brannon, L. y Feist, J. (2001). Afrontar el estr es y el dolor. En Brannon, L. y Feist, J. (Ed.), Psicología de la Salud (pp. 251-257). España: ITES-Paraninfo.
16. Buceta, J. Bueno, A. y Mas, B. (2010). Intervención Psicológica y Salud: características y objetivos. En: Buceta, J. Bueno, a. y Mas, B. **Intervención Psicológica en trastornos de la salud** (pp. 21-29). España: Dykinson
17. Caro, I. (2007) Introducción al modelo cognitivo en psicoterapia. En Caro, I. **Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas** (pp. 21-37). Bilbao: Biblioteca de Psicología
18. Cavalcanti, A. y Caponero, R. (2011). Cuidados Paliativos: Tratamiento continuo e integral. En: Santana, F. **Cuidados Paliativos** (pp.223-245) Brasil: Manual Moderno

19. Correa, D. y Salazar, I. C. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En: Quinta, M., Correa, D. y Salazar, I. C. (Comps.) ***Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*** (3-17), Colombia: Manual Moderno.
20. Cruzado, J y Olivares, M.(2010).Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer En: Buceta, J. Bueno, a. y Mas, B. ***Intervención Psicológica en trastornos de la salud*** (pp. 21-29). España: Dykinson
21. Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. ***Psicooncología*** (1), 9-19.
22. Cruzado, J. ***Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer***. España: Síntesis
23. Del Río, M., y Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia Y Desarrollo. ***Boletín Pontificia Universidad Católica de Chile*** 32(1), 16-22.
24. Dorantes, A. y Viques, V. (2004). ***El Quehacer del Psicólogo de la Salud***. (Tesis de Licenciatura). México: UNAM
25. Fernández, M. Ortega, A. Pérez, M. García, P y Cruz, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. ***Psicooncología*** 11(1), 163-172.
26. Figueroa, M. Valadez, M., Montes, R. y González, F. (2015). Instrumentos para evaluar la personalidad en mujeres hispanohablantes con cáncer de mama. ***Revista de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*** 12(28), 109-123.
27. Franco, C. (2006). Psicooncología: ***Una propuesta novedosa de atención para pacientes con cáncer***. (Tesina de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: México
28. García-López, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. ***CES Psicología***, 1(1), 70-93.

29. Garzón, A. (2013). Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud. **Revista Latinoamericana de Psicología** 45(2), 241-252.
30. Gil, Lacruz, M. (2007) **Un compromiso aplicado a la salud**. España: Prensas Universitarias de Zaragoza
31. Globocan (2012). Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Retrieved:
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
32. Godoy, J. (1999) Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En Simón, M. (Ed.) **Manual de Psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones** (pp. 55-63). Madrid: Biblioteca Nueva
33. Golfried, M. (1996). **De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración**. Bilbao: Biblioteca de Psicología
34. Gómez, C. (2008). **Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos**. Bogotá: Médica Internacional
35. González, C., Méndez, J., Romero, J., Bustamante, J., Castro, R. y Jiménez, M. (2012). Cuidados Paliativos en México. **Revista Médica del Hospital General de México** 75(3), 173-179
36. Grassi, L., Caruso, R. & Nanni, M. (2013) Psycho-oncology and Optimal Standards of Cancer Care. In Wise, T., Biond, M. & Constantini, A. (Ed). **Psycho-oncology** (pp. 316-320) Washington DC: American Psychiatric Publishing
37. Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales. En: Hernández, E. y Grau, J. (Comps). **Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones** (pp. 23-32). Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.

38. Hernández, M. Cruzado, J. Y Arana, Z. (2007). Problemas Psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al Psicooncólogo. *Psicooncología* 4(1), 179-191.
39. Hernández, M. y Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud* 24 1-9
40. Herrera, A. Granados, M. y De la Garza, J. (2013). El Cáncer. En: Herrera, A. y Granados, M. (coord.). *Manual de Oncología: Procedimientos médico- quirúrgicos*. México: McGraw Hill.
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2014)
Recuperado
de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aProposito.asp?s=inegi&ep=185&c=2939>
42. Instituto Nacional de Cancerología. (2013). *Factores de Riesgo asociados al Cáncer*. Recuperado de: <http://www.infocancer.org.mx/>
43. Ibañez, C., Ávila, R., Gómez, M. y Díaz, R. (2008). El equipo interdisciplinar como instrumento básico en Cuidados Paliativos: A propósito de un caso. *Psicooncología* 5(2), 439-457.
44. Malca, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética* 25 (2), 64-67
45. Massie, M. Holland, J. & Straker, N. (1989) Psychotherapeutic Interventions. In Holland, & Rowland, J. (Edit.) *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (455-262) New York: Oxford University Press
46. Maté, J. Bayes, R. González, J. Muñoz, S. Moreno, F. y Gómez, X. (2008). A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz. *Psicooncología* 5(3), 303-321.
47. Martínez, M., Álvarez, J., (2016). Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud. *Revista CONAMED* 21 (4), 205-210

48. Moorey, S. & Greer, S., (1994). Adjuvant Psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. ***Psycho-oncology*** 3 39-46.
49. Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. ***Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*** 4(2) 98-107.
50. Morales, F. (2000). La psicología y los problemas de salud. En Morales, F. ***Introducción a la Psicología de la salud***. (pp.65-67), Argentina: Paidós
51. Olvera, J., y Soria, M. (2008). La importancia de la Psicología de la Salud y el papel del Psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. ***Revista electrónica de Psicología Iztacala*** 11(4). 149-158.
52. Organización Mundial de la Salud. (2015). Cáncer.
Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
53. Organización Panamericana de la Salud (2011). Programa de cáncer.
Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es
54. Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en Cuidado Paliativos: revisión y perspectivas. ***Clínica y Salud*** 16(2). 143-160
55. Pessini, L. y Bertachini, L. (2006) Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos. ***Acta Bioethica*** 12(2), 231-242
56. Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. ***Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo- Conductual***. (2). 107-120.
57. Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). ***Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual***. México: Ed. Manual Moderno.
58. Rojas, E., Obregón, G., González, M. Alvarado, S., Meneses, A., Riveros, A. y Sánchez, J. (2012). Factores asociados con el síndrome de burnout en el equipo médico y paramédico en el Instituto Nacional de Cancerología de México. ***GAMO*** 11(2), 72-82.

59. Rosenfeld, C. (2005). Aportes de la Psicoterapia cognitivo-conductual al tratamiento de pacientes con cáncer. En Aresca, L., Birgin, D., Buceta, E., Figini, M. Gulias, S., Iconikoff, R., Kors, B. y Rosenfeld, C. (Ed.), **Psicooncología: Diferentes Miradas** (pp. 99-104). Buenos Aires: Lugar Editorial
60. Ruiz, M. Díaz, M y Villalobos, A. (2012). **Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales** (pp. 29-36). Bilbao: Biblioteca de Psicología
61. Salomón, M., Gayosso, O., Pliego, C., Zambrano, E., Pérez, P. y Aldrete, J. (2008). Una propuesta para la creación de unidades de Cuidados Paliativos en México. **Medicina Interna de México** 24(3), 224-229
62. Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de Interacción. **Revista de Psicooncología**, 1, (1), 3-12.
63. Tarditi, G. (2012). **Las emociones y el cáncer**. Mitos y realidades. México: Océano
64. Temoshok L. (1987). Personality, Coping Style, Emotion and Cancer: Towards an Integrative Model. **Cancer Survey**, 6 (3), 545-558.
Retrieved: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/dr03a99;jsessionid=4601E3F20801D045BE315CD2A3DD19D0.tobacco03>
65. Thomas, R., Verastegui, E. y Suchil, L. (2009). Cáncer y estilo de vida. **Health Education Publications**. Instituto Nacional de Cancerología.
66. Tron, R., Ávila, M., y Reynoso, L. (2014). Evaluación Psicológica. En Reynoso, L. y Becerra, A. (coord.) **Medicina Conductual: Teoría y Práctica** (pp. 101-129) México: Qartuppi
67. Ventura, M. y Salazar, I. (2007). Dolor: Una aproximación desde la perspectiva psicológica. En: Quinta, M., Correa, D. y Salazar, I. C. (Comps.) **Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica** (170-175), Colombia: Manual Moderno.

68. Vidal, M. (2013) *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. España: Polemos Editores

69. Weisman, A. Worden, J. & Sobel, H. (1980). Psychosocial screening and intervention with cancer patients. Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital.

Retrieve: https://books.google.com.mx/books/about/Psychosocial_Screening_and_Intervention.html?id=r9iXGQAACAAJ&redir_esc=y