



LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE DE CÁNCER EN ESPAÑA

EVIDENCIA CIENTÍFICA, DOCUMENTACION SANITARIA
Y VISION DE LOS FACULTATIVOS SOBRE LA ASISTENCIA
PSICOLOGICA A LOS PACIENTES DE CANCER

2018

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

SANTIAGO PÉREZ CAMARERO
Instituto Max Weber

EQUIPO INVESTIGADOR

CARMEN MARTINEZ VALERO
Fundación para la Investigación Biomédica HCSC
Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)

TANIA ESTAPÉ I MADINABEITIA
Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (FEFOC)
Universidad de Vich - Central de Cataluña

ELSA PÉREZ GIL
CAROLINA PERONDI
Instituto Max Weber

COLABORADORES (Grupo de expertos)

SANTOS ENRECH FRANCÉS
Servicio de Oncología Médica del Hospital de Getafe

ESCARLATA LÓPEZ RAMIREZ
Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz

DRA. M^a EUGENIA OLIVARES CRESPO
Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Psicología – UCM

MARÍA ÁNGELES PÉREZ
Servicio de Radioterapia del Hospital 12 de Octubre

JAVIER SASTRE VALERA
Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos

ALEJANDRO DE LA TORRE
Dpto. de Psicología de la Universidad Autónoma

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las siguientes entidades su ayuda a la preparación de este trabajo:

Sociedad Española de Oncología Médica (**SEOM**),
Sociedad Española de Oncología Radioterápica (**SEOR**),
Asociación Española Contra el Cáncer (**AECC**)
Grupo Español de Pacientes con Cáncer, (**GEPAC**)
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (**CCPE**)

FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido realizado mediante un contrato de colaboración entre la **Fundación Mylan para la Salud** y el Instituto Max Weber. El patrocinador no ha intervenido en el desarrollo del mismo, más allá de acordar el objeto y las especificaciones iniciales del estudio.

Presentación	9
Introducción.....	11
El cáncer en España	11
Problemas psicológicos del enfermo del cáncer	12
 PRIMERA PARTE	
EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA EFICACIA DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CÁNCER.....	15
La intervención psicológica en cáncer	16
Principales abordajes de la terapia psicológica en Oncología.....	16
Nuevas terapias psicológicas en cáncer	18
Revisión de literatura científica	19
Resultados.....	21
Discusión.....	26
Notas	28
Conclusiones	29
Anexos: Literatura revisada	30
Tabla 1: Resultados de la búsqueda general	30
Tabla 2: Resultados de la búsqueda incluyendo modelo teórico	31
Tabla 3: Resultados añadiendo terapias de tercera generación	42
Tabla 4: Resultados de terapias eficaces por localizaciones tumorales	43
Tabla 5: Resultados de la búsqueda por familiares de pacientes	44
Tabla 6: Cáncer infantil	45
Tabla 7: Resultados de la búsqueda por nuevas tecnologías	46
Bibliografía primera parte	48
 SEGUNDA PARTE	
LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA AL PACIENTE DE CÁNCER EN LAS ESTRATEGIAS Y PLANES NACIONALES Y AUTONÓMICOS	57
LA ESTRATEGIA NACIONAL EN CANCER.....	58
"Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud" (2006).....	58
"Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud" (2010).....	60
"Evaluación de la práctica asistencial Oncológica" (2011).....	60
"Evaluación de la Práctica Asistencial Oncológica". Informe Ejecutivo (2013)	61
"Estrategia en Cuidados Paliativos" (2007) y Actualización (2010-2014).....	61
"Estándares y recomendaciones para la Unidad de Cuidados Paliativos" (2009).....	61
"Los cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud" (2014).....	62
"Plan Integral de Atención a los largos Supervivientes de Cáncer" (2013)	62
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	64

ANDALUCÍA	64
"El II Plan Integral de Oncología de Andalucía" (2007-2012)	64
"Plan Andaluz de Cuidados Paliativos" (2008-2012)	64
"III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía" (2016-2020)	65
"Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía" (2017)	66
ARAGÓN	67
"Estrategias y Proyectos de Atención Oncológica del Gobierno de Aragón 2017"	67
"Programa de Cuidados Paliativos de Aragón". (2009)	67
"Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021"	68
"Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes" (2006)	69
ASTURIAS	69
"II Programa de Atención al Cáncer del Principado de Asturias 2010-2013"	69
"Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias" (2009)	71
ISLAS BALEARES	72
"Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2013-2016"	73
ISLAS CANARIAS	74
"Protocolo de Actuación en pacientes con cáncer de mama" (2017). "Guía de Actuación en Melanoma Cutáneo" (2013) y la "Guía Clínica del Cáncer Colorrectal" (2015).	74
CANTABRIA	75
"Programa Integral de Atención Paliativa de Cantabria"	75
"Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019"	76
CASTILLA LA MANCHA	77
"Plan Oncológico de Castilla la Mancha 2007-2010"	77
"Estrategia Regional de Cuidados Paliativos en Castilla-la Mancha" 2016-2020	77
"Plan Dignifica, humanizando la asistencia" (2017)	78
CASTILLA Y LEÓN	78
"Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León" (2003)	78
"Proyecto Oncoguías" (2003)	80
"Guía para la Gestión Integrada del Proceso Asistencial en Cuidados Paliativos" (2005)	80
"Plan de cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020"	81
CATALUÑA	82
"Plan contra el Cáncer en Cataluña" 2015-2020	82
"Plan Director Sociosanitario" (2007)	83
EXTREMADURA	84
"Plan Integral Contra el Cáncer en Extremadura" (2017-2021)	84
"Programa Marco de Cuidados Paliativos" (2002)	85
GALICIA	86
"Plan Oncológico de Galicia" (2002-2005)	86

“Plan Gallego de Cuidados Paliativos” (2007).....	87
LA RIOJA	88
“III Plan de Salud de la Rioja” (2015-2019).....	88
“Plan de Cuidados Paliativos la Rioja” (2018).....	89
MADRID	89
“Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid” (2007).....	89
“Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid” (2010)	90
“Estrategia de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid” (2013).....	90
“Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria” (2016-2019).....	91
MURCIA	91
“Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia”	91
“Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud” (2006-2009)	92
NAVARRA	92
“Plan de Salud de Navarra” (2014-2020).....	92
“Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra” (2012-2016).....	93
“Guía de Recursos de Cuidados Paliativos en Navarra” (2009)	94
“Estrategia Navarra de Atención a pacientes Crónicos y Pluripatológicos” (2013).....	94
“Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra” (2017)	94
PAÍS VASCO	94
“Plan de Salud para Euskadi” (2013-2020).....	94
“Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi” (2016-2020)	95
VALENCIA	96
“Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana” 2011-2014.....	96
“Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana” (2001)	97
“Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Valenciana” 2010-2013.....	98
CEUTA Y MELILLA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)	98
“Plan Integral de Cuidados Paliativos” (2011-2014).....	98
“Planificación y Programas Sanitarios del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud” 2007. Ceuta y Melilla.	99
Bibliografía segunda parte	100
TERCERA PARTE	
SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER EN ESPAÑA: UNA ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DE LA ONCOLOGÍA	
Introducción	106
Proceso de recogida de la información	106
Cuestionario.....	106
Ficha técnica de la encuesta	107

Características de los profesionales encuestados y de los hospitales donde trabajan	107
Sobre los profesionales responsables de oncología.....	107
Sobre los hospitales en los que desempeñan su actividad.....	108
Situación actual de la atención psicológica al paciente adulto con cáncer	109
Qué institución presta la atención psicológica.....	109
Cómo se organiza el servicio para prestar la atención psicológica	111
Percepción de los profesionales sobre las necesidades de atención psicológica	114
Sobre la necesidad de atención psicológica de los pacientes atendidos en su servicio	114
Según los estadios o fases de la enfermedad	115
Según la patología oncológica que presenten	117
Modo en que debería prestarse la atención psicológica al paciente adulto con cáncer	120
Desde qué ámbito asistencial	120
Quién debería detectar la necesidad de atención.....	121
Cómo debería estar organizada la atención psicológica	123
Resultados destacados	125
Características generales de los profesionales encuestados y de los hospitales donde trabajan ...	125
Situación actual de la atención psicológica al paciente adulto con cáncer.....	125
Percepción de los profesionales sobre las necesidades de atención psicológica.....	125
Cómo debería ser la atención psicológica al paciente adulto con cáncer y cómo es en realidad...	126
Anexo I: Tablas	127
Anexo II: Cuestionario	130
CONCLUSIONES	135

Las enormes repercusiones del cáncer en la población de los países industrializados, tanto en su aspecto epidemiológico (9 millones de muertes en el mundo y más de 100.000 en España) como en el ámbito sanitario (los costes del cáncer en España rondan los 8.000 millones de euros) hacen poco necesaria una justificación de cualquier estudio que pretenda contribuir a mejorar la situación de los pacientes y avanzar en alguno de los ámbitos de la lucha contra esta enfermedad. Uno de estos aspectos a los que este estudio pretende ayudar es a divulgar y reforzar la importancia de la atención psicológica a los pacientes oncológicos y a sus familiares.

El presente texto trata, por tanto, de proporcionar una visión general de la atención psicológica al paciente adulto con cáncer en España. Aunque tanto en la primera como en la segunda parte de este informe pueden encontrarse reseñas a estudios e investigaciones sobre cáncer infantil, así como algunos documentos sanitarios en los que se pueden haberse incluido referencias a la asistencia psicológica sanitaria a niños y adolescentes que padecen esta enfermedad, creemos que las características de la asistencia psicosocial a los pacientes de menos edad tienen unos perfiles tan especiales que requerían un tratamiento diferenciado y específico. Asimismo, debemos señalar otro importante grupo de personas que, aunque vive permanentemente afectado por la difícil realidad de los pacientes de cáncer, no constituye el objetivo central de este trabajo. Nos referimos a los facultativos y profesionales sanitarios de diversas especialidades que diariamente se enfrentan a la tarea de curar la enfermedad y alargar y mejorar en lo posible la vida de los pacientes.

En este punto, debemos hacer también una mención especial a todos los profesionales de la psicología general, clínica y psicooncológica, de la asistencia social y del voluntariado que, desde hospitales, asociaciones de pacientes y otras entidades sin ánimo de lucro, trabajan y se ocupan de los aspectos específicamente psicológicos de los pacientes, ayudando a éstos y a sus familiares a enfrentar las dificultades anímicas y psíquicas asociadas con la enfermedad. A ellos, a sus pacientes y a los familiares de éstos, debe ir dedicado este trabajo, pues constituyen el epicentro humano del mismo.

Por todo ello, hemos centrado este estudio en el paciente oncológico adulto y las dificultades y patologías psicológicas que suelen estar asociadas a la enfermedad, recogiendo y analizando las ventajas y mejoras que supone la atención psicológica en pacientes de cáncer y su entorno familiar. Se han revisado más de un centenar de documentos sanitarios para recoger las actuaciones o intervenciones que están definidas, previstas o protocolizadas y poder contrastar la planificación con la realidad actual de la atención psicológica del paciente oncológico. No se ha tratado de hacer una evaluación técnica o rigurosa de la asistencia psicológica en los hospitales, lo que hubiera requerido otra metodología y es, por demás, competencia de las instituciones sanitarias, sino de ofrecer una visión general sobre la importancia y necesidad de esta atención, reuniendo evidencias científicas, documentación sanitaria programática y, por último, la visión y opinión de los facultativos de oncología desde su propia experiencia y realidad.

El informe está estructurado en tres partes que corresponden a los objetivos prácticos del estudio. En la primera parte se introducen los aspectos más esenciales sobre los problemas psicológicos de los pacientes de cáncer. Se realiza para ello una exploración de algunos artículos y diversas revisiones sistemáticas de literatura científica al respecto y una revisión y análisis específico sobre la literatura científica que informa sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en este ámbito, es decir, sobre las aportaciones que a nivel de investigación se han realizado en cuanto al impacto de la atención psicológica en la mejora de la calidad de vida de los pacientes de cáncer y sus familiares.

En la segunda parte se realiza una revisión del diseño estratégico y organizativo de la atención psicológica en pacientes de cáncer, contenido en los diferentes planes y programas sanitarios a nivel nacional y de cada comunidad autónoma, bien sea a través de los planes de atención integral del cáncer, los planes de salud mental o los planes de atención a la cronicidad, bien en los más recientes programas de humanización de la asistencia sanitaria, y, en general, en cualquier documento producido por las diferentes instancias institucionales o territoriales de la sanidad que recoja lineamientos o directrices relativas a esta cuestión.

Por último, en tercer lugar, se ha querido conocer, desde los profesionales que mejor conocen las patologías cancerígenas, los facultativos especialistas en oncología, cómo son realmente los procesos de integración de la atención psicológica en los hospitales y cómo se está abordando este tipo de atención en los diferentes hospitales del sistema sanitario español. Para ello, se ha elaborado un cuestionario, validado por un grupo de expertos en oncología y psicooncología y remitido a los jefes de servicio de oncología adscritos a las sociedades españolas de Oncología Médica y Radioterápica, respectivamente.

El texto finaliza con algunas breves conclusiones que integran y resumen de manera sintética los aspectos más destacables de cada una de sus partes.

Confiamos en que este trabajo permita a responsables institucionales, profesionales sanitarios, psicólogos y psicooncólogos obtener una mayor información sobre las evidencias científicas, documentación sanitaria y situación de este tipo de atención, y ayude a identificar fortalezas y debilidades de la atención psicológica en cada ámbito sanitario o asistencial; así como también a obtener ideas, sugerencias o aportaciones sobre la atención psicológica al paciente con cáncer, que redunden en la humanización y mejora de la asistencia sanitaria en oncología. También, esperamos que este texto pueda ser útil también al público en general interesado en estas materias o preocupado por la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en España.

Por último, queremos manifestar nuestro expreso agradecimiento a las entidades que de una forma u otra han apoyado la realización de este trabajo, así como a los responsables de las áreas de Salud de las comunidades autónomas que nos han ayudado.

EL CÁNCER EN ESPAÑA

A pesar de ser una enfermedad que se conoce desde que existen documentos escritos y por ello, desde el inicio de la historia de la Humanidad (1), el conocimiento y la investigación acerca del cáncer han experimentado grandes avances en las últimas décadas, propiciando importantes mejoras en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, lo que ha supuesto una mejora en la calidad de vida de los pacientes y en la propia supervivencia de la enfermedad. Fruto de esta fuerte actividad investigadora desarrollada y de la implantación de políticas sanitarias alineadas con esos resultados, las campañas de prevención y detección precoz han ido implementándose de manera paulatina, y así, gracias a la creciente labor clínica y terapéutica y al seguimiento social de estas campañas, las aterradoras cifras de muerte por cáncer están revirtiendo a un panorama más esperanzador en la lucha contra esta enfermedad.

Aun así, las estadísticas de las personas que tienen cáncer siguen siendo estremecedoras. Según las cifras más recientes publicadas por la Sociedad Española de Oncología Médica, España es uno de los países europeos en los se diagnostican más tumores y en los que fallecen un mayor número de personas por cáncer, siendo ya la segunda causa de muerte, si bien hay que recordar que también es uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo, lo que relativiza los datos de morbilidad, ya que el riesgo de desarrollar tumores aumenta con la edad. En 2017, los nuevos casos estimados de cáncer en España han sido 228.482 y para 2035 se estima que habrá 315.413 nuevos casos de cáncer, siendo los tumores más frecuentes diagnosticados los de colon-recto, próstata, pulmón, mama, vejiga y estómago (2). Las labores de registro y seguimiento del cáncer indican que, en los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante en España, debido no sólo al aumento poblacional, sino también a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida. A pesar de los excelentes avances producidos tanto en el diagnóstico como el tratamiento del cáncer, las estadísticas de la enfermedad siguen siendo abrumadoras y la llamada “lucha contra el cáncer” continúa siendo una labor diaria irrenunciable tanto en el ámbito de la investigación como en el preventivo y terapéutico.

El cáncer es una enfermedad con connotaciones psicosociales especiales. Cuando hablamos de aspectos psicológicos en cáncer, nos referimos a las repercusiones que la enfermedad y el tratamiento tienen en la vida del sujeto y su familia, así como de los profesionales sanitarios. La repercusión de esta enfermedad en la persona y la creciente extensión de la enfermedad han dado lugar al desarrollo de una especialidad o disciplina, la Psicooncología, cuyo objetivo no es solo determinar las alteraciones en el enfermo en áreas que van más allá de su dolencia física, sino también desarrollar un corpus teórico y práctico con diseño de instrumentos de evaluación y de intervención (3). La psicología oncológica surge a partir de la segunda mitad del siglo XX y es entonces, cuando el estigma que implicaba hasta entonces la palabra “cáncer” comienza a cambiar en los países occidentales. Este cambio estuvo influenciado por dos factores: en primer lugar, la mayor información acerca de la enfermedad, lo que hace que se contemple de una forma más abierta, sin tratar de ocultarla o considerarla una enfermedad tabú; en segundo lugar, el aumento de la tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer. Una nueva visión más positiva del pronóstico de la enfermedad abrió un nuevo campo a las investigaciones sobre factores de personalidad y cáncer. La falta de un modelo teórico capaz de integrar las múltiples disciplinas que interactúan en el área de la psicología/psiquiatría oncológica fue, entre otras causas, suficiente para abrir un amplio campo de estudio que permitiera aumentar la atención del enfermo oncológico y tratar de mejorar su calidad de vida (4). Aun así, la asociación entre cáncer y muerte todavía perdura en el sentir de una gran parte de la población (5), utilizándose la palabra “cáncer” como adjetivo para designar un mal social o como sinónimo de algo irreparable.

La agresividad y complejidad de los tratamientos que conlleva la enfermedad son innegables, tanto a nivel físico: náuseas, vómitos, pérdida de cabellos, miembros mutilados, etc.; a nivel psicológico: pérdida de salud, amenaza contra la vida, miedo a la recidiva, miedo a la muerte; o a nivel social: aislamiento, estigma social, etc. La literatura científica ha evidenciado en numerosas ocasiones que el malestar emocional en estos pacientes y en sus familiares es muy elevado desde el inicio hasta el final de los tratamientos médicos (6). Estudios recientes indican que la presencia de alteraciones emocionales, sobre todo de ansiedad y depresión en cáncer, oscila entre el 5 y el 60 % de la población (7). Se trata de un porcentaje elevado si lo comparamos con la prevalencia de la depresión en la población normal, lo que, además, influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad (8).

Por otro lado, en la literatura científica encontramos estudios sobre la atención psicológica en pacientes con tumores, poniéndose de relieve que las terapias psicológicas y los tratamientos psicosociales influyen de manera positiva en la calidad de vida del enfermo oncológico. La investigación también trata de dilucidar el tipo específico de terapia a utilizar en cada caso, dependiendo del tipo de cáncer, pues en función del diagnóstico oncológico al que se enfrente el paciente o del apoyo social que reciba, la ansiedad y la depresión van a afectar de un modo u otro a la calidad de vida del paciente y de sus familiares. Por ello, suelen realizarse estudios entre los tumores más prevalentes como el cáncer de mama, el cáncer de colon y el cáncer de pulmón. A modo de ejemplo previo, un estudio reciente de un grupo colaborativo nacional CARESS-CR, ha demostrado que los pacientes con cáncer de colon que cuentan con apoyo social tienen mejores puntuaciones en la calidad de vida y en el estado de ánimo (9).

En psicooncología se analiza la evidencia científica respecto a la utilidad de las distintas intervenciones psicológicas en relación al estado emocional y físico, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes oncológicos en las diferentes fases de la enfermedad (10) (11). Aunque queda mucho por hacer, la atención psicológica al paciente con cáncer necesita definir estrategias de intervención sanitaria para ofrecer un servicio integral de calidad, que a su vez alcance la equidad en el acceso a los tratamientos del Sistema Nacional de Salud. Además de esto, también es necesario definir el uso de los instrumentos de cribado para identificar al paciente oncológico que precise atención psicológica especializada. De esta forma, se podrán establecer pautas de tratamiento y procesos para ofrecer servicios de atención psicológica en cáncer y, por tanto, definir una prestación psicológica universal en cáncer en España.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL ENFERMO DEL CÁNCER

Conocer los principales síntomas y trastornos psicológicos en oncología nos ayuda a estimar la magnitud de los problemas a afrontar y aporta datos sobre las implicaciones que conlleva tenerlos en primera persona o en un familiar cercano. Se describen a continuación las principales alteraciones psicológicas que sobrevienen en la población que estamos tratando, que fundamentalmente son la ansiedad, la depresión y el llamado malestar emocional.

Desde un punto de vista psicológico, las alteraciones en el estado de ánimo en estos pacientes son francamente comunes. Tanto la depresión y la ansiedad, como el malestar emocional se presentan en mucha mayor medida en los pacientes de cáncer que en la población normal (6). La depresión afecta al 20% de los pacientes con cáncer y la ansiedad al 10 %. La literatura científica muestra que la prevalencia de depresión mayor en estos pacientes es de 15%, de un 20% para la depresión menor, y de un 10% para la ansiedad (12). En muchas ocasiones, estas alteraciones no son reconocidas ni tratadas.

Realizando una estimación de la depresión en la población oncológica por tipos de cáncer, se estima que la depresión mayor afecta a un 13% de pacientes con cáncer de pulmón, un 11% de los pacientes con tumores ginecológicos, un 9% de pacientes con cáncer de mama, un 7% de pacientes con cáncer colorectal, y un 6% de pacientes con tumores con cáncer genitourinario (7). En España, uno de los primeros estudios realizados para determinar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes de cáncer, mostraba que cerca de una cuarta parte (24%) de la muestra presenta criterios para un diag-

nóstico psicopatológico según los criterios del DSM-IV, correspondiendo el 77% de éstos a trastornos adaptativos. Estos datos ponen de relieve la importancia de realizar un cribado con el fin determinar la asociación entre antecedentes psicopatológicos y síntomas depresivos a fin de lograr una detección temprana y que los pacientes puedan ser derivados a unidades de psicooncología (13).

Como se exponía anteriormente, las alteraciones emocionales en cáncer son más frecuentes en los pacientes oncológicos que en la población general, de ahí que existan numerosas investigaciones centradas específicamente en su estudio. En estas líneas introductorias recogemos, con base en diversas revisiones de literatura científica, algunas nociones básicas sobre alteraciones emocionales que experimentan los pacientes de cáncer. En la primera parte de este informe y con base en la propia revisión de literatura realizada serán ilustradas con más detenimiento.

Ansiedad

La Ansiedad en el paciente oncológico varía en cuanto a su prevalencia dependiendo de los instrumentos de medida utilizados para su evaluación. En general, la ansiedad se incrementa a medida que la enfermedad avanza y la expectativa de vida disminuye. Los factores que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad durante el tratamiento oncológico son: la historia previa de trastornos de ansiedad, dolor severo y ansiedad en el momento de diagnóstico, limitación funcional (paciente con dependencia), escaso apoyo social, enfermedad avanzada y haber padecido una experiencia traumática. También se ha observado que aquellos pacientes que presentan problemas de comunicación con la familia, los amigos o los profesionales de la salud tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad (14)(12).

Siguiendo a Stark y col. 2002 (15), la ansiedad debe considerarse patológica (maladaptativa o mórbida) cuando:

1. El nivel de percepción de amenaza sea desproporcionado.
2. La ansiedad persista y produzca un deterioro importante en la persona.
3. El nivel de sintomatología sea desproporcionado en base a la amenaza percibida (por ejemplo, ataques de pánico recurrentes, sintomatología física severa, creencias anormales de muerte repentina/súbita).
4. Cuando el paciente pierde funcionalidad y esta interfiere en el funcionamiento cotidiano.

Las principales manifestaciones de la ansiedad patológica son: nerviosismo, tensión, agitación, palpitaciones cardíacas, dificultades para respirar, sudoración, temblores, sensación de vértigo, irritabilidad, dificultad para mantener el sueño, problemas de atención, ideas recurrentes de muerte, aprensión, inquietud, preocupación, etc. La mayor intensidad o duración de la ansiedad en cáncer contribuye a que el paciente no tome decisiones (bloqueo), o no sean las adecuadas acerca de su tratamiento, o bien no asimile o comprenda la información útil que le da su médico. Todo ello contribuye a un peor ajuste global de la enfermedad y en general a una peor calidad de vida del paciente (12).

Depresión

La depresión es la alteración emocional más frecuente en las personas con diagnóstico de cáncer, y su comorbilidad con la enfermedad oncológica se encuentra bien documentada. A pesar de ello, existen múltiples factores que influyen a la hora de determinar la prevalencia de la depresión en el paciente oncológico. Entre ellos se pueden destacar los siguientes: el tipo y la severidad de la enfermedad; el tipo de cirugía, el régimen de quimioterapia aplicado, el tipo de tratamiento, e incluso, el apoyo social que la persona mantiene (9)(12). Esta diversidad de variables y factores concomitantes en la enfermedad hacen difícil establecer una única cifra de prevalencia de esta enfermedad.

Por otra parte, un estudio realizado para comprobar si la historia de depresión previa influye en la enfermedad oncológica sugirió que en la población depresiva el riesgo de muerte por cáncer se incrementa 2.6 veces dentro de los 19 meses posteriores al diagnóstico (16). En cuanto a esta relación, se conoce que los procesos inflamatorios crónicos asociados con el estrés también pueden ser la base de los síntomas de depresión en general, y en pacientes con cáncer en particular. Las modalidades terapéuticas, que con frecuencia son mal toleradas, se usan en el tratamiento del cáncer. Estas intervenciones están asociadas con reacciones inflamatorias, que pueden ayudar a explicar su toxicidad (8).

Por tanto, la depresión es el trastorno que más demanda la atención de las unidades de psicooncología por dos razones fundamentales. Por un lado, por su elevada prevalencia y, por otro lado, por los efectos negativos que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y sobre el propio desarrollo de la enfermedad neoplásica (6,8)

Malestar emocional

El malestar emocional en cáncer tiene origen en el distrés, definido como una experiencia psicológica multifactorial y desagradable que incluye aspectos sociales y/o espirituales. Este malestar emocional puede interferir en el afrontamiento efectivo del cáncer, en su sintomatología y en el propio tratamiento de la enfermedad. El diagnóstico de cáncer se entiende como un evento estresante que genera malestar emocional. Aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer presentan malestar emocional dependiendo de las características clínicas del paciente y de sus variables sociodemográficas (17). Las guías para el cuidado del cáncer recomiendan realizar cribados óptimos para detectar aquellas personas que presentan malestar emocional ante el diagnóstico de la enfermedad, con el fin de ofrecerles apoyo psicológico. Existe cierta dificultad en implementar métodos de cribado para el malestar emocional en cáncer, debido básicamente a la enorme heterogeneidad en el diseño de los estudios realizados. En una revisión sistemática realizada, el cribado del malestar psicológico se asoció a mejores resultados en parámetros psicológicos en sólo cuatro de siete ensayos clínicos (18) (19)

Calidad de Vida

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de abordar al paciente con cáncer es el concepto de calidad de vida. Este concepto es complementario al de cantidad de vida, y de alta relevancia en la atención del paciente con cáncer, no sólo desde el punto de vista médico o biológico sino también desde un punto de vista psicosocial.

La enfermedad puede acarrear unas secuelas físicas, estéticas y emocionales que suponen un trastorno en el paciente que no debemos subestimar (20). La OMS define la curación no sólo como “estar libre de enfermedad” sino también como “aquel estado en el que el paciente esté en buenas condiciones psicosociales”. En este sentido, hay que tener en cuenta que cuanto más se parezca la vida que lleva el paciente después de la enfermedad a la que llevaba antes de la misma, más podremos decir que se conserva su calidad de vida (21,22). Es evidente, por tanto, que el abordaje de la calidad de vida ha de realizarse desde un modelo biopsicosocial que integre todas las dimensiones de la vida de la persona y de la enfermedad. Se han propuesto diferentes modelos para explicar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y todos ellos contemplan este modelo de manera multidimensional, integrando siempre los aspectos psicológicos del paciente.

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE
LA EFICACIA DE LA ASISTENCIA
PSICOLÓGICA A PACIENTES DE
CÁNCER

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CÁNCER

La psicooncología se encarga del abordaje emocional de los pacientes con cáncer (3,4). Uno de los objetivos a tratar en el presente trabajo es realizar una revisión actualizada sobre las terapias psicológicas en cáncer y su efectividad. Las intervenciones psicológicas en oncología incluyen la atención al paciente con cáncer y sus familiares, en todo el curso clínico, desde la prevención y el diagnóstico precoz, hasta el apoyo en la fase de tratamiento (cirugía, tratamiento quimio y radioterápico) (23). También la Psicooncología cuenta con abordajes destinados a las fases de finalización del tratamiento clínico, para ayudar a las personas a reintegrarse a la vida posterior y en su adaptación a su vida social, familiar, sexual, laboral y de ocio, siguiendo la cobertura de esta necesidad en las fases de corta, media y larga supervivencia.

Asimismo, ante la recibida de la enfermedad, la aparición de metástasis, las fases paliativas, cuando no hay curación hallamos espacios funcionales para el rol del psicooncólogo. No podemos olvidar a los familiares que, en este ámbito, reciben el nombre de paciente de segundo orden (24), por la ocurrencia registrada en la literatura de similares niveles de ansiedad, depresión, *distrés* y otras repercusiones psicosociales, pero sin la enfermedad física. Si hablamos de familiares y, en relación a la intervención del psicooncólogo, se incluye también la fase de duelo (con prevención de duelo complicado y soporte después de la muerte) completándose el curso clínico de la enfermedad, paralelo al psicológico.

Por otra parte, la Psicooncología para diseñar sus intervenciones, tiene en cuenta las características específicas de los diferentes segmentos de edad de los pacientes, que van desde los niños, pasando por el ciclo vital, hasta la Oncogeriatría, subdisciplina imprescindible en una sociedad que tiende al envejecimiento, etapa en la que el riesgo de cáncer aumenta exponencialmente.

Es preciso diseñar intervenciones adaptadas a sus perfiles, con el uso, en el caso de los más mayores, de su tendencia a la memoria pasada (reminiscencia) y la mayor satisfacción del encuentro o reunión con pares, que les proporciona un sentimiento de solidaridad y complicidad. Los programas diseñados para esta etapa de la vida contemplan las características de la psicología del desarrollo en la vejez, pues se ha demostrado que las intervenciones que usamos en los adultos no son demasiado adecuadas.

De forma general, los estudios muestran unas reacciones mucho más extremas en la adaptación y el estado de ánimo, cuanto más joven es el paciente. Inversamente, en el paciente mayor o anciano, se hallan más niveles de depresión. Al igual que ocurre en Oncopediatría, muchos esfuerzos de investigación se centran en el entorno del paciente, es decir la familia (que toma especial relevancia en estos dos extremos del ciclo vital) y en el equipo sanitario, pues los datos demuestran que muchas veces las intervenciones son más eficaces si se dirigen más a la familia que al propio interesado (25). Esto es especialmente relevante en ancianos, pues en niños muy pequeños no deja de ser algo natural, pues carecen de comprensión mínima para seguir explicaciones u orientaciones por parte del médico.

PRINCIPALES ABORDAJES DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA

La intervención psicológica en cáncer puede proporcionar muchos beneficios. En la literatura se encuentran como objetivos y resultados (*outcomes*) de la terapia diversos aspectos. En general, se parte de la necesidad de incluir la atención psicológica en el paciente con cáncer y su familia. La psicooncología se va refinando y dando cada vez más herramientas que cuentan con apoyo empírico. Es sin duda un círculo positivo, ya que de esta manera se va generando más conciencia de la necesidad de prestar este apoyo en Oncología. Proceso similar podemos aplicarlo a la utilización de herramientas de evaluación y de intervención adecuadas. En cuanto a las primeras, las aproximaciones iniciales a la Psicooncología intentaron usar los test estandarizados en salud mental, sin obtenerse buenos resultados debido a que los pacientes con cáncer son personas que han sufrido un acontecimiento estresante pero que no necesariamente van a poder ser identificadas psicológicamente a través de cuestionarios para valorar a personas con psicopatología (3,13).

Aunque desde algunos grupos se apoye la necesidad de poder diagnosticar con herramientas oficiales a los pacientes con cáncer, lo cierto es que esto sería equivalente a dejar sin atención psicológica a un 75 % aproximadamente que son los pacientes que no cumplirían criterios de patología mental, pero con unas dificultades suficientes para que precisen de algún tipo de apoyo psicológico. Respecto a las pautas de intervención, tenemos protocolos que, con frecuencia proceden de otros estandarizados en salud mental, pues los psicólogos se basan en el modelo teórico en el que se formaron. Sin embargo, estos siempre se deben adaptar a la realidad del paciente oncológico.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, MALESTAR EMOCIONAL

Sobre los trabajos que han evaluado en los últimos diez años estudios que arrojen luz sobre la eficacia de las terapias, encontramos varios metaanálisis y revisiones sistemáticas que abordan este mismo objetivo desde diferentes ópticas. Matthews (2017) (26), encuentra en una revisión sistemática sobre la eficacia de la intervención psicosocial en mujeres con cáncer de mama tras la cirugía, basada en el tamaño del efecto, eficacia leve de las intervenciones psicosociales en relación con la ansiedad, depresión, calidad de vida, alteración del estado de ánimo, angustia, imagen corporal, autoestima y funcionamiento sexual. También se observó una eficacia entre moderada y alta en las intervenciones dirigidas a proporcionar mejoras en la alteración del sueño. En un otro metaanálisis realizado por O'Toole (27) se sugiere que la terapia cognitivo conductual puede ser más efectiva para el tratamiento de quejas subjetivas (sobre todo de ansiedad y depresión) en mujeres y en personas jóvenes.

Por otro lado, Li (2017) (28), realiza el primer trabajo de revisión sistemática sobre la eficacia de tratamientos en la depresión del paciente con cáncer en modalidad psicológica versus psicofarmacológica, concluyendo que ambas terapias unidas (en lo que se denomina modelo colaborativo) son más eficaces. Las intervenciones colaborativas surgen en la actualidad como modelos de atención multidisciplinar, pudiendo ayudar a remitir la depresión a largo plazo.

Hallamos varios trabajos analizando la utilización de ejercicio físico para mejorar aspectos que pueden ser considerados de orden psicológico. En concreto el metaanálisis de Carayol (29) incluye un abordaje de este tipo con el objetivo de mejorar ansiedad, depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Aunque se hallan algunos sesgos de desgaste que impiden unas conclusiones muy rigurosas, parece que el ejercicio físico puede ayudar a la recuperación psicológica en pacientes con cáncer. También el trabajo de Fong (30) incorpora un abordaje físico para producir mejoras en actividad física, sobrepeso, nivel de oxígeno y calidad de vida. Ambos estudios amplían su foco a otras localizaciones tumorales más allá del cáncer de mama.

CALIDAD DE VIDA

En un metanálisis realizado por De la Torre (2015) (31) se realiza un análisis sobre los efectos de los tratamientos psicológicos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer y trata de explicar el cambio producido en la calidad de vida asociado a la intervención psicológica. En esta revisión se evidencia que la calidad de vida de los pacientes mejora con la intervención psicológica, especialmente cuando el paciente se encuentra en tratamiento médico y/o después del mismo. Los tratamientos psicológicos tienden a promover mejores resultados en la sintomatología depresivas, y ello se traduce en una mejora de la calidad de vida.

FATIGA

La fatiga es uno de los objetivos más frecuentes de los metaanálisis y revisiones en psicooncología, siendo la fase de supervivencia una de las más trabajadas (32,33). Hallamos también estudios que prestan atención a las terapias psicológicas eficaces para afrontar los efectos de alguno de los tratamientos médicos, como es el trabajo de Hudson sobre guías en la fase de duelo o la adaptación de la guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica realizada por Jacobsen et al (34). Otro

metaanálisis de Mustian (2017)(35), trata de comparar el peso del efecto principal de los tratamientos más recomendados para el tratamiento de la fatiga en cáncer, como son: el ejercicio, psicológico, combinación de ejercicio y tratamiento psicológico y farmacéutico. Su trabajo concluye que el ejercicio y la intervención psicológica son efectivos para reducir la fatiga asociada con el cáncer durante y después del tratamiento psicológico, y que ambas terapias/tratamientos son visiblemente mejores que la opción farmacológica. Por esta razón recomiendan que los facultativos pueden prescribir para la fatiga ejercicio y tratamiento psicológico, en primera línea de tratamiento.

CALIDAD DEL SUEÑO

A través de un meta análisis queda bien demostrado que la terapia cognitivo conductual es efectiva para aumentar la calidad de sueño en pacientes con cáncer de mama. La terapia cognitivo conductual aplicada para el sueño tiene un efecto pequeño o mediano en la mejora del sueño diario en supervivientes de cáncer pre/post quirúrgicos. Por otro lado, se observan efectos positivos en el sueño a medio plazo (6 meses). La terapia cognitivo conductual resulta efectiva para el insomnio en diferentes modalidades de tratamiento, sean estas en formato individual, en grupo o a través de video, siendo también eficaz independientemente de la duración de las terapias, que suelen oscilar entre seis y ocho semanas (36).

NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN CÁNCER

TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

El desarrollo de las nuevas terapias de tercera generación es reseñable tanto en la psicología en general como la psicooncología en particular. Especialmente, el uso del *mindfulness* o atención plena ha proliferado. Un reciente metaanálisis realizado Zhang (2015)(37) sugiere que este tipo de intervenciones alivian la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. La reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia artística fueron las intervenciones más comunes (5/7 estudios); la terapia basada en *mindfulness* favorecía las puntuaciones de ansiedad y de depresión frente al grupo control. Además de esto, también se mostraba en el seguimiento una mejoría significativa de la ansiedad. Las limitaciones fundamentales de este trabajo fueron que se utilizaron estudios con pacientes con diferentes tipos de cáncer y que no tuvieron en cuenta factores como la gravedad de la ansiedad y/o la depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el estadio del cáncer. Las intervenciones basadas en la realidad aliviaron eficazmente la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. Sin embargo, aún se requiere investigación adicional para determinar cuánto tiempo persisten los efectos beneficiosos de la terapia basada en la atención plena.

El metaanálisis de Ledesma (38) sobre reducción del estrés, concluye que el uso de *mindfulness* puede mejorar la adaptación psicosocial al cáncer. El trabajo de Zainal (2013), sugiere que el *mindfulness* presenta de un efecto entre moderado y alto en la reducción de la percepción de estrés, la ansiedad y la depresión en mujeres con cáncer de mama. Además, se indica que el *mindfulness* basado en la reducción del estrés (MBSR) puede recomendarse a los pacientes con cáncer de mama como opción para su rehabilitación y para mantener una mejor calidad de vida a largo plazo (39). En el mismo sentido, Jones (2013)(40) propone una revisión del uso de esta técnica para adolescentes con cáncer con el objetivo de ver si es útil en una muestra poco estudiada en este sentido. Concluye que es buena en reducción de la ansiedad hacia el futuro de estos jóvenes con cáncer, en la reducción de la hipervigilancia hacia síntomas físicos y emociones, típica en este tipo de muestra y en cultivar la compasión hacia ellos mismos y hacia otros. No obstante, se señala que quedan preguntas por responder para este grupo de edad, no solo en pacientes con cáncer, sino en pacientes jóvenes afectados por otras condiciones crónicas. Cramer (2017), en su metaanálisis (41), analiza el *mindfulness* con el objetivo de evaluar la efectividad de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) y la terapia cognitiva basada en la atención (MBCT) en pacientes con cáncer de mama, donde las medidas de resultado principales fueron la calidad de vida relacionada con la salud y la salud psicológica. Concluye que el *mindfulness* funciona

en reducir el estrés, la ansiedad y depresión, pero no mejora la espiritualidad de las pacientes, aspecto supuestamente primordial en *mindfulness*.

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN CÁNCER

En un estudio de Heines (42), se diseña una intervención online (e-TC) para abordar las preocupaciones psicosociales comunes de los sobrevivientes de cáncer testicular. Su objetivo es reducir la ansiedad, la depresión y el miedo a la recurrencia del cáncer al proporcionar información basada en la evidencia e intervención psicológica. Utilizaron el e-TC durante un período de 10 semanas y proporcionaron comentarios cuantitativos y cualitativos sobre la viabilidad y aceptabilidad del programa. E-TC parece ser una intervención en línea viable y aceptable para los sobrevivientes de cáncer testicular. Los hallazgos de este estudio pueden guiar en el diseño de estudios similares para obtener mayor eficacia en otros grupos de pacientes y tipos de cáncer.

ADHERENCIA A LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Muchos de los problemas que se encuentran en las unidades de psicooncología hacen referencia a la adherencia al tratamiento psicológico del paciente con cáncer. A lo largo de los años se ha recogido mucha evidencia que sugiere la existencia de notables beneficios de las terapias psicosociales en pacientes con cáncer. Estos beneficios se perciben en la autoestima, el optimismo o el apoyo social que perciben los pacientes. Sin embargo, no queda claro cuál es la extensión que debe tener la terapia en relación con las características de los pacientes.

Existen muchos estudios que tratan de determinar si las terapias psicológicas en cáncer son efectivas y pocos que aborden las dificultades y rechazos que dan lugar a falta de adherencia a dichas intervenciones. Un metaanálisis realizado en 2016 que analiza este aspecto (19) indica que casi la mitad de los pacientes con cáncer a los que se le ofrece participar en algún tipo de terapia declinan o no aceptan su realización. Se han identificado factores que favorecen la mejor aceptación de estos tratamientos. Las intervenciones realizadas por teléfono; las terapias ofrecidas rutinariamente y desde el principio son factores que favorecen la aceptación y adherencia a estos tratamientos. Este metaanálisis plantea que existen barreras para aceptar tratamiento psicológico, aunque no identifica cuáles sean éstas. Sí que observan que el seguimiento realizado por el profesional de enfermería es algo mejor aceptado frente al tratamiento psicológico, aunque se resalta que la efectividad del tratamiento realizado por el psicólogo es mayor y por tanto aporta mejores resultados que los tratamientos aplicados por las enfermeras (19).

GUÍAS CLÍNICAS EN CÁNCER

No existen todavía muchas guías clínicas para la asistencia psicológica en cáncer. En esta última década hemos encontrado publicada en la literatura científica una guía clínica de un grupo australiano (2015) (43) para la detección, evaluación y tratamiento de la ansiedad y la depresión en pacientes adultos con cáncer. Se autodefine como guía de buenas prácticas y recoge un proceso, paso a paso, sobre el mejor tratamiento, indicándose que cada grupo debe adaptar la terapia elegida a su situación. La guía se centra más en la evaluación para determinar instrumentos estándar que en las formas de tratamiento en psicooncología. Con orientación similar, existe una guía canadiense para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño en adultos con cáncer (44). La guía tiene como objetivo proporcionar recomendaciones sobre las estrategias e intervenciones óptimas para la prevención, evaluación y manejo de los trastornos del sueño (síndrome de insomnio e insomnio) en poblaciones adultas con cáncer.

REVISIÓN DE LITERATURA CIENTÍFICA

OBJETIVO

Una vez revisados algunos artículos en la materia y diversas revisiones de literatura y dando por reseñada la importancia de la atención psicológica al enfermo oncológico, recogemos en las siguientes

paginas el método y resultado de una revisión específica realizada para determinar la eficacia de estas terapias en relación a diferentes variables de análisis. Los objetivos concretos de esta revisión serán:

- 1) Analizar los principales programas de soporte psicológico que cuenten con evidencia científica, es decir, que al menos haya un grupo control o lista de espera
- 2) Valorar las terapias más usadas en Psicooncología en base a modelos teóricos de probada eficacia
- 3) Determinar las localizaciones tumorales en que más frecuentemente se lleven a cabo terapias eficaces en Psicooncología
- 4) Valorar en qué fases de la enfermedad se dan los trabajos de investigación en terapias más eficaces
- 5) Incluir las etapas evolutivas de desarrollo del ser humano con el fin de determinar hechos diferenciales en la que más terapias se hayan diseñado
- 6) Analizar las terapias eficaces en familiares de pacientes oncológicos
- 7) Valorar el uso de las nuevas tecnologías en Psicooncología

METODOLOGÍA

Para tales objetivos se han determinado las siguientes palabras clave, que se usaron según objetivos, como explicaremos en el siguiente apartado. Puesto que tenemos varios objetivos, no se han usado todas las palabras clave en cada búsqueda, sino que han ido distribuyendo según cada proceso del método seguido en la estrategia de búsqueda.

Así pues, pensamos en los siguientes grupos de búsqueda con sus consecuentes palabras clave. Se utilizan términos Mesh (descriptores) excepto en el caso de relativos para familiares. Asimismo, nuestra primera intención era usar la palabra "Psycho-oncology" para centrar el tema, pero el descriptor nos sugirió también "Psychosocial Oncology", que nos ha parecido, podría contribuir a ampliar la búsqueda.

Las hemos agrupado por Respecto a la enfermedad: Cáncer

- 1) Respecto a la necesidad de que los hallazgos indiquen una rigurosidad metodológica: *evidence-based practice, clinical trial, randomized controlled trial*
- 2) Sobre incorporar artículos de tratamiento psicológico, no médico, del cáncer: *Psycho-oncology*
- 3) Sobre terapias que han mostrado evidencia científica en su uso: *cognitive-behaviour therapy, cognitive therapy, commitment and acceptance therapy, mindfulness*
- 4) Sobre localizaciones más frecuentes: *breast cancer, prostate cancer, colon cancer, lung cancer*.
- 5) Se podría añadir la palabra clave *family* para promover la búsqueda de artículos que incluyan tratamientos psicológicos a familiares de enfermos. Aquí hemos añadido *caregivers*.

No hemos incluido un apartado de palabras clave concretas para objetivos de la terapia, pues como decimos en la introducción éstos son variados y la amplitud existente nos podría llevar a una excesiva dispersión de la búsqueda.

Estrategia de búsqueda: Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha partido de los objetivos establecidos. Hemos consultado las siguientes bases de datos siguientes: PUBMED, SCOPUS y Psycinfo por su contenido en ciencias de la salud, medicina y Psicología

Criterios de inclusión y de exclusión: Los criterios de inclusión han sido: artículos publicados en los últimos 10 años sobre terapias psicológicas en pacientes con cáncer, sin exclusión por edad, sexo, fase de la enfermedad ni localización. Se requiere que ofrezcan metodología y resultados basados en la evidencia científica para respaldar la eficacia de la terapia aplicada, es decir ensayos clínicos aleatorizados, sea

bien con grupo control, bien con grupo de intervención o en lista de espera. Se incluyen trabajos cuyo canal de aplicación de la terapia a probar sea presencial, telefónica y/o mediante el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Por último, los idiomas que se utilizan en esta revisión son el inglés y el castellano.

Los criterios de exclusión han sido los artículos que no contemplen un diseño completo de búsqueda de evidencia para una determinada terapia psicológica y que no incluya un protocolo de intervención concreto ni basado en los modelos psicológicos establecidos. Asimismo, se excluyen aquellos trabajos que no cuenten con herramientas de evaluación psicológica estandarizada como vía de objetivación del resultado de la terapia psicológica a validar. Se excluyen de la siguiente revisión las revisiones sistemáticas o metaanálisis, algunos de los cuales ya se han reseñado o comentado en páginas anteriores. También se excluyeron los estudios que explican aspectos tangenciales a las terapias usadas, como análisis de factores relacionados o protocolos aún por aplicar (sin resultados concretos).

RESULTADOS

Una vez establecida la metodología presentaremos los apartados de cada búsqueda, cuyos resultados se resumen en Tablas Anexas, con comentarios que analizan las fortalezas o debilidades y carencias del estudio. En primer lugar, se realizó una búsqueda general, seguida de una búsqueda por localizaciones tumorales, una búsqueda por familiares de pacientes, otro más específico de niños con cáncer por un lado y de mayores con cáncer por otros; para terminar, se realizó una búsqueda por modelos teóricos, por terapias de tercera generación y nuevas tecnologías.

BÚSQUEDA GENERAL

Del análisis de la revisión de la literatura realizado se observa sobre todo una enorme producción científica de estudios realizados con pacientes con cáncer de mama, se puede decir que la mayor parte (45–48). En casi todos los estudios se utiliza un modelo cognitivo-conductual (45) o un enfoque relacionado y/o combinado con éste, como por ejemplo la activación conductual, técnica que ha mostrado eficacia en el tratamiento de la depresión (46), o bien el *mindfulness* (49). El modelo cognitivo conductual se centra en la modificación de los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que se encuentran alterados o no suficientemente adaptados en la persona. En el paciente oncológico el modelo se nutre de técnicas de relajación muscular o progresiva y de la imaginación guiada. También de técnicas más cognitivas, como la detención del pensamiento, la distracción cognitiva, el entrenamiento en comunicación. Las técnicas de corte más conductual que se incluyen son el entrenamiento en realizar actividades placenteras y el entrenamiento en autoinstrucciones.

El *mindfulness* consiste en prestar atención plena al momento presente, y sin prejuicios. En la medida en que los pensamientos y sentimientos vinculados con el pasado o con preocupaciones del futuro, las habilidades de atención plena deberían alentar la concentración en el momento presente. Por ello, puede considerarse una nueva versión que incluye las técnicas anteriormente descritas (50). En las terapias de *mindfulness* también encontramos *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Este tipo de terapia consiste en un grupo de intervención psicosocial que consiste en práctica de meditación de atención plena y estiramientos de yoga suaves, que se ha aplicado en poblaciones con enfermedades crónicas, incluyendo pacientes con cáncer. Por otro lado, la terapia cognitiva basada en la atención plena (TCMB) puede ayudar a los pacientes a tomar conciencia de sus respuestas automáticas potencialmente desadaptativas (sentimientos, pensamientos y actuaciones) y ayudar a los pacientes a inhibir este tipo de respuestas. Se han revisado varias intervenciones basadas en *mindfulness* sobre las consecuencias del cáncer, como la angustia y los síntomas físicos (51), y en pacientes con cáncer, puede aliviar el estrés, la depresión y la fatiga.

Otra terapia de origen cognitivo conductual, la encontramos en el trabajo de Hopko (46), que utiliza la terapia de activación conductual: un tipo de terapia que se basa en que la depresión persiste porque (a) el refuerzo del comportamiento no deprimido (saludable) es bajo, (b) el comportamiento deprimido

se refuerza, (c) la exposición a experiencias de vida desagradables o desagradables es significativa, o (d) alguna combinación de estos factores. Así pues, esta terapia se centra en aumentar los comportamientos manifiestos para poner a los pacientes en contacto con el refuerzo de las contingencias ambientales y las correspondientes mejoras en los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida centrados en la reducción de la ansiedad y la depresión.

Bleich (47) utiliza la terapia del manejo de caso para ayudar a los pacientes que se encuentran en condiciones severamente estresantes y/o crónicas a superarlo a través del manejo integral de las vías de atención del sistema de salud. Este tipo de intervención no resultó mejor que el grupo de control.

El estudio de Sharpe (2014)(52) utiliza un programa protocolizado multicomponente proporcionado por los profesionales de salud mental y logra mejorar la ansiedad, la depresión, la calidad de vida, la funcionalidad, la percepción de salud, la fatiga y la satisfacción con el tratamiento. El programa se basa en el modelo de atención colaborativa en el cual un psiquiatra y un administrador de atención colaboran con el médico de atención primaria del paciente para proporcionar un tratamiento y seguimiento sistemático y proactivo.

Sharpe dirige un ensayo clínico multicéntrico (SMaRT Oncology-2) para estudiar la efectividad del programa, en el que trata de establecer si la atención de la depresión para personas con cáncer es mejor que la atención habitual para conseguir una mejora clínicamente útil en pacientes con depresión mayor comórbida con otras afecciones médicas. La atención de la depresión para personas con cáncer es un tratamiento de atención de múltiples componentes que se administra sistemáticamente por un equipo de enfermeras y psiquiatras especializados en cáncer en colaboración con los médicos de atención primaria. Los resultados del estudio muestran mejoría en depresión, ansiedad, calidad de vida, funcionalidad, percepción de salud, fatiga y de satisfacción con el tratamiento recibido.

LOCALIZACIONES TUMORALES

Se buscaron artículos con las terapias probadas en las siguientes localizaciones: mama, pulmón, próstata, colon y tumores no sólidos.

La mayoría de estudios revisados enfocan su trabajo a pacientes con cáncer de mama para el tratamiento de la ansiedad y la depresión (37)(45,46,47–49,54,55,57–59,60–62) (11,51,61–74), utilizando terapias de corte cognitivo conductual. Este es uno de los modelos más empleados en el sector de la salud, ya que entre sus objetivos se encuentra paliar y aliviar síntomas emocionales, cognitivos y de comportamiento. Se hallaron también intervenciones psicológicas en grupo y de corte psicosocial, así como algunas terapias de tercera generación. En general los resultados de estos estudios informan que la terapia cognitivo- conductual tiene beneficios para los pacientes con cáncer de mama en cuanto a la mejora del estado de ánimo y la disminución de la sintomatología emocional a lo largo del tiempo ofreciendo una mejora general de la calidad de vida.

Algunos autores como Hopko (46) utiliza la terapia de activación conductual combinada con la de resolución de problema en cáncer de mama. Bleich (47) utiliza el manejo de caso, explicada en el apartado interior, sin obtener resultados claros de eficacia. No obstante, algunos autores sostienen que la terapia expresiva junto a la terapia cognitiva en pacientes con cáncer de mama reduce la fatiga en estas pacientes aumentando su vitalidad y mejorando incluso los niveles de cortisol (75). Un estudio realizado en Alemania por Reuter (2010) (76) probó la viabilidad (beneficios y aceptación) de la psicoterapia grupal de apoyo expresiva (SEGT). Esta terapia grupal, desarrollada y probada en países angloamericanos, es específica para el cáncer de mama a corto plazo. La calidad de vida, la fatiga relacionada con el tumor y las estrategias de afrontamiento mejoraron un año después de la intervención; los pacientes informaron resultados positivos y duraderos de la intervención grupal.

Hallamos otro estudio aleatorizado específicamente en cáncer colorectal (62), basándose en una intervención psicosocial novedosa (CONQUERFEAR) cuyo objetivo (20,49) es evitar el miedo a la recurrencia

en cáncer (54). La angustia específica por cáncer se mantuvo mejorada a los 3 y 6 meses de seguimiento. En el caso de los tumores ginecológicos se han observado tres ensayos clínicos; dos que aplican *mindfulness* y otro que usa terapia cognitiva breve (74,77,78).

Respecto a los tumores de cabeza y cuello se han encontrado también dos ensayos (77,79) clínicos aleatorizados, uno con terapia breve y otro con *mindfulness* (80,81). Kangas, utiliza la terapia cognitivo conductual en pacientes con tumores de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico, frente a la técnica del *counseling*. En general, los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen una alta incidencia de trastorno por estrés postraumático relacionado con el cáncer y otros trastornos de ansiedad y depresión. Kangas encontró resultados similares en el trastorno por estrés postraumático, tanto para las personas en el grupo de terapia cognitivo conductual como para las personas asignadas al grupo de *counseling*. No obstante, concluyeron que la utilización temprana de terapias ayuda a aliviar tanto los trastornos por estrés postraumático como otro tipo de trastornos.

Por lo que se refiere a pacientes de cáncer de pulmón se han encontrado tres estudios clínicos (11,82,83). Entre ellos, el trabajo de Schellenkens (2017) utiliza una terapia de *mindfulness* (MBSR) tanto en las personas con cáncer de pulmón y en sus parejas. Concluye que el MBSR es más beneficioso para las personas que padecen la enfermedad que para sus parejas.

Las alteraciones emocionales de las personas con melanoma, se caracterizan por el temor a la recurrencia del cáncer, sin embargo, el apoyo psicológico no se ofrece de forma rutinaria como parte del cuidado continuo del melanoma. Dieng (2016) realiza un ensayo controlado donde prueba una intervención psicoeducativa para reducir el miedo a la recidiva y mejorar el ajuste psicológico en este grupo de pacientes, en comparación con la atención habitual. La intervención psicoeducativa consistía en un recurso educativo de nuevo desarrollo y tres sesiones de psicoterapia por teléfono durante un mes. La intervención psicoeducativa resultó ser efectiva en la mejoría del miedo a la recurrencia y en la prevención del melanoma (84).

En el caso de pacientes con cáncer de próstata, la investigación clínica en terapias psicológicas comienza a incrementarse. Siddons (2013) realiza una intervención psicosexual cognitivo conductual tras una prostatectomía radical, los resultados de esta intervención fueron favorables de cara a una mejora significativa de la calidad de vida en general y, en particular, un aumento de la autoestima y confianza. Traeger (2011) utiliza terapia cognitivo conductual en este tipo de pacientes para el alivio del estrés y, posteriormente, Stefanopoulo (2015) muestra como la terapia cognitivo conductual mejora los sofocos y sudores nocturnos que padecen el 80% de estos pacientes bajo terapia androgénica. Couper (2015) utiliza la terapia cognitivo existencial en pareja; su estudio demostró un mejor afrontamiento por parte de los pacientes y una menor angustia para las parejas. Un reciente estudio de Schofileld (2016) realiza una intervención de enfermería de carácter educativo en pacientes en el mismo estadio de la enfermedad en tratamiento radioterápico; su resultado fue un efecto positivo leve sobre la depresión (85–89).

Respecto a cáncer de pulmón, sólo se ha encontrado un estudio clínico realizado por Campbels (2015) que, haciendo uso de la terapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer de pulmón, observó beneficios para la mejora de la calidad de vida (90).

FAMILIARES DE PACIENTES

Se han encontrado varios trabajos que se centran en los cuidadores de las personas que se encuentran en una fase paliativa (7,91–93), o en fase avanzada (85). Sólo uno de ellos (58) incluye el tratamiento al paciente y a su cuidador conjuntamente. Otros trabajos (36, 86) aportan resultados relacionados con cuidados de niños, pero centrado en los cuidadores adultos; uno de padres de niños con cáncer y el otro de padres con cáncer en el cuidado de sus hijos menores (87). Por último, se encuentra algún ensayo clínico dedicado a la calidad de vida del cuidador de pacientes con cáncer (88).

Hudson (2015)(92) utiliza la terapia psicoeducacional, en versión cara a cara, a domicilio, comparándola con versión telefónica y sugiere que la intervención psicoeducacional breve ayuda a los cuidadores y familiares en fase paliativa, disminuyendo el malestar emocional, o distrés. Asimismo, Forbat (2017), propone que las intervenciones psicoeducativas cortas pueden ayudar a los cuidadores familiares que están apoyando a un pariente moribundo (93).

Fegg (2017) (91) utiliza la terapia existencial de corte conductual (EBT) que consiste en una intervención que proporciona apoyo informal a los cuidadores de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos. El formato seguido es: 6 encuentros con un total de 20 horas.

Aunque no hay criterios únicos para el uso de terapias para pacientes, de este análisis se desprende que, en general, las intervenciones breves de carácter psicoeducativo podrían ser beneficiosas para familiares y cuidadores de pacientes con cáncer, más concretamente en la fase paliativa.

POR MODELOS TEÓRICOS

Realizando la búsqueda por modelos teóricos se introdujeron las siguientes palabras Psychooncology AND cáncer AND behavioral-cognitive therapy AND cognitive therapy and psychotherapy and cáncer. Se obtienen 85 artículos. De ellos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión de la metodología ya referida se seleccionaron 26 artículos. Se han eliminado repeticiones y aquellos estudios que incluyen programas de rehabilitación que están más enfocados a tratamientos de corte neurocognitivo, es decir, para conseguir una rehabilitación neurocognitiva.

La terapia cognitiva conductual la vemos aplicar tanto en grupo como individual (48,58,85), y también en diversas formas más o menos ortodoxas. Hemos hallado formatos breves (60,86) o los habituales de al menos 6 semanas de duración(80,87). McGregor (75) usa también la terapia grupal, pero para mujeres en alto riesgo de padecer cáncer de mama, es decir, no con pacientes, pero consideramos que es un espacio de la Psicooncología (consejo genético). Por otra parte, en el trabajo de Rissanen (53) hallamos precisamente un estudio donde el objetivo es la comparativa entre modalidad individual versus grupal, siempre bajo el modelo cognitivo-conductual. En este estudio no se hallan diferencias entre ambos formatos de aplicación de las terapias, pero hay que constatar que las mujeres asignadas al modo grupal se adhieren menos que las que recibieron el tratamiento individual.

Otros abordajes, como el de Couper (88), utilizan un tratamiento cognitivo-conductual que denominan existencial, también usado por Fegg (91) para afrontar el problema del cuidador y su sensación de carga. Asimismo, hemos hallado el uso del ejercicio físico como terapia para variables más de tipo psicológico combinado con tratamiento psicológico cognitivo-conductual (54,55,94) o solo (67,82).

Dentro del modelo cognitivo-conductual, existen estudios que emplean diversas técnicas que derivan de este modelo: Fadei (2011) apunta los beneficios del asesoramiento cognitivo conductual en la imagen corporal en cáncer de mama (68). Otros estudios emplean intervenciones de soporte psicosocial centrándose (según la duración de la terapia) en los aspectos más psicoeducativos en cáncer.

Algunos programas usan una o diversas técnicas combinadas extraídas del modelo cognitivo-conductual, psicoeducación (24,69,70), proporción de información mediante material de soporte (95) relajación (69,70,95) resolución de problemas (25,96), manejo y afrontamiento del estrés (56,97). Otros trabajos incluyen técnicas que promueven la relajación, la resolución de problemas y el control y afrontamiento del estrés (69,70, 95, 56, 96 97). En la mayor parte de estos programas se facilitan materiales de soporte educativo en cáncer, favoreciendo así la información sobre la enfermedad.

Al incluir el modelo cognitivo-conductual aparecen muchos trabajos que usan alguna terapia derivada del mismo, principalmente *mindfulness*, ubicados en el contexto de auge de esta terapia en los últimos años (51,65,71,74,84,97–99). Algunos autores especifican aplicar el *mindfulness* en su formato ortodoxo

de 8 semanas (74,98,99), o como complemento al tratamiento habitual (83). Otros autores emplean el trabajo para comparar la terapia cognitiva conductual versus *mindfulness* (56,97).

Hay menos presencia de otros modelos de la llamada tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que utiliza Feros (100) para suscitar la flexibilidad psicológica; o Krieger (101), que usa la metáfora, técnica propia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), aunque los autores no la nombran expresamente. Solo dos autores usan la activación conductual (11, 49). Butow (62) usa un método basado en la tercera generación, demostrando la eficacia de ConquerFear en comparación con el control de la atención (Taking-it-Easy) en la reducción del miedo a la recurrencia. Las sesiones de ConquerFear utilizan entrenamiento de atención, atención distante, terapia meta-cognitiva, clarificación de valores y psicoeducación para ayudar a los pacientes a cambiar la forma en que regulan y responden a los pensamientos sobre la recurrencia del cáncer.

Otros dos trabajos usan el modelo psicodinámico, poco habitual en Oncología (63,102), o la terapia narrativa (65). La terapia narrativa es un enfoque que consiste en una la intervención de escritura expresiva breve en la que se instruye a los participantes a divulgar, por escrito, sus pensamientos y sentimientos más profundos sobre un evento de vida estresante. Las conclusiones del estudio no fueron positivas para la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo, aunque sí que lo fueron para el procesamiento emocional. En algunos casos no queda claro el tipo de programa aplicado de intervención psicoeducacional (103) que realiza la enfermería, aunque se han incluido por ser estudios con randomización.

Para acabar debemos señalar que hemos hallado varios trabajos que usan algunas terapias alternativas solas o combinadas con tratamientos estándar. Aunque en nuestros criterios de inclusión y exclusión hemos determinado no analizar trabajos con técnicas o terapias no probadas, hemos creído conveniente integrar los que comentamos por estar en combinación o comparación con terapias estándar y/o por basarse en el método científico. De esta manera, hemos visto comparar el modelo cognitivo-conductual con aromaterapia (104) o con Tai-chi (105), o en otros casos en combinación, por ejemplo, con hipnosis (106). Algunos usan la meditación que podría relacionarse con el uso de *Mindfulness* pero que no especifican que sea así, por lo que no la hemos clasificado dentro de ese modelo o el mismo yoga (73,106). También hemos hallado la aplicación de masajes (107,108) o técnicas de Guoling Qigong (70). Koolae usa la relajación combinada con musicoterapia. En el trabajo de Wu (109) se aplica luz de diversos colores e intensidades con el objetivo de mejorar el sueño de los pacientes.

TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Conocedores del auge de las llamadas terapias de tercera generación, derivadas de la primera (modelo conductual) y la segunda (cognitivo-conductual) hemos realizado una búsqueda añadiendo nomenclaturas expresas para tal fin, como hemos indicado en la estrategia de búsqueda. Todos los artículos incluidos en este apartado más específico usan *mindfulness*, como ya se plasma en el apartado anterior. En este sentido, la mayoría citan esta modalidad sin especificar, por lo que suponemos que es de forma completa (66). No obstante, tenemos que destacar que algunos autores hacen hincapié en partes del *mindfulness*, como gratitud o autocompasión (79) o la atención plena (110). En un caso se compara la aplicación de *mindfulness* individual versus la grupal (77). No es infrecuente encontrar la aplicación de técnicas de meditación, como hace Boxleitner (81) que compara esta técnica proporcionando un CD frente al mismo ejercicio a nivel presencial.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

De forma tangencial nos han aparecido trabajos que usan las nuevas tecnologías, sea en formato internet, terapia telefónica u otros recursos y soportes técnicos. Así, hemos hallado trabajos que usan la psicoterapia telefónica, internet o la videoconferencia, así como apps de móviles. Hay pocos trabajos que tengan resultados a nivel de estudios aleatorizados, pero empiezan a surgir algunos y conside-

ramos que esto debería incluirse en una búsqueda futura. Las dificultades de algunos pacientes para movilizarse, el aumento de personas mayores en nuestra sociedad occidental y el rechazo al entorno hospitalario en pacientes que ya no precisan tratamiento médico, pero sí psicológico, hace que este canal de aplicación sea cada vez más tenido en cuenta. De nuestra búsqueda han surgido unos trabajos que cumplen los criterios de estudios aleatorizados y que presentamos a continuación:

Se han encontrado dos trabajos del mismo grupo que usan la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a través del teléfono (93,94). Aunque los pacientes mejoran en los aspectos evaluados, no se hallan diferencias con el grupo bajo aplicación de terapia presencial. Los otros trabajos hallados se basan en sistemas de estimulación cognitiva a través del ordenador (111,112) o en usos de páginas web para promover los estilos de vida saludables (113). Otros estudian a través de la web el manejo de síntomas en mujeres con cáncer de mama (114) o incluso la aplicación de *mindfulness* a través de internet (115). No hallamos ningún trabajo con el uso de apps o aplicaciones para móviles, aunque creemos que en este momento hay varios trabajos en este sentido.

DISCUSIÓN

Revisando los resultados en base a nuestros objetivos, hallamos que los estudios aleatorizados en la disciplina de psicooncología no son muy numerosos. También debemos señalar que las muestras utilizadas en los estudios, a menudo son pequeñas y, además, al dividir las para la aleatorización quedan aún más reducidas. Por este motivo, no limitamos nuestra búsqueda por tamaño de muestra, como se hace a veces en este tipo de revisiones. En Psicología en general, y en psicooncología en particular, es costoso realizar un ensayo aleatorizado con todas las condiciones que supone. Por este motivo hemos incluido algunos trabajos sin grupo control, cambiando así uno de nuestros criterios de inclusión. Para reforzar los resultados, hemos incluido modelos teóricos ya conocidos de antemano y de probada eficacia, como es el modelo cognitivo-conductual. Ello nos ha llevado a obtener varios trabajos. No obstante, según podemos apreciar en este estudio, los grupos de investigación se están centrando mucho más en programas que incluyan *mindfulness*, terapia derivada de la cognitivo-conductual. Algunos usan el protocolo estandarizado de 8 semanas, pero no son pocos los que optan por adaptar las características del *mindfulness* a su realidad clínica con inclusión de un número de sesiones distinto, o centrándose en alguna de sus bases como el control en la atención o la auto-compasión. Resulta llamativo que, sin embargo, el uso de otra terapia de tercera generación, muy generalizada, como es la de Aceptación y Compromiso ACT, esté mucho menos presente en los trabajos en psicooncología. Se ha encontrado un estudio, sin grupo control, que añade datos de eficacia, aunque, como en la mayor parte de los estudios revisados, requieren de más investigación.

Una vez realizada la revisión, parecería útil el uso de metáforas, así como el de la aplicación de un modelo basado en la aceptación de las emociones negativas coherentes a la situación (desde luego el cáncer como acontecimiento estresante en la vida de cualquier persona es algo que lógicamente genera emociones negativas) y de los pensamientos poco adaptativos. También el trabajo centrado en la flexibilidad psicológica, una de las bases de ACT es interesante. Respecto a la tercera generación, si hemos hallado dos estudios que usan la activación conductual, que ha mostrado amplia eficacia en la depresión y que quizás sea una de las líneas futuras. Dentro de este tema de los modelos teóricos es destacable que dos trabajos usen un modelo psicodinámico breve en un estudio aleatorizado. Tradicionalmente se ha tenido este modelo como menos científico y es importante destacar estos trabajos que hacen el esfuerzo de integrar otras perspectivas que no habíamos previsto inicialmente.

Un aspecto que nos llama la atención es el creciente uso de terapias no probadas, solas o añadidas a un modelo terapéutico probado. Es necesario tratar de determinar si funcionan mejor solas o bien acompañadas de modelos probados. En la metodología utilizada para esta revisión planteamos que se incluirían resultados en base a modelos probados pero puesto que muchos trabajos usan las terapias llamadas complementarias añadidas a terapias psicológicas estandarizadas, nos ha parecido correcto

incluirlas. En este sentido empiezan a haber trabajos que usan la metodología de escritura narrativa, como forma de terapia, que incluso se puede usar online, donde los pacientes pueden escribir mensajes con el fin de desahogarse en su situación de recaída.

Un aspecto bastante señalado por varios trabajos es la mayor eficacia de los tratamientos experimentales en pacientes con más altos niveles de estrés. Esto aporta luz a un tema muy discutido en la disciplina de la Psicooncología, el enfoque más propio de la Psicología clínica que prima la atención a pacientes con más sintomatologías asociadas a los trastornos clásicos y propios de la disciplina o la orientación más amplia que atiende problemáticas que no necesariamente cumplen con unos criterios diagnósticos preestablecidos. Estos trabajos que observan más significación y utilidad de las terapias en personas que previamente cumplen con una topografía previa bien definida de trastorno psicológico, apoyaría una Psicooncología dirigida a pacientes con criterios de trastornos propiamente clínicos. Hay que aprovechar esta observación para señalar que no es infrecuente hallar estudios que incluyen pacientes sin un criterio previo de selección, lo que cuestiona a veces los resultados.

Del mismo modo, nos ha llamado la atención el uso cada vez más frecuente de programas de ejercicio físico, solo o combinado con intervenciones psicológicas, para objetivos de tipo no necesariamente físico. Es decir, la comprobación de que la adherencia a un programa de ejercicio físico puede contribuir a mejorar en calidad de vida y reducir los niveles de ansiedad y depresión. Asimismo, hemos podido ver algunos trabajos donde modelos clásicos de la Psicología se usan para mejorar en aspectos físicos derivados de los tratamientos, como el ejercicio físico o la dieta frente a la obesidad, o la adherencia a estilos de vida saludable. Seguramente lo aconsejable parece ser usar programas multimodales con el fin de promover una mejora global en los pacientes. En este sentido comentaremos que uno de los aspectos más frecuentes en los trabajos analizados es la fatiga como objetivo de tratamiento. La fatiga es una de las grandes consecuencias de los tratamientos anticancerosos, que además interfiere en la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes. Este es un problema que tiene que ver con la salud física pero también con la psicológica ya que el solapamiento con diagnóstico de depresión es frecuente y, además, los estudios incluyen la medida de la percepción por parte del paciente de esta problemática. Por ello se están hallando resultados que incluyen, como decimos, ejercicio físico en su protocolo.

Otro elemento frecuente es el abordaje a problemas de insomnio (combinado o no con fatiga). En esta misma línea hemos encontrado trabajos dedicados a reducir los sofocos en mujeres con cáncer de mama y tratamiento hormonal que provoca esta alteración. No solo se trata de reducir su frecuencia o intensidad, sino que los estudios también analizan aspectos más cognitivos como la percepción y los pensamientos erróneos al respecto. Creemos que es una línea de trabajo importante. Hallamos menos trabajos dedicados únicamente a la ansiedad y la depresión como parte de la recuperación del paciente.

Por otra parte, y como ya esperábamos, la modalidad grupal es relativamente frecuente en Psicooncología. Suelen ser programas basados en los modelos teóricos antes citados. Sin embargo, hemos podido comprobar que un trabajo que compara ambos tipos, cuando proporciona el mismo tipo de tratamiento, obtiene una menor participación en la terapia de grupo que en la individual.

Como ya ha venido sucediendo desde hace años, son mayoría los trabajos sobre pacientes con cáncer de mama, aunque estamos asistiendo a un crecimiento de estudios en pacientes de otros tipos, sobre todo en pacientes de cáncer de próstata, seguramente por el aumento en la incidencia y/o visibilidad de este cáncer masculino. Hemos hallado estudios que incluyen el cáncer de pulmón y colon, pero pocos y aún menos en cánceres no sólidos. Favorece esta dominancia de trabajos sobre mujeres con cáncer, el hecho de que tradicionalmente han sido más abiertas al tratamiento psicológico y a participar en estudios sobre este tema.

Respecto a la etapa evolutiva, hemos hallado algunos trabajos con niños oncológicos, supervivientes y a menudo incluyendo a sus padres. Sin embargo, en personas mayores no tenemos programas específi-

cos de este tipo. Se están confeccionando programas teniendo en cuenta la etapa evolutiva del paciente. Las terapias habituales no funcionan bien en personas ancianas, pero no solamente en cáncer, sino en general. Sabemos de programas que se están haciendo, por ejemplo, por parte del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, pero no hemos hallado ningún trabajo que muestre su eficacia al respecto y solo parece presente en actas de congresos internacionales de Psicooncología. En un futuro próximo tendremos más trabajos al respecto que usen las características propias del anciano con el fin de proporcionar terapias eficaces. Entre ellos, programas basados en la reminiscencia, es decir, en el empleo de los recuerdos pasados como parte de la terapia, ya que la evocación es una forma muy habitual de sentirse aliviados de las personas mayores.

Los familiares de los pacientes son objeto en la literatura de algunos trabajos que se orientan a tratar de mejorar su calidad de vida y proporcionar alivio en la carga del cuidador. Hemos hallado trabajos que se dirigen a la autoeficacia percibida por el familiar, tema no previsto en la búsqueda que nos parece muy interesante.

Sobre el uso de nuevas tecnologías, hemos hallado trabajos interesantes que empiezan a aleatorizar sus estudios para poder proporcionar datos fiables. Hay una cierta tendencia a elaborar programas de internet para la estimulación cognitiva (seguramente por las posibilidades que proporciona un mecanismo online para ejercicios que promuevan la atención y la motivación, no solo por su eficacia, sino por su posibilidad de llegar a más pacientes con menores costes). También hemos podido comprobar que incluso bajo canales de tipo digital o telefónico, el uso del modelo cognitivo-conductual, y más en concreto el *mindfulness*, sigue siendo el más habitual.

NOTAS

Las limitaciones del estudio que creemos haber determinado y pueden orientar nuevos trabajos en el futuro son las siguientes:

- Como limitación de resultados se ha incluido aquellos que fueran estudios aleatorizados. Aunque se han incluido algunos que no lo eran, la mayoría han pasado este filtro. Creemos que esta limitación reduce algunos resultados en cuanto a número, pero aumenta la calidad del estudio, pues nos proporciona solo datos con evidencia científica.
- Es necesario incluir en una búsqueda futura un análisis respecto a los profesionales que llevan a cabo las terapias. Una visión intuitiva nos lleva a observar que el psicólogo es un profesional poco presente en la realización práctica de las terapias y es un tema en el que deberíamos profundizar pues creemos que es quien debe llevar a cabo terapias psicológicas eficaces.
- Hemos partido de terapias probadas en Psicología, como los modelos cognitivos conductuales y sus derivados, porque ciertamente tienen más tradición científica. Sin embargo, han surgido otras propuestas, que hacen indicar en el futuro la necesidad de búsquedas que no estén condicionadas por modelos concretos. Es cierto que los modelos cognitivos conductuales muestran más eficacia, pero una búsqueda debería quizá poner como centro de la búsqueda los objetivos terapéuticos específicos.
- Aunque a lo largo de las páginas precedentes hemos tratado de describir y explicar con cierta sistemática la mayoría de los trabajos que se han revisado, ofrecemos en tablas anexas y de manera sintética todas las publicaciones analizadas en este estudio. Se recogen en estas tablas, junto a los autores y el título del artículo, el tamaño de la muestra, el programa aplicado, los objetivos del tratamiento, los resultados y un breve comentario.

CONCLUSIONES

- 1) Los tratamientos psicológicos son eficaces para mejorar la calidad de vida, reducir el estrés, ansiedad, depresión, insomnio, sexualidad, autoimagen, miedo a la recaída, adherencia y fatiga en pacientes de cáncer, aunque no todos incluyen seguimiento o proporcionan información sobre la duración y persistencia de la mejoría.
- 2) Las herramientas de evaluación son diversas y algunos incluyen medidas objetivas de origen neuropsicológico, psicofisiológico o incluso algunos estudios utilizan medidas radiológicas.
- 3) Los modelos más probados en Psicooncología son los de corte cognitivo-conductual con un crecimiento exponencial en los de tercera generación, sobre todo *Mindfulness* en la literatura más reciente. Estas terapias son derivados del modelo cognitivo conductual y son pocos los estudios que comparan a nivel de ensayo clínico ambas modalidades. Algunos emplean otras técnicas de la llamada tercera generación, como la activación conductual o la terapia de aceptación y compromiso.
- 4) La mayoría de trabajos plantean un protocolo individual, pero algunos estudios incluyen el grupo, bien únicamente o bien con el fin de comparar ambas modalidades.
- 5) En los trabajos se empieza a incorporar un abordaje multimodal, con inclusión de ejercicio físico en diversas modalidades.
- 6) La localización más trabajada en estudios aleatorizados es el cáncer de mama, aunque empieza a haber trabajos en cáncer de próstata, cáncer de cabeza y cuello, pulmón, melanoma, cérvix u ovario. Algunos mezclan dos o más localizaciones pues incluyen un objetivo de tratamiento, o una comparativa entre tratamientos. Aún en este último caso, cáncer de mama sigue incluyéndose de forma prioritaria.
- 7) La etapa sobre la que más trabajos encontramos es la de supervivencia, aunque cuando se trata de familiares también son frecuentes trabajos en fase avanzada, paliativa o, incluso duelo. Algunos se centran en la etapa de consejo genético o diagnóstico inicial o de tratamiento médico, dando herramientas para adaptarse al mismo o para afrontar sus consecuencias.
- 8) Algunos trabajos están dirigidos a los familiares de los pacientes con cáncer, a veces en diadas, es decir paciente y su familiar siguiendo una terapia conjunta.
- 9) Hallamos pocos trabajos aleatorizados en niños con cáncer y menos con el uso de terapias estándar y, alguno es sobre aspectos como las repercusiones neurocognitivas. De lo contrario están más dirigidos a sus familiares (con frecuencia los padres, o a padres con cáncer en el afrontamiento de la enfermedad respecto a sus hijos).
- 10) No hallamos casi estudios aleatorizados de tratamiento psicológico en ancianos con cáncer, en concreto solo uno, aunque en la literatura y en los congresos se están apuntando protocolos no basados en los modelos tradicionales de la Psicología, que, para esta etapa evolutiva no parecen ofrecer buenos resultados.
- 11) Muchos trabajos empiezan a incluir como modalidad de aplicación las nuevas tecnologías, tanto para aplicación del tratamiento, como para reforzar el mismo, sea con el uso del ordenador para estimulación cognitiva, sea con internet o teléfono. En este sentido el modelo más probado es igualmente el basado en las terapias de corte cognitivo-conductual o alguna de sus versiones en nuevas terapias.

ANEXOS: LITERATURA REVISADA

TABLA 1: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA GENERAL

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
PUBMED						
Nápoles AM, Ortíz C, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, Gregorich S, Lee HE, Durón Y, McGuire P, Luce J.	Randomized controlled trial of Nuevo Amanecer: a peer-delivered stress management intervention for Spanish-speaking Latinas with breast cancer.	N= 151 pacientes con cáncer de mama latinas en USA (n=76 en el grupo de intervención y n=75 en el control)	Adaptado a latinas en base al modelo cognitivo conductual	Reducción del estrés y sus síntomas e incremento de la calidad de vida	Mejora en todos los parámetros evaluados, no quedan claro instrumentos utilizados de evaluación	No Queda claro cómo evalúan los resultados
SCOPUS						
Hopko, D.R., Armento, M.E.A., Robertson, S.M.C., Ryba, M.M., Carvalho, J.P., Colman, L.K., Mullane, C., Gawrysiak, M., Bell, J.L., McNulty, J.K., Lejuez, C.W.	Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial	N= 80 mujeres con cáncer de mama y depresión mayor, dos grupos	Se comparan dos tratamientos, uno basado en activación conductual (8 sesiones) y otro en resolución de problemas.	Reducción de la depresión, refuerzo del entorno, ansiedad, calidad de vida, soporte social y aspectos médicos	Mejora en todos los parámetros en ambos modelos de tratamiento, en el post y a largo plazo (12 meses), aunque en esta última evaluación hay una cierta tendencia superior de la activación conductual (sin ser significativa)	De los pocos trabajos que usan esta técnica de la tercera generación
Monti, D.A., Kash, K.M., Kunkel, E.J.S., Brainard, G., Wintering, N., Moss, A.S., Rao, H., Zhu, S., Newberg, A.B.	Changes in cerebral blood flow and anxiety associated with an 8-week mindfulness programme in women with breast cancer	N= 80 mujeres supervivientes de cáncer de mama (6 meses a 3 años de finalización del tratamiento activo)	Dos grupos aleatorios, uno con tratamiento basado en Mindfulness y arteterapia y el otro el tratamiento psicoeducativo habitual	Ansiedad, estrés y Resonancia Magnética Cerebral funcional	Mejora significativa en el grupo de intervención en los parámetros evaluados que correlacionan con cambios en la RNM, en un periodo de 8 semanas	Faltaría un largo plazo
Monti, D. A., Kash, K. M., Kunkel, E. J., Moss, A., Mathews, M., Brainard, G., Anne, R., Leiby, B. E., Pequinot, E. and Newberg, A. B.	Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer.	N= 191 pacientes con cáncer de mama	Dos grupos, uno con el tratamiento habitual, otro MBCT y arteterapia	Estrés	En el corto plazo ambos grupos muestran mejoría, pero en el largo plazo se mantiene más en el grupo experimental. Es sobretodo útil en mujeres con más altos niveles de estrés	Faltaría delimitar bien lo que es arteterapia para hacer muestras homogéneas
Schmidt, M.E., Wiskemann, J., Armbrust, P., Schneeweiss, A., Ulrich, C.M., Steindorf, K.	Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial	N= 101 pacientes a punto de iniciar quimioterapia	Asignados aleatoriamente a dos grupos, uno con ejercicio de resistencia y el otro relajación, ambos de la misma duración y en grupo	Fatiga como objetivo principal, calidad de vida y aspectos afectivos	Mejoría en el grupo de ejercicio en fatiga y calidad de vida, pero no en fatiga cognitiva ni aspectos afectivos	No usa técnicas propiamente psicológicas, aunque la relajación podría ser considerada como tal
Bleich, C., Büscher, C., Melchior, H., Grochocka, A., Thorenz, A., Schulz, H., Koch, U., Watzke, B.	Effectiveness of case management as a cross-sectoral healthcare provision for women with breast cancer	N= 244 mujeres con cáncer de mama	Asignadas aleatoriamente a grupo intervención (manejo del caso) o control (tratamiento habitual).	Calidad de vida y distrés psicológico	No hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos, solo en la evaluación a los seis meses mejoría en el aspecto físico de la calidad de vida del grupo de tratamiento	Los autores hipotetizan que el tratamiento habitual usado como control es de alto estándar y eso explicaría la falta de significación.

TABLA 1: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA GENERAL

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Sharpe, M., Walker, J., Hansen, C.H., Martin, P., Symeonides, S., Gourley, C., Wall, L., Weller, D., Murray, G.	Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): A multicentre randomised controlled effectiveness trial.	N= 253 pacientes con cáncer de diversas localizaciones, con diagnóstico de depresión	Se incluyeron en dos grupos randomizados, uno con el tratamiento habitual (medicina de familia) otro con un programa protocolizado multicomponente proporcionado por profesionales de la salud mental	Depresión mayor como objetivo primario y secundarios calidad de vida, ansiedad, fatiga	Mejoría en depresión, ansiedad, calidad de vida, funcionalidad, percepción de salud, fatiga y de satisfacción con el tratamiento recibido para su depresión en el grupo de intervención	Remarcar el profesional que proporciona el cuidado como ítem a tener en cuenta
PSYCHINFO						
Butler R, Copeland D, Fairclough D, Mulhern R, Katz E, Sahler O, et al.	A multicenter, randomized clinical trial of a cognitive remediation program for childhood survivors of a pediatric malignancy.	N= 161 Niños y adolescentes supervivientes de cáncer pediátrico que hubieran completado la quimioterapia al menos un año antes de entrar en el estudio	Se aplicó un programa de estimulación neuropsicológica a dos tercios de la muestra escogidos aleatoriamente	Rendimiento neuropsicológico	Mejoría en la muestra de intervención, en resultados de destreza neuropsicológica y en rendimiento escolar aunque bajo tamaño del efecto	No hay efectos a largo plazo.

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
PUBMED						
Hunter, MS, Hisam Hamed, SC, Ian, EF, Grunfeld, EA	Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment	N= 17 pacientes con cáncer de mama que hubieran finalizado el tratamiento activo	Terapia cognitivo-conductual en grupo, seis sesiones semanales	Reducir los síntomas de menopausia y la percepción de los mismos	Mejoran todas las áreas evaluadas	Muestra muy pequeña, sin grupo control. No queda claro el proceso de selección
Mann, E., Smith, M.J., Hellier, J., Balabanovic, J.A., Hamed, H., Grunfeld, E.A., Hunter, M.S.	Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): A randomised controlled trial	N= 96 mujeres con cancer de mama y tratamiento finalizado con problemas con los sofocos	Asignados a 2 grupos aleatorios, tratamiento habitual, más tratamiento en grupo basado en la CBT en grupo al experimental. Se aplicó 6 sesiones semanales con psicoeducación, respiración y técnicas cognitivo-conductuales para manejar los sofocos y sus efectos.	Mejora de los sofocos y su percepción y secundariamente humor, sueño y calidad de vida	Mejoría significativa en todos los aspectos evaluados en el grupo experimental que se mantienen en los seguimientos	Máximo seguimiento a las 26 semanas
Siddons, H. M., Wootten, A. C. and Costello, A. J.	A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer.	N= 60 pacientes con cancer de próstata que han sufrido prostatectomía radical de 6 meses a 5 años antes del estudio	Terapia cognitivo conductual en formato grupal, 8 sesiones	Mejora de la función sexual	Mejora en el grupo de intervención en todos los parámetros evaluados	No se les mide seguimiento

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Stefanopoulou E, Yousaf O1, Grunfeld E, Hunter MS.	A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN).	N= 88 pacientes (33 en el grupo de intervención y 35 en el control, que recibe el tratamiento habitual)	Terapia cognitivo conductual breve y autoaplicada, con refuerzo telefónico	Reducir los sofocos en hombres con cáncer de próstata y en percepciones y pensamientos negativos al respecto	Mejora respecto al objetivo principal (reducción de sofocos y percepciones y creencias al respecto), pero no en humor ni calidad de vida	No queda claro tema grupo control, cual es el tratamiento habitual
Zhou, ES , Partridge, AH., Recklitis, CJ	A pilot trial of brief group cognitive-behavioral treatment for insomnia in an adult cancer survivorship program	N=38 pacientes la mayoría con cáncer de mama	Terapia cognitivo conductual de 3 sesiones	Insomnio en supervivientes de cáncer	Mejoran en todas las áreas evaluadas	No vemos cuestionarios, es un estudio piloto, sin grupo control, no consta el proceso de selección
Kangas, M. , Milross, C. , Taylor, A. and Bryant, R. A.	A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients.	N= 45 pacientes de ORL	Divididos en dos grupos al azar, uno con sesiones de counselling y el otro (experimental) con tratamiento cognitivo-conductual multimodal.	Depresión, asneidad y estrés post-traumático	Mejoría en ambos grupos pero el experimentaíl no cumple a los 12 meses criterios clínicos ni subclínicos de ninguno de los trastornos	Grupos pequeños
Traeger, L. , Penedo, F. J. , Benedict, C. , Dahn, J. R. , Lechner, S. C. , Schneiderman, N. and Antoni, M. H.	Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors Psycho-Oncology	N= 257 pacientes con cáncer de próstata localizado	Asignados a dos grupos aleatorios a tratamiento cognitivo conductual para combatir el estrés versus un programa educativo de una mañana	Reducción del estrés, mejora del estado emocional	Mejoría en todas las áreas evaluadas. Factores pronósticos de esta mejoría en parte la percepción de enfermedad en pacientes con más estrés al inicio, sexualidad e incontinencia no predisponen a un mejor resultado de la terapia	Buena muestra y homogénea.
Fleming, L. , Randell, K. , Harvey, C. and Espie, C. A.	Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce clinical levels of fatigue, anxiety and depression in cancer patients?	N= 113 pacientes con cancer que padecían insomnio	Se dividieron en dos grupos, uno con terapia cognitivo conductual para el insomnio	Objetivo principal el insomnio, pero quieren determinar si mejorándolo , esto repercute en mejoras en ansiedad, depresión e insomnio	Mejoría y sobretodo relación entre insomnio y fatiga	Trabajo importante al determinar la relación entre unos y otros factores y, por ello muy interesante al diseñar trabajos
Rissanen, R., Nordin, K., Ahlgren, J., and Arving, C.	A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs. individual setting	N=425 mujeres con cancer de mama	Divididas en dos grupos con terapia cognitivo-conductual, uno individual, el otro grupal	Manejo del estrés	No hubo diferencias entre un u otra modalidad, pero el porcentaje de personas que siguieron la terapia individual fue superior al que siguieron la grupal	Tener en cuenta que la modalidad individual es mucho más elegida

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Couper, J. , Collins, A. , Bloch, S. , Street, A. , Duchesne, G. , Jones, T. , Olver, J. and Love, A.	CECT for men with prostate cancer and their partners.	N= 62 pacientes con cancer de próstata y sus parejas	Dos grupos aleatorizados uno con el tratamiento habitual, el otro con intervención cognitivo existencial	Funcionamiento de la pareja, con objetivos secundarios como inducir un afrontamiento adaptativo, reducir el distrés y mejora de la salud mental.	Mejoría en el grupo de intervención en todos los aspectos evaluados, que se mantiene a los 9 meses	No queda muy claro lo que significa terapia cognitivo- existencial
Fegg, M. J. , Brandstätter, M. , Kögler, M. , Hauke, G. , Rechenberg- Winter, P. , Fensterer, V. , Küchenhoff, H. , Hentrich, M. , Belka, C. and Borasio, G. D.	Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial.	N= 161 familiares de pacientes en fase paliativa	Divididos en dos grupos al azar, uno con tratamiento cognitivo existencial, el otro control	Apoyo a los familiares en su carga de cuidar	Mejora inmediatamente después y a los 12 meses, pero no a los 3 meses	De nuevo se añade la palabra existencial sin que quede muy claro en qué consiste
Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain- Piquard, A., Hardy, P. and Dickes, P.	The effectiveness of a psycho- educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized	N=203 pacientes con cáncer de mama primario, después de finalizar el tratamiento activo	Dos grupos randomizados, lista de espera o programa psicoeducativo (8 sesiones)	Manejo del estrés, relaciones interpersonales	Mejora en todos los parámetros evaluados, pero no en las estrategias de afrontamiento	Es un programa psicoeducativo, no queda claro en qué punto se centra la intervención
Heisig S. R., Shedden-Mora M. C., von Blanckenburg P., Schuricht F., Rief W., Albert U.-S., and Nestoriuc Y.	Informing women with breast cancer about endocrine therapy: effects on knowledge and adherence	N=137 pacientes con cáncer de mama con indicación de tratamiento endocrino	Dos grupos randomizados. Uno con el tratamiento habitual informativo, el otro (experimental) uno psicoeducativo	Conocimientos respecto al programa psicoeducativo y adherencia al tratamiento	Mejor conocimiento en el grupo de intervención pero no en adherencia al tratamiento	Enfoca la adherencia al tratamiento, aspecto fundamental, aunque no halla mejorías
Savard, J. , Villa, J., Simard, S. , Ivers, H. and Morin, C. M.	Feasibility of a self- help treatment for insomnia comorbid with cancer.	N= 11 pacientes	Folleto y videos y CDS	Suelo y calidad de vida	Mejora en todos los parámetros	Sin grupo control y grupo muy pequeño
Gaston-Johansson, F. , Fall-Dickson, J. M., Nanda, J. P., Sarenmalm, E. K., Browall, M. and Goldstein, N.	Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high- dose chemotherapy	N= 73 pacientes con cancer de mama pendientes de autotransplante de médula ósea	Dos grupos al azar, uno control, y el otro con estrategias de auto manejo y afrontamiento del estrés	Estrés, afrontamiento y calidad de vida	Mejoría en todos los parámetros evaluados, calidad de vida tanto global como cada escala	Incluye seguimiento al año, lo que es una fortaleza del estudio
van der Lee, M., Garssen, B.	Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study	N= 100 de los que quedan 83 (59 grupo de intervención + 24 de grupo control, en lista de espera); supervivientes de cáncer de localizaciones mixtas	MBCT	Reducir la fatiga crónica	Mejora el grupo de intervención excepto en la funcionalidad	Localizaciones mixtas, no incluye seguimiento en el grupo control

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Stafford, L., Foley, E., Judd, F. et al. Support Care Cancer	Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility.	Mujeres con cáncer de mama y ginecológico	Grupo con sesiones de Mindfulness (MBCT) de 8 semanas	Distrés y calidad de vida	Mejoría en los parámetros evaluados	No hay grupo control, aspecto que los propios profesionales señalan como una carencia del estudio
Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Jim, H. S., Ramesar, S., Alinat, C. B., Budhrani, P. H., Farias, J. R., Shelton, M. M., Moscoso, M. S., Park, J. Y. and Kip, K. E.	The effects of mindfulness-based stress reduction on objective and subjective sleep parameters in women with breast cancer: a randomized controlled trial	N= 69 pacientes supervivientes de cáncer de mama con insomnio	Un grupo recibió un tratamiento basado en Mindfulness y el otro el habitual	Insomnio	Mejoría en el grupo control en todos los parámetros relacionados con el sueño	Incluye la medida del insomnio objetiva y la percepción de los pacientes, lo que aumenta la validez del trabajo
Johns, S. A., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Monahan, P. O., Tong, Y., and Kroenke, K.	Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors.	N= 35 pacientes con diversos tipos de cáncer y con evidencia de altos niveles de fatiga	Dos grupos randomizados, uno con sesiones de Mindfulness y terapia cognitiva, el otro control	Fatiga	Mejoría en todos los parámetros evaluados relacionados con la fatiga	Grupos muy pequeños
Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J. and Blackledge, J. T.	Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study.	N= 45 pacientes de todo tipo de cáncer	Terapia de Aceptación y compromiso con el fin de producir flexibilidad cognitiva	Flexibilidad cognitiva, calidad de vida, estado de ánimo y distrés	Mejoría pero no mucho tamaño del efecto. No superior a otras terapias. La flexibilidad cognitiva induce la mejora en todo lo demás	Sin grupo control.
Serfaty, M., Wilkinson, S., Freeman, C., Mannix, K. King, M.,	Citation for: The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/ palliative care	N= 39, 19 a CBT y 20 a aromaterapia, incluye pacientes de todo tipo de cáncer en cualquier fase de la enfermedad	Ensayo clínico CBT versus aromaterapia añadidos al tratamiento habitual	Reducir ansiedad, depresión y estado psicológico general	Mejoran en las áreas evaluadas todos los pacientes, en depresión mejores resultados en CBT, aunque no logra la significación	No queda claro cuál es el tratamiento habitual, por lo que este añadido puede tener consecuencias, si, por ejemplo el tr. Habitual ya es de corte más cognitivo o psicológico, muestra muy pequeña para unos criterios de selección tan heterogéneos
Mendoza, M.E., Capafons, A., Gralow, J.R., Syrjala, K.L., Suárez-Rodríguez, J.M. Fann, J.R., Jensen, M.P.	Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors	N=44 pacientes de todo tipo de cáncer, la mayoría mujeres	Asignados en dos grupos aleatorios cruzados con orden invertido todos recibieron: CBT hipnosis y tratamiento educativo, de 22 pacientes cada uno	Reducción de dolor, fatiga e insomnio	Mejoría en todas las áreas evaluadas, se mantiene con el seguimiento	Muestra pequeña para ser tan heterogénea, estaría bien haber usado un grupo control puro. No quedan claro instrumentos evaluación utilizados.

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Milbury, K., Chaoul, A., Biegler, K., Wangyal, T., Spelman, A., Meyers, C. A., Arun, B., Palmer, J. L., Taylor, J. and Cohen, L.	Tibetan sound meditation for cognitive dysfunction: results of a randomized controlled pilot trial.	N= 47 mujeres asignadas al azar entre lista de espera y meditación con sonido tibetano	Programa de meditación con sonido tibetano	Objetivo principal: rendimiento neuropsicológico, secundarios: calidad de vida, depresión, insomnio, fatiga y espiritualidad	Mejoría en todo pero al mes no se mantiene	
SCOPUS						
Eichler, C., Pia, M., Sibylle, M., Sauerwald, A., Friedrich, W., Warm, M.	Cognitive behavioral therapy in breast cancer patients - A feasibility study of an 8 week intervention for tumor associated fatigue treatment	N= 23 pacientes con cancer de mama y que cumplieran criterios de fatiga	Programa en grupo basado en 8 sesiones, el modelo es el cognitivo-conductual	Fatiga, ansiedad, depresión	Mejoría sobretudo en fatiga y depresión, pero también en ansiedad	Muestra pequeña, no hay grupo control
Iancu M, Pop F, Farcaș RI, Gherman A, Zgaia A, Vlad C, et al. The effect of psychological group intervention on emotional problems, event impact and quality of life in breast cancer patients under radiotherapy: A pilot study.	The efficacy of Guolin-Qigong on the body-mind health of Chinese women with breast cancer: a randomized controlled trial	N=24 mujeres con cancer de mama bajo tratamiento de radioterapia	Dos grupos al azar, a uno se le aplicó CBT el otro grupo control	Distrés emocional y calidad de vida	Diferencias significativas a favor del grupo experimental	Muestra muy pequeña, es un estudio piloto
McGregor, B.A., Dolan, E.D., Murphy, K.M., Sannes, T.S., Highland, K.B., Albano, D.L., Ward, A.A., Charbonneau, A.M., Redman, M.W., Ceballos, R.M.	Cognitive Behavioral Stress Management for Healthy Women at Risk for Breast Cancer: a Novel Application of a Proven Intervention.	N= 158 mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama	Modalidad grupal. Lista de espera versus tratamiento cognitivo-conductual de 10 semanas	Principal: estrés, secundarios: depresión y adherencia a la prescripción de relajación	Mejoría en el grupo experimental, en estrés y depresión. El seguimiento de la relajación es un buen predictor en reducción del estrés	No queda claro el criterio de inclusión en cuanto a estrés
Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., Duval, K., Larochelle, M.	A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors	N= 87 mujeres con cancer de mama no metastásico que hubieran finalizado el tratamiento	Asignadas a dos grupos de forma randomizada, uno con tratamiento habitual, el otro con programa de 4 semanas (Lazarus + ejercicio físico)	Objetivo principal: reducir la fatiga, pero también calidad de vida y distrés emocional	Se logra mejoría en todos los parámetros en el grupo de intervención en todos los momentos evaluados.	El máximo seguimiento es a 3 meses
May, A.M., Korstjens, I., Van Weert, E., Van Den Borne, B., Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Van Der Schans, C.P., Mesters, I., Passchier, J., Grobbee, D.E., Ros, W.J.G.	Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: Results from a randomized trial	N= 147 pacientes con cáncer de todo tipo y en todo momento de la enfermedad fueron asignados aleatoriamente a dos grupos	Programa con ejercicio físico, y en uno de ellos se añadió la terapia cognitivo-conductual	Calidad de vida	Ambos mejoran en los tres momentos evaluados, post tratamiento, 3 y 9 meses, pero la terapia cognitivo-conductual no influye en esto.	No queda claro cuál es el protocolo cognitivo-conductual seguido. Mezcla de pacientes

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Kröz M, Reif M, Glinz A, Berger B, Nikolaou A, Zerm R, et al.	Impact of a combined multimodal-aerobic and multimodal intervention compared to standard aerobic treatment in breast cancer survivors with chronic cancer-related fatigue - results of a three-armed pragmatic trial in a comprehensive cohort design.	N= 131 pacientes supervivientes con cáncer de mama dirigido a reducir la fatiga.	3 grupos, uno con aeróbic, otro con tratamiento multimodal y el tercero combinando ambos	Fatiga	La mejor opción es el tratamiento multimodal	Los autores reclaman un estudio a largo plazo con más pacientes. Es necesario indicar que una parte de las pacientes eligieron el tratamiento.
Peddle-Mcintyre, C.J., Bell, G., Fenton, D., McCargar, L., Courneya, K.S.	Changes in motivational outcomes after a supervised resistance exercise training intervention in lung cancer survivors	N=15 pacientes supervivientes de cáncer de pulmón	Se aplicó un programa de ejercicio de resistencia para mejorar la motivación	Motivación, autoeficacia, percepción de control, aspectos afectivos	Mejoría en el aspecto de autocontrol y eficacia pero no en los afectos.	Muestra pequeña, necesita un largo plazo. No tiene grupo control
Travier N, Velthuis MJ, Steins Bisschop CN, van den Buijs B, Monninkhof EM, Backx F, et al.	Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: A randomised controlled trial	N=204 mujeres recientemente diagnosticadas de cáncer de mama	Grupos randomizados, uno control, el otro con provisión de aeróbic y ejercicio físico de resistencia	Fatiga	Mejora en la evaluación inmediata pero sin diferencias en el seguimiento a medio plazo.	Hipotetizan que es debido que el grupo control hizo actividad física entremedia, pero esto no está demostrado ni controlado.
Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S.A., Mokaryan, F., Gukizade, A., Mohammadi, A.	Effects of cognitive behavioral counseling on body image following mastectomy	N= 72 mujeres con cancer de mama mastectomizadas,	Se las asignó al azar a grupo control o experimental (terapia racional emotiva de Ellis)	Autoimagen	La autoimagen mejoró en las mujeres de grupo experimental	Aunque esté clasificado como cognitivo-conductual, se basa en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, de corte parecido
Björneklett, H.G., Lindemalm, C., Ojutkangas, M.-L., Berglund, A., Letocha, H., Strang, P., Bergkvist, L.	A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer	N= 382 mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama	Fueron asignadas a control o grupo experimental (una semana en régimen residencial, con psicoeducación, relajación, visualización y comunicación no verbal) más seguimiento a los 4 meses.	Se evaluó fatiga y calidad de vida en ambos casos.	Los seguimientos de 2 y 6 meses mostraron mejoría en el grupo experimental pero no a los 12 meses.	No queda claro si son recién diagnosticadas porque se focalizan en fatiga que viene después
Koolae AK, Naeistani MS, Mosalanejad L.	An investigation of the effect of music therapy on body image of women with breast cancer	N=30 mujeres con cáncer de mama	Uno control, el otro relajación y técnicas de musicoterapia	Imagen corporal	Mejora en el grupo experimental	Método de selección purposivo (muestra deliberada), bajo el juicio del investigador. No queda claro el estadio de la enfermedad

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
John, K., Becker, K., Mattejat, F.	Impact of family-oriented rehabilitation and prevention: An inpatient program for mothers with breast cancer and their children	N= 116 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama primario, sin metástasis y sus hijos	Programa de 3 semanas con rehabilitación, aspectos psicosociales y temas centrados en la atención a los hijos.	Calidad de vida y estado emocional	Mejorías en todos los aspectos evaluados	No tiene grupo control
Sahler, O.J.Z., Dolgin, M.J., Phipps, S., Fairclough, D.L., Askins, M.A., Katz, E.R., Noll, R.B., Butler, R.W.	Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial	N= 309 madres de niños diagnosticados de cáncer de 2 a 16 meses antes	Divididas en dos grupos al azar, el experimental recibió terapia de solución de problemas y el otro una terapia no directiva. En ambos casos fue homogéneo en sesiones (8 de una hora de duración, semanales)	Ansiedad, depresión, estrés post-traumático	Mejoría en ambos grupos en la evaluación inmediata, pero en el seguimiento sigue la mejoría en el grupo de solución de problemas	Buena aportación, aunque es a los 3 meses, quizás sería necesario mantener más seguimiento.
Hoogland AI, Lechner SC, Gonzalez BD, Small BJ, Tyson DM, Asvat Y, et al.	Efficacy of a Spanish-Language Self-Administered Stress Management Training intervention for Latinas undergoing chemotherapy.	N= 240 mujeres con cancer de mama a punto de empezar quimioterapia	Asignadas a dos grupos, control (soporte habitual) y un programa expreso de tratamiento basado en el entrenamiento en automanejo del estrés	Estrés	Mejoría en el grupo experimental	Usa la técnica de resolución de problemas, clásica del modelo conductual
Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., Canales, S., Avins, A.L.	Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life - A pilot feasibility study	N= 20 pacientes con cáncer que participan a partir del criterio de selección de puntuación de ansiedad y depresión alta en cuestionario estandarizado.	Se aplica Mindfulness a través de proporcionar un CD con ejercicios grabados.	Ansiedad, depresión y calidad de vida	Disminuye la media de ansiedad y depresión y aumenta la calidad de vida	Estudio piloto sin grupo control.
Campbell, T.S., Labelle, L.E., Bacon, S.L., Faris, P., Carlson, L.E.	Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study	N=35 dividido en dos grupos (se seleccionaron al azar 19 que estaban en lista de espera para un programa basado en MBSR)	Se aplica Mindfulness (MBSR de 8 semanas)	Atención, rumiación, presión sanguínea	Mejoras en atención, rumiación pero no en presión sanguínea	Estudio inicial con muestra pequeña
Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al.	Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer.	N= 50 pacientes de los que llegaron a realizar todo el seguimiento 16, con cáncer avanzado.	Programa llamado CALM, basado en Mindfulness	Ansiedad, depresión y bienestar espiritual	Mejoría en depresión y ansiedad respecto a la muerte y espiritualidad	Muestra pequeña, sin grupo control
Blaes AH, Fenner D, Bachanova V, Torkelson C, Geller M, Haddad T, et al.	Mindfulness-based cancer recovery in survivors recovering from chemotherapy and radiation.	N= 42 pacientes que hubieran finalizado quimioterapia o radioterapia al menos 6 meses antes del programa	Dos grupos randomizados, uno con MBCT y el otro en lista de espera	Ansiedad, depresión, fatiga, insomnio y marcadores sanguíneos del sistema inmunológico	Mejora en todos los parámetros, especialmente ansiedad, fatiga y sueño, pero no en marcadores inmunológicos	Incluye marcadores inmunológicos, muestra pequeña

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Dieng M, Butow PN, Costa DSJ, Morton RL, Menzies SW, Mireskandari S, et al.	Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial	N=164 pacientes curados de melanoma pero con alto riesgo de recaída	Programa psicoeducativo proporcionado por teléfono	Reducción del miedo a la recaída, estrés	Mejoría en el grupo experimental	Trabajo sobre el miedo a la recaída del grupo australiano que está en la actualidad muy activo en este tema
Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, Jensen AB, Højris I, Zachariae R.	Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: A randomized controlled trial	N= 129 mujeres con cáncer de mama que reportaban dolor post tratamiento.	Dos grupos randomizados, uno con MBCT y el otro en lista de espera.	Varios parámetros de dolor, calidad de vida, distrés, ansiedad y depresión	Mejora en intensidad de dolor, calidad de vida y distrés psicológico del grupo control	Es de los pocos trabajos que incluye el tema del dolor
Schellekens MPJ, van den Hurk DGM, Prins JB, Donders ART, Molema J, Dekhuijzen R, et al.	Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial	N= 31 pacientes con cáncer de pulmón y 21 de sus parejas	Programa de mindfulness añadido al tratamiento habitual (que recibieron los grupos control).	Distrés psicológico, y secundarios: calidad de vida, carga del cuidador, satisfacción en las relaciones, habilidades de mindfulness, auto compasión, rumiación y síntomas de estrés post traumático	Mejoraron en todo los pacientes peor no los familiares	No queda claro el criterio de asignación a grupos, los autores hipotetizan sobre que no sea efectivo en familiares porque están más pendientes de su familiar que de sí mismos.
Garland SN, Rouleau CR, Campbell T, Samuels C, Carlson LE. The	Comparative Impact of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) on Sleep and Mindfulness in Cancer Patients.	N=72 pacientes con cáncer e insomnio	Divididos en dos grupos aleatorios comparando Mindfulness y Terapia cognitivo conductual	Insomnio y pensamientos disfuncionales acerca del mismo como aspecto que exacerba el problema con el dormir	Respecto al sueño ambos grupos muestran mejoría igualmente significativa. Pero mindfulness es superior respecto a los pensamientos disfuncionales sobre el sueño, por su provisión de actitudes de atención sin juzgar de los mismos	Aborda las creencias sobre el sueño, aspecto original. Muy interesante por el análisis de los pensamientos disfuncionales respecto al sueño sin juzgar
Krieger, J.L., Parrott, R.L., Nussbaum, J.F.	Metaphor use and health literacy: A pilot study of strategies to explain randomization in cancer clinical trials	N= 64 mujeres de zonas rurales con cáncer, candidatas a ensayo clínico en fase 3	Se dividieron en 3 grupos para proporcionarles el mensaje sobre lo que es la randomización: explicación verbal adaptada, mensaje con metáfora habitual, mensaje con metáfora culturalmente adaptada	Intención de participar en un ensayo clínico	Mejoría en el grupo de metáfora adaptada, aunque cuando incrementa la atención estas diferencias disminuyen	No queda claro lo que es aumentar la atención

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J.M., Fernández, R., Peláez, I.	Behavioral activation treatment for cancer patients	N=138 pacientes con cáncer de mama y de pulmón en proceso de quimioterapia	Se dividieron en dos grupos aleatorios uno experimental (activación conductual) y grupo control	Frecuencia e intensidad de los síntomas de la enfermedad y / o tratamiento médico; afectación de la autonomía personal, la actividad de la vida diaria, el ocio, la actividad laboral, las relaciones familiares y sociales y las perturbaciones emocionales.	Mejoría en los parámetros evaluados en el grupo experimental de cáncer de pulmón peor no en el de mama que, sin embargo con el paso del tiempo experimentó menos cansancio y fatiga.	De los pocos trabajos que aplica la activación conductual
Butow PN, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith AB, Fardell JE, et al.	Randomized trial of ConquerFear: A novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence	N= 121 pacientes curados de cáncer de mama y de colon que cumplieron criterios de miedo a la recaída.	Grupo experimental con el programa Conquerfear basado en técnicas de tercera generación versus el grupo control con tratamiento basado en relajación	Principal el miedo a la recaída y secundarios afrontamiento, ansiedad, distrés específico relacionado con la enfermedad	Mejoraron en todos los aspectos evaluados tanto en la medida inmediata como en el largo plazo (máx. 6 meses)	Buen trabajo, debería verse el seguimiento más a largo plazo
Zwerenz, R., Beutel, M.E., Imruck, B.H., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., Schmidberger, H., Hoffmann, G., Schmidt, M., Köhler, U., Langanke, D., Kortmann, R.-D., Kuhnt, S., Weißflog, G., Barthel, Y., Leuteritz, K., Brähler, E.	Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: Study protocol for a randomized controlled trial	N= 180 pacientes con cáncer de mama diagnosticadas de depresión	Divididas en dos grupos al azar, uno se aplicó terapia psicodinámica breve (20 sesiones + 4), al otro el tratamiento habitual más recomendaciones sobre centros de counseling e información por parte del médico	Depresión y calidad de vida	Mejoría en el grupo experimental, medido por HADs y entrevista DSM por dos evaluadores cegados	Bueno que aparezca otro modelo teórico, y que haya entrevista doble cegada
Weißflog, G., Brähler, E., Leuteritz, K., Barthel, Y., Kuhnt, S., Wiltink, J., Zwerenz, R., Beutel, M.E.	Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial	N= 106 mujeres con cáncer de mama y diagnóstico de depresión	Asignadas de forma randomizada a un programa de psicoterapia psicodinámica breve (terapia soportiva-expresiva) o al tratamiento habitual	Depresión y su asociación con fatiga, fatiga y calidad de vida	Mejoría en el grupo experimental	Útil en mujeres diagnosticadas de depresión, no sabemos qué pasaría si aisláramos la fatiga como objetivo central
Jensen-Johansen, M.B., Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Jensen, A.B., Bovbjerg, D.H., Zachariae, R.	Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors - Results from a nationwide randomized clinical trial	N= 507 pacientes recientemente diagnosticadas de cáncer de mama	Fueron divididas en dos grupos al azar a los que se aplicó escritura narrativa tres veces en 3 sesiones en una semana. El grupo experimental debía escribir sobre aspectos emocionales relacionados con el cáncer y el otro precisamente no debía incluir estos aspectos.	Cambios en el humor, depresión, evitación del cáncer	No hubo grandes diferencias entre ambos grupos, todos mejoraron respecto a los parámetros evaluados. Solo el grupo que no escribía sobre sus emociones obtuvo un proceso de evitación respecto al cáncer	No queda claro como evalúan la negación

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Dockham B, Schafenacker A, Yoon H, Ronis DL, Kershaw T, Titler M, et al.	Implementation of a psychoeducational program for cancer survivors and family caregivers at a cancer support community affiliate: A pilot effectiveness study	N= 34 pacientes con cancer y sus familias (en diadas)	Aplicación del programa FOCUS	Calidad de vida, autoeficacia y beneficios percibidos respecto al cáncer	Mejora en todos los parámetros evaluados, respecto a calidad de vida sobre todo en aspecto funcional, físico y emocional.	Estudio piloto, no hay datos, no hay grupo control. No queda claro en qué consiste ni en qué se basa el programa
Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, Bergin R, Ugalde A, Dudgeon P, et al.	Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: A cluster randomised controlled trial	N= 331 hombres con cancer de próstata localizado	Dos grupos randomizados, uno tratamiento habitual y el otro con grupos de 4 sesiones más una individual	Ansiedad, depresión, calidad de vida	No hay diferencias significativas	Cuestionan la conveniencia de añadir el grupo
Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, Nicassio P, Ganz PA, et al.	Tai Chi Chih compared with cognitive behavioral therapy for the Treatment of Insomnia in Survivors of Breast Cancer: A randomized, partially blinded, noninferiority trial	N= 149 mujeres supervivientes de cáncer de mama con criterios de insomnio	Divididas al azar entre dos grupos: uno con aplicación de Tai-chi y el otro un programa basado en la CBT. Ambos de 3 meses de duración	Insomnio como objetivo principal calidad del sueño, tiempo total de sueño, latencia de inicio del sueño, eficiencia del sueño, despertares recurrentes mediante diarios del sueño; polisomnografía, síntomas de depresión y de fatiga	No hay diferencias significativas entre ambas opciones	Estudio parcialmente cegado
Grégoire C, Bragard I, Jerusalem G, Etienne A, Coucke P, Dupuis G, et al.	Group interventions to reduce emotional distress and fatigue in breast cancer patients: A 9-month follow-up pragmatic trial.	Mujeres con cáncer de mama con el fin de reducir la fatiga, n= 123 divididas en 4 grupos, uno control, y los otros 3 con CBT, yoga y autohipnosis	Programa de CBT, yoga y autohipnosis	Ansiedad, depresión, calidad de vida y fatiga	Mejora de ansiedad, depresión y fatiga en el grupo de autohipnosis y de depresión en el de yoga. Ninguna mejoría significativa en CBT y control	El grupo control se formó de personas que ellas mismas decidieron no participar, y la autohipnosis es una técnica de la CBT
Nidich, S.I., Fields, J.Z., Rainforth, M.V., Pomerantz, R., Cella, D., Kristeller, J., Salerno, J.W., Schneider, R.H.	A Randomized Controlled Trial of the Effects of Transcendental Meditation on Quality of Life in Older Breast Cancer Patients	N= 161 pacientes con cáncer de mama de edad avanzada y en estadios de II a IV	Dos grupos aleatorios, con el tratamiento habitual. A uno se le añadió un programa de meditación trascendental.	Calidad de vida principalmente y salud mental	Mejoría en la calidad de vida global y en algunas áreas como la social y emocional y mejora en la salud mental, del grupo de intervención	Interesante que se dedique a mujeres mayores, hay poca cosa en este sentido.
Rao, M.R., Raghuram, N., Nagendra, H.R., Gopinath, K.S., Srinath, B.S., Diwakar, R.B., Patil, S., Bilimagga, S.R., Rao, N., Varambally, S.	Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: A randomized controlled trial	N= 98 mujeres con cáncer de mama inicial antes del primer tratamiento	Divididas en dos grupos al azar, uno recibió sesiones de yoga, el otro el tratamiento convencional (terapia de soporte)	Ansiedad rasgo y ansiedad estado	Ambos grupos obtienen mejorías a través de los momentos evaluados, pero el de yoga obtiene una mejor puntuación (reducción de la ansiedad)	Debería analizarse como era cada uno de los modelos pues el objetivo y el tipo de revista hacen cuestionarse un poco los resultados

TABLA 2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA INCLUYENDO MODELO TEÓRICO

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Rao, R.M., Raghuram, N., Nagendra, H., Usharani, M., Gopinath, K., Diwakar, R., Patil, S., Bilimagga, R., Rao, N.	Effects of an integrated yoga program on self-reported depression scores in breast cancer patients undergoing conventional treatment: A randomized controlled trial	N= 98 pacientes con cancer de mama durante el tratamiento	Asignadas de forma aleatoria a dos grupos, uno con yoga y el otro con terapia de soporte. Ambos de 24 semanas de duración.	Depresión	Mejoría en ambos grupos en el estudio a lo largo del tiempo, pero en los momentos puntuales al finalizar cada tratamiento, mejor en los que van al programa de yoga.	No queda claro como es la terapia de soporte en este estudio
Green, V.L., Alexandropoulou, A., Walker, M.B., Walker, A.A., Sharp, D.M., Walker, L.G., Greenman, J.	Alterations in the Th1/Th2 balance in breast cancer patients using reflexology and scalp massage	N= 181 mujeres con cancer de mama	Divididas en 3 grupos que reciben todas tratamiento en grupo de soporte y a dos grupos se les añade masaje del cuero cabelludo y al otro reflexología podal	Se evalúan marcadores biológicos (Th1/Th2)	Mejoría en el grupo de masaje, con aumento de natural killers	No queda claro cómo se aplica, y por qué no usan marcadores psicológicos
Kinhead B, Schettler PJ, Larson ER, Carroll D, Sharenko M, Nettles J, et al.	Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial.	N= 40 mujeres supervivientes de cáncer de mama	Asignadas a dos grupos , experimental (masajes durante 6 semanas) o control	Fatiga	Mejoraron las del grupo experimental	Grupo pequeño y no se examinan parámetros moduladores ni queda claro el proceso de selección ni randomización
Liu P, You J, Loo WTY, Sun Y, He Y, Sit H, et al.	The efficacy of Guolin-Qigong on the body-mind health of Chinese women with breast cancer: a randomized controlled trial.	N=158 mujeres con cancer de mama al final del tratamiento	Dos grupos randomizados recibieron un programa chino llamado Guolin-Qigong y el grupo control recibió un programa de entrenamiento físico. Ambos en 24 sesiones de dos veces a la semana.	Objetivo primario fue calidad de vida y secundario ansiedad, depresión, e indicadores clínicos	Ambos grupos mostraron mejorías significativas y comparables. No obstante el grupo experimental mostró mejores resultados respecto a calidad de vida y respecto a los parámetros inmunológicos evaluados	No describe un tratamiento psicológico estandar aunque los objetivos si son de esa área
Wu LM, Amidi A, Valdimarsdottir H, Ancoli-Israel S, Liu L, Winke G, et al.	The effect of systematic light exposure on sleep in a mixed group of fatigued cancer survivors.	N= 44 supervivientes de cáncer con problemas de fatiga y sueño	Fueron asignados a un programa con el uso de luz, unos con luz brillante (experimental) y los otros con luz roja poco brillante, una sesión diaria de 30 minutos de exposición a la luz asignada	Fatiga y parámetros de sueño	El grupo experimental mejoró en todos los parámetros, llegando a un sueño normal	Técnica poco clara, desde el punto de vista técnico psicológico

TABLA 3. RESULTADOS AÑADIENDO TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L., and Speca, M. (2016)	Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results.	N= 252 mujeres con cancer de mama y diagnóstico de distrés	Dos grupos, uno con mindfulness y el otro con terapia de soporte expresiva	Distrés, humor, estrés, calidad de vida, soporte social, crecimiento post-traumático y espiritualidad	Mejoría a los 6 y 12 meses, más significativa en el grupo de Mindfulness	Ambas terapias han mostrado eficacia pero no se las había comparado y menos en la capacidad de mantener las mejoras, Mindfulness mejor
Victorson, D., Hankin, V., Burns, J., Weiland, R., Maletich, C., Sufrin, N., Schuette, S., Gutierrez, B., and Brendler, C.	Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial	N= 43 hombres con cancer de próstata en vigilancia activa	Randomizados en dos grupos, uno con tratamiento basado en Mindfulness, el otro con entreno en el control de la atención	Ansiedad respecto al cancer de próstata, intolerancia a la incertidumbre, calidad de vida global, mindfulness y crecimiento post-traumático	Mejoría superior del grupo de mindfulness aunque el grupo control también mostró buenos resultados en cuanto a la actitud mindful.	Grupo pequeño
SCOPUS						
Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, et al.	Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer	N= 336 mujeres con cancer de mama y estrés en estadios I a III	Asignadas a grupo de mindfulness más tratamiento usual, y control (usual).	Ansiedad y depresión	Mejoría en el post tratamiento, 6 y 12 meses en el grupo de intervención en aquellas mujeres con más alto nivel de ansiedad y estrés. Para las otras no hubo diferencias.	Buena observación que aquellas con más alto nivel de estrés y ansiedad recibían mejoras muy significativas en el grupo experimental. En las otras sin diferencias
Boxleitner G, Jolie S, Shaffer D, Pasacrete N, Bai M, McCorkle R.	Comparison of Two Types of Meditation on Patients' Psychosocial Responses during Radiation Therapy for Head and Neck Cancer.	N= 57 pacientes con cancer de ORL en proceso de radioterapia	Divididos al azar en dos grupos que recibieron meditación como ayuda, uno con un CD grabado y el otro con un profesional	Ansiedad, depresión, distrés emocional	Mejoría en los dos grupos en los tres seguimientos, inmediato, a 6 y 12 meses, pero sin diferencias entre una u otra modalidad de aplicación de la meditación	Solo usa meditación, habría que determinar qué técnica de la Psicología estamos analizando
PSYCHINFO						
Shao D, Gao W, Cao F.	Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. Health Psychology	N=120 mujeres después de operación por cáncer cervical	Dos grupos aleatorios, uno en lista de espera (control), el otro con tratamiento basado en mindfulness y gratitud.	Afectos positivos, negativos y rumiaciones	Mejoría por grupo y tiempo a favor del grupo de intervención en todos los parámetros evaluados	Tratamiento breve pero basado en Mindfulness

TABLA 3. RESULTADOS AÑADIENDO TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Brotto, L.A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson S., and Miller, D.	A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer	N= 31 mujeres con cancer cervical o de endometrio	Tratamiento basado en Mindfulness versus lista de espera para tratar disfunciones sexuales	Función sexual	Mejoría en todos los parámetros evaluados, que no se refleja en las medidas fisiológicas	Incluye una medida fisiológica para contrastar la subjetiva que mejora
Boyle C, Stanton A, Ganz P, Crespi C, Bower J.	Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors	N= 79 mujeres jóvenes con cáncer de mama que hubieran finalizado el tratamiento	Dos grupos randomizados, uno en lista de espera y el otro entrenamiento en Mindfulness principalmente autocompasión y regulación emocional	Depresión, rumiaciones, autocompasión y mindfulness	Mejoría en el grupo experimental en el post tratamiento y en el seguimiento. Hallan la autocompasión como mediador del éxito de la terapia.	Es original en cuanto a probar el Mindfulness en personas con recaída de su cáncer, pero el grupo es muy pequeño
Thornton L, Cheavens J, Heitzmann C, Dorfman C, Wu S, Andersen B.	Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence.	N= 32 mujeres con recidiva en cáncer de mama o ginecológico	Divididas en dos grupos con el fin de ver la eficacia del Mindfulness en grupo o individual	Ansiedad, depresión, humor negativo y preocupaciones	Mejoría en los seguimientos a 2, 4 y 7 meses	Muestra pequeña

TABLA 4. RESULTADOS DE TERAPIAS EFICACES POR LOCALIZACIONES TUMORALES

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
PUBMED						
Chambers, S., Morris, B., Clutton, S., Foley, E., Giles, L., Schofield, P., O'Connell, D. and Dunn, J. (2015)	Psychological wellness and health-related stigma	N=14 pacientes con cancer de pulmón	Objetivo: reducir el estigma, se les aplicó un programa cognitivo y de aceptación Sin grupo control	Calidad de vida, distrés, distrés relacionado con el cáncer, calidad de vida, reducción del estigma	Mejoría en todos los aspectos evaluados	Grupo muy pequeño pero original en cuanto a que es cáncer de pulmón
SCOPUS						
Reuter K, Scholl I, Sillem M, Hasen-burg A, Härter M, Implementation and	Benefits of Psychooncological Group Interventions in German Breast Centers: A Pilot Study on Supportive-Expressive Group Therapy for Women with Primary Breast Cancer.	N= 49 mujeres con cancer de mama en estadios I y II	Terapia de grupo de soporte-expresiva	Objetivo principal era la calidad de vida, fatiga y estrategias de afrontamiento	Mejoría en todos los aspectos medidos	Mantenido al año

TABLA 5. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA POR FAMILIARES DE PACIENTES

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Hudson P., Trauer T., Kelly B., O'Connor M., Thomas K., Zordan R. and Summers M.	Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial	N= 148 familiares de pacientes	Divididos en dos grupos al azar, uno con el cuidado estándar y el otro una visita a domicilio más una llamada por teléfono	Distrés	Mejoría en el grupo experimental que se mantuvo en la fase de duelo	Trabaja la fase de duelo
Holm, M., Årestedt, K., Carlender, I., Fürst, C. -J., Wengström, Y., Öhlen, J., and Alvariza, A. (2016)	Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial	N= 119 familiares de pacientes en fase paliativa	Dos grupos, uno control y uno con intervención en 3 sesiones, psicoeducativas proporcionadas por médico, enfermera y cura	Ansiedad, depresión, percepción de tener habilidades para cuidar	Mejoría en el corto plazo en cuanto a sentirse preparados para cuidar, pero no en el largo plazo, no hay efectos en ansiedad, depresión ni carga percibida por el hecho de cuidar	Tratamiento breve, quizás harían falta profesionales más cualificados
Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Hayes, D. F., Hussain, M., Ruckdeschel, J., Fendrick, A. M., Trask, P. C., Ronis, D. L. and Kershaw, T.	Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers.	N= 302 parejas de pacientes con cáncer avanzado (pulmón, próstata, colon y mama)	Se asignaron de forma randomizada a intervención breve (3 0 6 sesiones) o a grupo control.	Objetivo primario fue la calidad de vida, secundarios afrontamiento, autoeficacia, incertidumbre y desesperación	Mejoría en la intervención sobre todo en los de 6 sesiones	No queda claro el modelo de terapia
Barrera M, Atenafu EG, Schulte F, Nathan PC, Hancock K, Saleh A.	A randomized controlled trial of a group intervention for siblings of children with cancer: Changes in symptoms of anxiety in siblings and caregivers	n= 75 padres de niños con cáncer	Dos grupos, control (entrenamiento en atención) e intervención con psicoeducación, social, y entrenamiento en solución de problemas	Ansiedad	Mejoría en el grupo de intervención	Utiliza el entrenamiento en atención, característica del Mindfulness
Senneseth M, Dyregrov A, Laberg J, Matthiesen SB, Pereira M, Hauken MA.	Facing spousal cancer during child-rearing years: The short-term effects of the Cancer-PEPSONE programme—a single-center randomized controlled trial	N= 35 parejas de pacientes con cáncer aún cuidando de hijos menores	Dos grupos randomizados, uno control y el otro intervención, con el programa Pepsone	Calidad de vida y soporte social percibido	Mejoría en el grupo de intervención en el post tratamiento, 3 y 12 meses	Enfoque a padres con cáncer respecto a sus hijos pequeños, tema muy actual
Lapid, M. I., Atherton, P. J., Kung, S., Sloan, J. A., Shahi, V., Clark, M. M., and Rummans, T. A.	Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention.	N= 135 familiares de pacientes	Divididos en dos grupos al azar, uno control y el otro en seis sesiones de terapia multicomponente (psicológica más física)	Fatiga y calidad de vida	Mejoría en algunas áreas de la calidad de vida y fatiga pero no en la calidad de vida global	No queda claro el tratamiento habitual

TABLA 5. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA POR FAMILIARES DE PACIENTES

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
SCOPUS						
Forbat L., Robinson R., Bilton-Simek, R., Francois, K., Lewis, M., Haraldsdottir, E	Distance education methods are useful for delivering education to palliative caregivers: A single-arm trial of an education package (Palliative Caregivers Education Package)	N=18 familiares de pacientes en fase paliativa	Intervención educativa	Percepción de cuidados y autoeficacia	Mejoría en todos los parámetros	Muy pequeña muestra

TABLA 6. CÁNCER INFANTIL

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
PUBMED						
Yu, L., Mo, L., Tang, Y., Huang, X. and Tan, J. (2014),	Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial.	N= 240 niños con cáncer en edad preescolar	Randomizados en dos grupos, uno control y otro experimental (programa dirigido a la adaptación social del niño, incluye a la familia)	Adaptación social, problemas psicológicos	Mejoría significativa del grupo experimental	Original el objetivo sobre adaptación social de los niños con cáncer
van Dijk-Lokkart, E. M., Braam, K. I., van Dulmen-den Broeder, E., Kaspers, G. J. L., Takken, T., Grootenhuis, M. A., Streng, I. C., Bierings, M., Merks, J. H., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Veening, M. A., and Huisman, J. (2016)	Effects of a combined physical and psychosocial intervention program for childhood cancer patients on quality of life and psychosocial functioning: results of the QLIM randomized clinical trial	N= 68 niños con cáncer	Dos grupos, control (soporte habitual) y uno dirigido a mejorar Calidad de vida, autoestima, funcionamiento psicosocial, depresión, problemas conductuales. Se incluyó a los padres	Calidad de vida, autoestima, funcionamiento psicosocial, depresión, problemas conductuales	No hay mejorías significativas en los niños pero los padres mejoran en dolor y ansiedad, aunque es una diferencia leve	Incluye el abordaje del dolor en niños oncológicos
Robb, S. L., Clair, A. A., Watanabe, M., Monahan, P. O., Azzouz, F., Stouffer, J. W., Ebberts, A., Darsie, E., Whitmer, C., Walker, J., Nelson, K., Hanson-Abromeit, D., Lane, D. and Hannan, A. (2008)	Randomized controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer	N= 83 niños con cancer, de 4 a 7 años hospitalizados	3 grupos No randomizados, uno con implicación activa en la música (experimental), otros escuchando música y el tercero visionado de videos y escucha de grabaciones	Estrés hospitalario y estrategias de afrontamiento	Mejoría en los parámetros evaluados en el grupo experimental	Es no randomizado

TABLA 6. CÁNCER INFANTIL

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Li, H. C., Chung, O. K., Ho, K. Y., Chiu, S. Y. and Lopez, V. (2013),	Effectiveness of an integrated adventure-based training and health education program in promoting regular physical activity among childhood cancer survivors.	N= 71 niños supervivientes de cáncer	Dos grupos randomizados, control (que recibió atención no estructurada) y experimental con atención en un modelo basado en la aventura para promocionar el ejercicio físico y un programa de educación para la salud	Ejercicio físico, autoeficacia, calidad de vida	Mejoría en el grupo experimental en todos los parámetros evaluados, se mantiene a los 9 meses	Adecuado a escolares adaptándose a la fase evolutiva

TABLA 7. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA POR NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
PUBMED						
Yu, L., Mo, L., Tang, Y., Huang, X. and Tan, J. (2014),	Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial.	N= 240 niños con cáncer en edad preescolar	Randomizados en dos grupos, uno control y otro experimental (programa dirigido a la adaptación social del niño, incluye a la familia)	Adaptación social, problemas psicológicos	Mejoría significativa del grupo experimental	Original el objetivo sobre adaptación social de los niños con cáncer
Watson M., White C., Lynch A., Mohammed K..	Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: An equivalence randomised trial.	N=118 divididos en dos grupos aleatorios asignados a terapia presencial o telefónica	Tratamiento de una media de 4 semanas de duración basado en el modelo cognitivo-conductual	Reducción de ansiedad, depresión, mejora de estrategias de afrontamiento y disminución de las preocupaciones respecto al cáncer	Mejora en todos los aspectos evaluados en el grupo global, sin diferencias entre forma de aplicación de la terapia. Uso de cuestionarios estandarizados	No usa un protocolo rígido
Watson M, White C, Lynch A, Mohammed K.	Problem-focused interactive telephone therapy for cancer patients: a phase II feasibility trial	N= 42 pacientes referidos para terapia a partir de un screening de su estado psicológico, localizaciones mixtas	Tratamiento focalizado en problemas basado en el modelo cognitivo-conductual por teléfono	Reducir ansiedad, depresión, mejorar estrategias de afrontamiento, y reducir preocupaciones respecto al cáncer	Mejoría en todos los aspectos evaluados, aunque no hay randomización	No hay grupo control, solo de evaluación de antes y después
Wu LM, Amidi A, Tanenbaum ML, Winkel G, Gordon WA, Hall SJ, et al.	Computerized cognitive training in prostate cancer patients on androgen deprivation therapy: a pilot study.	N= 60 hombres con cáncer de próstata y tratamiento de privación hormonal con quejas de tipo cognitivo	Asignados a dos grupos, uno control y el otro con tratamiento de 8 semanas en una web específica	Repercusiones neuropsicológicas	Mejoría en todos los parámetros evaluados	Muestra pequeña, es preliminar (pilot)

TABLA 7. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA POR NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES	TÍTULO	MUESTRA	PROGRAMA APLICADO	OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Damholdt, M. F., Mehlsen, M., O'Toole, M. S., Andreasen, R. K., Pedersen, A. D., & Zachariae, R.	Web-based cognitive training for breast cancer survivors with cognitive complaints—a randomized controlled trial	N= 157 mujeres con cancer de mama y quejas sobre la función cognitiva	Se randomizaron en 3 grupos, uno control, otro con recurso telefónico y otro mediante una web	Problemas neurocognitivos y secundariamente ansiedad, depresión y somatización	No hubo mejores resultados en las mujeres que usaron la web, que era el objetivo de estudio	No halla resultados por modalidad usada, aspecto a tener en cuenta
Kanera IM, Willems RA, Bolman CAW, Mesters I, Verboon P, Lechner L.	Long-term effects of a web-based cancer aftercare intervention on moderate physical activity and vegetable consumption among early cancer survivors: A randomized controlled trial	N= 432 pacientes con cáncer	Dos grupos, uno que tuvo acceso inmediato a una web que proporciona instrucciones e información para un estilo de vida saludable y otro que no tuvo acceso hasta los 12 meses del estudio (control)	Adherencia a estilos de vida saludables	Ambos grupos mejoran en el corto plazo de la medida, pero solo se mantiene la adherencia al ejercicio terapéutico, mientras que la comida saludable es mejor en el grupo experimental en el corto plazo, pero no se mantiene	No incluye variables de tipo psicológico, aunque intenta fomentar la adherencia y por ello se ha incluido
Donovan HS, Ward SE, Sereika SM, Knapp JE, Sherwood PR, Bender CM, et al.	Web-based symptom management for women with recurrent ovarian cancer: A pilot randomized controlled trial of the WRITE symptoms intervention	N= 59 mujeres con cancer de ovario recurrentes	Divididas en dos grupos, uno control y el otro asignado a una web donde se podían escribir mensajes relacionados como desahogo	Satisfacción con esta modalidad de tratamiento y distrés	Las pacientes en el grupo experimental mostraron una gran satisfacción con el sistema y más reducción en los síntomas de distrés que el grupo control	No es un tratamiento propiamente, es escritura
Bruggeman Everts FZ, van der Lee ML, de Jager Meezenbroek E.	Web-based individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy for cancer-related fatigue - A pilot study	N=257 pacientes supervivientes de cáncer	Se randomizaron en dos grupos, control (tratamiento habitual) y uno asignado a una web que les proporcionó un tratamiento basado en Mindfulness para la fatiga	Fatiga como prioritario, secundarios distrés y depresión	Mejora en todos los parámetros evaluados, tanto principal como secundarios	Interesante ya que proporciona el Mindfulness por internet

BIBLIOGRAFÍA PRIMERA PARTE

1. SEOM. Historia de la Oncología Médica en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), editor. 2009.
2. Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.
3. Holland JC. PSYCHO-ONCOLOGY: OVERVIEW, OBSTACLES AND OPPORTUNITIES. Psychooncology [Internet]. 2018;27:1364. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.2960010103>
4. Jimmie C. Holland. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. Psychosom Med. 2002;64(2):206–2021.
5. Estapé T, Estapé J, Grau JJ, Ferrer C. Cancer knowledge among Spanish women participating in literacy schemes. Psychooncology. 2003.
6. Hernández M, Antonio Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. Clínica y Salud. 2013;
7. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Articles Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. www.thelancet.com/psychiatry. 2014;1(5):343–50.
8. Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. Int Rev Psychiatry [Internet]. 2014;26(1):16–30. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2013.875891>
9. M. Gonzalez-Saenz de Tejada A, Bilbao M, Baré E, Briones C, Sarasqueta J.M, Quintana A, Escobar CARESS-CCR Group. Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. Psycho-Oncology. 2017;26:1263–1269.
10. Sharpe M, Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, et al. Articles Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial [Internet]. Vol. 384, www.thelancet.com. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>
11. Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: Una revisión de la literatura (2000-2014). Psicooncología. 2015.
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol [Internet]. 2011 Feb 1;12(2):160–74. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
13. Luis Gil Moncayo F, Costa Requena G, Javier Pérez F, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. 2008.
14. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ [Internet]. 2018 Apr 25;361:1–6. Available from: <http://www.bmj.com/content/361/bmj.k1415.abstract>
15. D. Stark, M. Kiely, A. Smith, G. Velikova, A. House PS. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. J Clin Oncol. 2002;20(14):3137–48.
16. Stommel M, Given BA, Given CW. Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. Cancer. 2002;94(10):2719–27.
17. Ugalde A, Haynes K, Boltong A, White V, Krishnasamy M, Schofield P, et al. Self-guided interventions for managing psychological distress in people with cancer – A systematic review. Patient Education and Counseling. 2017.

18. Bidstrup PE, Johansen C, Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncologica*. 2011.
19. Brebach R, Sharpe L, Costa DSJ, Rhodes P, Butow P. Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psychooncology* [Internet]. 2016;25(8):882–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.4099>
20. Smith HR. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (review). *Oncol Lett*. 2015;9(4):1509–14.
21. Anot A, Barbieri A, Savina M, Pam A, Gourgou-Bourgade S, Bonnetain F, et al. Comparison of three longitudinal analysis models for the health-related quality of life in oncology: A simulation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014.
22. Turnell A, Rasmussen V, Butow P, Juraskova I, Kirsten L, Wiener L, et al. An exploration of the prevalence and predictors of work-related well-being among psychosocial oncology professionals: An application of the job demands-resources model. *Palliat Support Care*. 2014;
23. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*. 2015.
24. Watson M, Philip EJ, Aaronson NK, Asuzu C, Baider L, Bloom JR, et al. Book Review Editor Aims and Scope Copyright and Photocopying Disclaimer *Psycho-Oncology Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer Editorial Board* [Internet]. 2013. Available from: www.copyright.com
25. John K, Becker K, Mattejat F. Impact of family-oriented rehabilitation and prevention: An inpatient program for mothers with breast cancer and their children. *Psychooncology*. 2013.
26. Matthews H, Grunfeld EA, Turner A. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2017.
27. O'Toole MS, Zachariae R, Renna ME, Mennin DS, Applebaum A. Cognitive behavioral therapies for informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017;26(4):428–37.
28. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology*. 2017;26(5):573–87.
29. Carayol M, Delpierre C, Bernard P, Ninot G. Population-, intervention- and methodology-related characteristics of clinical trials impact exercise efficacy during adjuvant therapy for breast cancer: a meta-regression analysis. *Psychooncology*. 2014;747(December 2014):737–47.
30. Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SSK, et al. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* [Internet]. 2012 Jan 31;344:e70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269661/>
31. de la Torre-Luque A, Gambara H, López E, Cruzado JA. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *Int J Clin Heal Psychol*. 2016;16(2):211–9.
32. Kangas M, Bovbjerg DH, Montgomery GH. "Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients": Correction to Kangas, Bovbjerg, and Montgomery (2008). *Psychol Bull*. 2009;
33. Berger AM, Yennu S, Rita Million. Update on interventions focused on symptom clusters: What has been tried and what have we learned? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2013.

-
34. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 Jun 10;32(17):1840–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039870/>
-
35. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue A Meta-analysis.
-
36. Johnson JA, Rash JA, Campbell TS, Savard J, Gehrman PR, Perlis M, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Medicine Reviews*. 2016.
-
37. Zhang M-F, Wen Y-S, Liu W-Y, Peng L-F, Wu X-D, Liu Q-W. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(45):1–9.
-
38. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psychooncology*. 2009;18(6):571–9.
-
39. Zainal NZ, Booth S, Huppert FA. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2013.
-
40. Jones P, Blunda M, Biegel G, Carlson LE, Biel M, Wiener L. Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer? *Psycho-Oncology*. 2013.
-
41. Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*. 2017.
-
42. L.E. H, A.B. S, I. O, P. G, B. K, A. W, et al. e-TC: Development and pilot testing of a web-based intervention to reduce anxiety and depression in survivors of testicular cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 26(6):e12698. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12698>
-
43. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology* [Internet]. 2015;24(9):987–1001. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord%7B%7Dfrom=export%7B%7Ddid=L605637510%5C-nhttp://dx.doi.org/10.1002/pon.3920>
-
44. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, Davidson J, Garland S, Samuels C, et al. A Pan-Canadian practice guideline: Prevention, screening, assessment, and treatment of sleep disturbances in adults with cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2695–706.
-
45. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Ortiz C, Gregorich S, Lee HE, Duron Y, et al. Randomized Controlled Trial of Nuevo Amanecer: A Peer-delivered Stress Management Intervention for Spanish-speaking Latinas with Breast Cancer.
-
46. Hopko DR, Armento MEA, Robertson SMC, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;
-
47. Bleich C, Büscher C, Melchior H, Grochocka A, Thorenz A, Schulz H, et al. Effectiveness of case management as a cross-sectoral healthcare provision for women with breast cancer. 2016.
-
48. Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA, et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): A randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2012;
-
49. Monti DA, Kash KM, Kunkel EJ, Moss A, Mathews M, Brainard G, et al. Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013.
-

-
50. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. 10(2):144–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.bpg016>
-
51. Van Der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: A treatment study. *Psychooncology*. 2012.
-
52. Sharpe M, Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet* [Internet]. 2018;384(9948):1099–108. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61231-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61231-9)
-
53. Rissanen R, Nordin K, Ahlgren J, Arving C. A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients-a randomized study in group vs. individual setting. 2015.
-
54. Fillion L, Gagnon P, Leblond F, Gelinas C, Savard J, Dupuis R, et al. A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nurs* [Internet]. 2008;31(2):145–59. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L354855240%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1097/01.NCC.0000305698.97625.95%5Cnhttp://bn7zq5yk2c.search.serialssolutions.com?sid=EMBASE&issn=0162220X&id=doi:10.1097/01.NCC.0000305698.97625.95>
-
55. Kröz M, Reif M, Glinz A, Berger B, Nikolaou A, Zerm R, et al. Impact of a combined multimodal-aerobic and multimodal intervention compared to standard aerobic treatment in breast cancer survivors with chronic cancer-related fatigue - results of a three-armed pragmatic trial in a comprehensive cohort design. *BMC Cancer*. 2017;
-
56. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Monahan PO, Giesler RB, et al. Randomized Controlled Pilot Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction Compared to Psychoeducational Support for Persistently Fatigued Breast and Colorectal Cancer Survivors HHS Public Access.
-
57. Butler RW, Copeland DR, Fairclough DL, Mulhern RK, Katz ER, Kazak AE, et al. A Multicenter, Randomized Clinical Trial of a Cognitive Remediation Program for Childhood Survivors of a Pediatric Malignancy. *J Consult Clin Psychol*. 2008;
-
58. Hunter MS, Coventry S, Hamed H, Fentiman I, Grunfeld EA. Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psychooncology*. 2009;
-
59. van Dijk-Lokkart EM, Braam KI, van Dulmen-den Broeder E, Kaspers GJL, Takken T, Grootenhuis MA, et al. Effects of a combined physical and psychosocial intervention program for childhood cancer patients on quality of life and psychosocial functioning: results of the QLIM randomized clinical trial. *Psychooncology*. 2016;
-
60. Zhou ES, Partridge AH, Recklitis CJ. A pilot trial of brief group cognitive-behavioral treatment for insomnia in an adult cancer survivorship program. 2016.
-
61. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Jim HS, Ramesar S, Alinat CB, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction on objective and subjective sleep parameters in women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2015;
-
62. Butow PN, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith A Ben, Fardell JE, et al. Randomized trial of ConquerFear: A novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017;35(36):4066–77. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.1257>
-
63. Zwerenz R, Beutel ME, Imruck BH, Wiltink J, Haselbacher A, Ruckes C, et al. Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer* [Internet]. 2012;12(1):578. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-578>
-

-
64. Mewes JC, Steuten LMG, Groeneveld IF, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW, IJzerman MJ, et al. Return-to-work intervention for cancer survivors: Budget impact and allocation of costs and returns in the Netherlands and six major EU-countries. *BMC Cancer*. 2015;
-
65. Jensen-Johansen MB, Christensen S, Valdimarsdottir H, Zakowski S, Jensen AB, Bovbjerg DH, et al. Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors - Results from a nationwide randomized clinical trial. *Psychooncology*. 2013;
-
66. Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, Specia M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results [Internet]. Trial Registration: Registered on clinicaltrials.gov number NCT00390169. 2006. Available from: <http://www.randomizer>.
-
67. Travier N, Velthuis MJ, Steins Bisschop CN, Van Den Buijs B, Monninkhof EM, Backx F, et al. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. *BMC Med*. 2015.
-
68. Fadaei S1, Janighorban M, Mehrabi T, Ahmadi SA, Mokaryan F GA. Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *J Res Med Sci*. 2011;16(8):1047–1054.
-
69. Björneklett HG, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Berglund A, Letocha H, Strang P, et al. A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer. *Support Care Cancer*. 2012.
-
70. Heisig SR, Shedden-Mora MC, Von Blanckenburg P, Schuricht F, Rief W, Albert US, et al. Informing women with breast cancer about endocrine therapy: Effects on knowledge and adherence. *Psychooncology*. 2015;
-
71. Hoogland AI, Lechner SC, Gonzalez BD, Small BJ, Tyson DM, Asvat Y, et al. Efficacy of a Spanish-Language Self-Administered Stress Management Training intervention for Latinas undergoing chemotherapy. *Psychooncology*. 2018.
-
72. Gaston-Johansson F, Fall-Dickson JM, Nanda JP, Sarenmalm EK, Browall M, Goldstein N. Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psychooncology*. 2013.
-
73. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Monahan PO, Tong Y, Kroenke K. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psychooncology*. 2015.
-
74. Stafford L, Foley E, Judd F, Gibson P, Kiropoulos L, Couper J. Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility.
-
75. McGregor BA, Dolan ED, Murphy KM, Sannes TS, Highland KB, Albano DL, et al. Cognitive Behavioral Stress Management for Healthy Women at Risk for Breast Cancer: a Novel Application of a Proven Intervention.
-
76. Reuter K, Scholl I, Sillem M, Hasenburg A, Härter M. Implementation and benefits of psychooncological group interventions in German breast centers: A pilot study on supportive-expressive group therapy for women with primary breast cancer. *Breast Care*. 2010.
-
77. Thornton LM, Cheavens JS, Heitzmann CA, Dorfman CS, Wu SM, Andersen BL. Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *J Consult Clin Psychol*. 2014.
-
78. Shao D, Gao W, Cao F-L. Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. *Heal Psychol* [Internet]. 2016;35(12):1383–91. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/hea0000407>
-

-
79. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, Bower JE. Improvements in Emotion Regulation Following Mindfulness Meditation: Effects on Depressive Symptoms and Perceived Stress in Younger Breast Cancer Survivors HHS Public Access. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(4):397–402.
-
80. Kangas M, Milross C, Taylor A, Bryant RA. A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2013.
-
81. Boxleitner G, Jolie S, Shaffer D, Pasacreta N, Bai M, McCorkle R. Comparison of Two Types of Meditation on Patients' Psychosocial Responses During Radiation Therapy for Head and Neck Cancer. *J Altern Complement Med*. 2017.
-
82. Peddle-Mcintyre CJ, Bell G, Fenton D, McCargar L, Courneya KS. Changes in motivational outcomes after a supervised resistance exercise training intervention in lung cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2013;36(1):27–35.
-
83. Schellekens MPJ, van den Hurk DGM, Prins JB, Donders ART, Molema J, Dekhuijzen R, et al. Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2017.
-
84. Dieng M, Butow PN, Costa DSJ, Morton RL, Menzies SW, Mireskandari S, et al. Psychoeducational Intervention to Reduce Fear of Cancer Recurrence in People at High Risk of Developing Another Primary Melanoma: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 2016;34(36):4405–14. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.2278>
-
85. Siddons HM, Wootten AC, Costello AJ. A randomised, wait-list controlled trial: Evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psychooncology*. 2013;
-
86. Stefanopoulou E, Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN). 2015.
-
87. Traeger L, Penedo FJ, Benedict C, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. 2011.
-
88. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, et al. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: A randomised controlled trial. *BJU Int*. 2015.
-
89. Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, Bergin R, Ugalde A, Dudgeon P, et al. Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: A cluster randomised controlled trial. *BMC Cancer* [Internet]. 2016;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2687-1>
-
90. Chambers SK, Morris BA, Clutton S, Foley E, Giles L, Schofield P, et al. Psychological wellness and health-related stigma: a pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015.
-
91. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, et al. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. 2013.
-
92. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2015.
-

-
93. Forbat L, Robinson R, Bilton-Simek R, Francois K, Lewis M, Haraldsdottir E. Distance education methods are useful for delivering education to palliative caregivers: A single-arm trial of an education package (PalliativE Caregivers Education Package). *Palliat Med* [Internet]. 2017 Jun 12;32(2):581–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216317712849>
-
94. May AM, Korstjens I, Van Weert E, Van Den Borne B, Hoekstra-Weebers JEHM, Van Der Schans CP, et al. Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: Results from a randomized trial. *Support Care Cancer*. 2009.
-
95. Savard J, Villa J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Feasibility of a self-help treatment for insomnia comorbid with cancer. *Psychooncology*. 2010.
-
96. Sahler OJZ, Dolgin MJ, Phipps S, Fairclough DL, Askins MA, Katz ER, et al. Specificity of Problem-Solving Skills Training in Mothers of Children Newly Diagnosed With Cancer: Results of a Multisite Randomized Clinical Trial. Available from: www.jco.org
-
97. Garland SN, Rouleau CR, Campbell T, Samuels C, Carlson LE. The Comparative Impact of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) on Sleep and Mindfulness in Cancer Patients. *Explor J Sci Heal* [Internet]. 2015;11(6):445–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2015.08.004>
-
98. Altschuler A, Rosenbaum E, Gordon P, Canales S, Avins AL. Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life - A pilot feasibility study. *Support Care Cancer*. 2012.
-
99. Campbell TS, Labelle LE, Bacon SL, Faris P, Carlson LE. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A wait-list-controlled study. *J Behav Med*. 2012.
-
100. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. 2011.
-
101. Krieger JL, Parrott RL, Nussbaum JF. Metaphor Use and Health Literacy: A Pilot Study of Strategies to Explain Randomization in Cancer Clinical Trials. *J Health Commun* [Internet]. 2010;16(1):3–16. Available from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.529494>
-
102. Weißflog G, Brähler • Elmar, Leuteritz K, Barthel Y, Kuhnt S, Wiltink J, et al. Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial.
-
103. Dockham B, Schafenacker A, Yoon H, Ronis DL, Kershaw T, Titler M, et al. Implementation of a psychoeducational program for cancer survivors and family caregivers at a cancer support community affiliate: A pilot effectiveness study. *Cancer Nurs*. 2016;39(3):169–80.
-
104. Serfaty M, Wilkinson S, Freeman C, Mannix K, King M. The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): A pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care. *Psychooncology*. 2012.
-
105. Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, Nicassio P, Ganz PA, et al. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017;35:2656–65. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016>
-
106. Grégoire C, Bragard I, Jerusalem G, Etienne A-M, Coucke P, Dupuis G, et al. Group interventions to reduce emotional distress and fatigue in breast cancer patients: a 9-month follow-up pragmatic trial. *Br J Cancer* [Internet]. 2017 Sep 19;117:1442. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2017.326>
-

-
107. Kinkead B, Schettler PJ, Larson ER, Carroll D, Sharenko M, Nettles J, et al. Massage Therapy Decreases Cancer-Related Fatigue : Results From a Randomized Early Phase Trial.
-
108. Green VL, Alexandropoulou A, Walker MB, Walker AA, Sharp DM, Walker LG, et al. Alterations in the Th1 / Th2 balance in breast cancer patients using reflexology and scalp massage. 2010;1(14):97–108.
-
109. Wu LM, Amidi A, Valdimarsdottir H, Ancoli-Israel S, Liu L, Winke G, et al. The effect of systematic light exposure on sleep in a mixed group of fatigued cancer survivors. *J Clin Sleep Med*. 2018.
-
110. Victorson D, Hankin V, Burns J, Weiland R, Maletich C, Sufrin N, et al. Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial. *Psychooncology*. 2017.
-
111. Wu LM, Amidi A, Tanenbaum ML, Winkel G, Gordon WA, Hall SJ, et al. Computerized cognitive training in prostate cancer patients on androgen deprivation therapy: a pilot study. *Support Care Cancer*. 2018.
-
112. Damholdt MF, Mehlsen M, O'Toole MS, Andreassen RK, Pedersen AD, Zachariae R. Web-based cognitive training for breast cancer survivors with cognitive complaints—a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2016.
-
113. Kanera IM, Willems RA, Bolman CAW, Mesters I, Verboon P, Lechner L. Long-term effects of a web-based cancer aftercare intervention on moderate physical activity and vegetable consumption among early cancer survivors: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017.
-
114. Donovan HS, Ward SE, Sereika SM, Knapp JE, Sherwood PR, Bender CM, et al. Web-based symptom management for women with recurrent ovarian cancer: A pilot randomized controlled trial of the WRITE symptoms intervention. *J Pain Symptom Manage*. 2014.
-
115. Bruggeman-Everts FZ, Wolvers MDJ, van de Schoot R, Vollenbroek-Hutten MMR, der Lee ML. Effectiveness of Two Web-Based Interventions for Chronic Cancer-Related Fatigue Compared to an Active Control Condition: Results of the “Fitter na kanker” Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res [Internet]*. 2017 Oct;19(10):e336. Available from: <http://europepmc.org/articles/PMC5668634>
-

LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA
AL PACIENTE DE CÁNCER EN
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES
NACIONALES Y AUTONÓMICOS

Las estrategias nacionales que los diferentes países utilizan para abordar el cáncer se basan en la guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Esta guía, estructurada en una serie de módulos que ofrecen orientación sobre todos los aspectos importantes de una planificación e implementación eficaces del control del cáncer, constituye una respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre prevención y control del cáncer (WHA58.22) adoptada en mayo de 2005, que pedía a los Estados Miembros que intensificaran las acciones contra el cáncer desarrollando y reforzando programas para su control.

En este capítulo, pues, se realiza una revisión, a nivel nacional y autonómico, de los principales documentos relativos a la planificación y estrategia del abordaje del cáncer, centrándonos en aquellos en los que se incluye la implantación de la atención psicológica a los enfermos aquejados de esta enfermedad y/o la inclusión de la figura del psicólogo clínico en los equipos de carácter multidisciplinar que actúan frente a esta patología.

LA ESTRATEGIA NACIONAL EN CANCER

“ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD” (2006)

En España, la atención psicológica en el paciente con cáncer y en sus familiares, queda recogida fundamentalmente en la Estrategia Nacional del Cáncer, creada con el objetivo de promover la mejora de la calidad del sistema sanitario. Esta estrategia es fruto de la colaboración y coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo, las Sociedades Científicas y Comunidades Autónomas para conseguir una atención a los pacientes de cáncer basada en la excelencia clínica en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

La primera versión de la Estrategia en Cáncer (1), fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en marzo de 2006, y constituye el texto de apoyo para la coordinación en el territorio español de planes o programas de prevención y promoción de la salud, medios de diagnóstico apropiados para realizar una detección temprana de la enfermedad y tratamientos cada vez más eficaces en Cáncer.

Esta primera versión de la Estrategia recoge un total de siete líneas prioritarias de actuación: promoción y protección de la salud; detección precoz; asistencia a adultos; asistencia a niños y adolescentes; cuidados paliativos; calidad de vida, y por último investigación. A su vez, en cada una de ellas, encontramos referencias a los antecedentes existentes, al estado de la situación, el establecimiento de puntos críticos existentes, los objetivos que se pretenden alcanzar, las acciones a desarrollar y los indicadores para su evaluación.

En la línea de actuación dedicada a la Asistencia a niños y adolescentes diagnosticados de cáncer, y en concreto en el objetivo catorce, se establece que dicha asistencia debe realizarse en unidades multidisciplinarias de oncología y hematología pediátrica que favorezcan la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico para que el desarrollo educativo y madurativo de éstos pacientes no se vea interrumpido. Entre las acciones a llevar a cabo en el cumplimiento de este objetivo, se establece que los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deben garantizar la atención de estos aspectos en los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer.

También en la línea de actuación de Cuidados Paliativos, se hace referencia a que, en la historia clínica de los pacientes incluidos en estos Programas, tanto adultos como niños y adolescentes, deberán quedar registrados, no sólo la relación de los síntomas físicos, sino también su situación emocional y comunicación, a la vez que una relación de las necesidades de la familia, incluyendo la atención en el duelo, y un plan terapéutico interdisciplinar. Con ello se daría por cumplido el objetivo dieciséis que prescribe para los pacientes en situación avanzada y terminal de cáncer, una valoración de las

necesidades del paciente y su familia, estableciéndose un plan interdisciplinar de cuidados paliativos en cualquier nivel asistencial.

Es en el área de intervención de la Calidad de vida donde encontramos definido de forma específica en el objetivo diecisiete, la necesidad de proporcionar asistencia psicológica al paciente y sus familiares, estableciéndose como acción prioritaria para la consecución de este objetivo, promover el acceso a la atención psicooncológica de los pacientes y familiares que lo precisen con objeto de, reforzar la información acerca de la evolución y tratamiento de la enfermedad; potenciar estrategias de afrontamiento adecuadas y saludables frente a la enfermedad, los tratamientos, etc.; así como detectar, evaluar y abordar respuestas con potencial psicopatológico; ayudar a enfocar y solucionar positivamente los problemas afectivos y personales que pudieran derivarse de la enfermedad y su cuidado; asesorar sobre pautas de organización y funcionamiento del entorno del paciente, reparto de cargas, prevención de la codependencia, etc., y por último, informar a pacientes y familiares de los derechos que les asisten en caso de que se diera una situación conflictiva, e intentar resolverla de forma positiva.

Para la evaluación del cumplimiento de este objetivo de proporcionar asistencia psicológica al paciente y sus familiares, se propone como Indicador el porcentaje de centros hospitalarios con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico, obtenido mediante la fórmula: n° de hospitales que realizan tratamiento del cáncer y que disponen de profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico específico a estos pacientes (a), dividido entre el n° total de hospitales que realizan tratamiento de cáncer (b) $(a / b \times 100)$.

El primer elemento de la fórmula, (a), vendría desagregado desde cada Comunidad autónoma, mientras que el segundo (b), sería una aproximación del Ministerio de Sanidad y Consumo a través del registro de centros (servicios y establecimientos sanitarios) y de la estadística de establecimientos con régimen de internado. Como recomendación se propone, además, como indicador, el porcentaje de pacientes que reciben apoyo psicológico.

En las recomendaciones técnicas de apoyo a la estrategia en el apartado de calidad de vida, a nivel psicológico, se señala que la familia del enfermo oncológico necesita a veces tanto apoyo y ayuda psicológica como el propio enfermo. También el profesional sanitario puede presentar alteraciones emocionales que precisen de esta asistencia.

Como ejemplo de buenas prácticas se cita la Unidad de Psicooncología del Instituto Catalán de Oncología (ICO), durante los años 1999-2003, en la que se realiza evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico a pacientes y familiares; atención psicoterapéutica individual o de grupo; consultor y participante en las sesiones clínicas de los servicios de oncología; evaluación y seguimiento de los pacientes y familiares sometidos a estudios genéticos; orientación y atención psicológica a los profesionales de la institución y colaboración con los programas psicoeducativos dirigidos a pacientes y familiares. Esta atención se realizaba tanto en régimen ambulatorio como de ingreso.

Entre las Recomendaciones Técnicas de apoyo a la estrategia, en el apartado dedicado a la asistencia a adultos, encontramos como uno de los parámetros que definen una atención oncológica de calidad, la integración del apoyo psicosocial en el plan terapéutico cuando se precise. Sin embargo, uno de los problemas detectados es que se dispone de recursos muy limitados dedicados a la atención psicosocial en la nueva concepción multidisciplinar de la atención oncológica.

En la asistencia al adolescente, se recomienda que la atención a estos enfermos se realice en unidades de oncohematología pediátrica, que cuentan con la infraestructura necesaria de escolarización y atención psicosocial.

Los aspectos psicosociales y de rehabilitación en el cáncer del niño y del adolescente son también un punto crítico en el cumplimiento de los objetivos de la atención a estos pacientes ya que, al menos en el momento de la elaboración de la estrategia, en la mayoría de los hospitales de nuestro país no existía una atención psicosocial al niño y adolescente diagnosticado de cáncer.

En aquellos centros en los que las familias cuentan con dicho apoyo, está financiado por padres de niños enfermos de cáncer (Federación de Asociaciones de Padres de Niños Oncológicos) y algunas ONGs (Asociación Española contra el Cáncer). Por ello las acciones que se proponen a este respecto son que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas deben garantizar la atención a los aspectos psicosociales y la rehabilitación del niño y adolescente diagnosticados de cáncer, y, por tanto, garantizar la atención psicológica especializada desde el momento del diagnóstico, y a la vez, fomentar una comunicación fluida entre el psicólogo y los distintos profesionales que forman parte del entorno del niño.

Dos años antes, en 2008, se aprobó, en el mismo organismo, el primer Informe de Evaluación, realizado por el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia (CSE), dando pie a una valoración de los indicadores propuestos, a una revisión de los objetivos y recomendaciones del documento de 2006 y, en base a las conclusiones de la evaluación y a la revisión de la evidencia científica, la elaboración de esta actualización, según se recogía en el prólogo de la entonces Ministra de Sanidad y Política Social, Doña Trinidad Jiménez García-Herrera.

“ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD” (2010)

A esta primera versión de la estrategia en cáncer le siguió la Actualización de la Estrategia, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009 y editada en 2010 (2).

En esencia, la actualización de 2010, no difiere de la primera versión de la Estrategia en Cáncer en cuanto a los objetivos, líneas de actuación y recomendaciones, aunque sí hemos encontrado algunos matices y aspectos que vendrían a ampliar la versión de 2006.

En el desarrollo de la línea estratégica en Calidad de Vida de la ya mencionada actualización, se incluye como parte de los objetivos, no sólo a todos los pacientes diagnosticados de cáncer y a sus familiares, sino también al personal sanitario que los atiende como receptores de atención psicológica cuando se precise, proporcionando la atención integral necesaria para garantizar el tratamiento adecuado de la enfermedad y de las secuelas físicas, psíquicas y sociales que ésta conlleva, desde el diagnóstico hasta su recuperación o muerte.

Entre las recomendaciones, en la aplicación de los objetivos, se propone realizar un estudio de las necesidades laborales, psicológicas y sociales a los enfermos de cáncer y a sus familiares en el marco del Sistema Nacional de Salud, incluyendo esta vez, la perspectiva de género, así como la necesidad de realizar un estudio sobre las características de la atención psicológica que se presta dentro del Sistema Nacional de Salud al enfermo y sus familiares.

Para la posterior evaluación de esta estrategia se propone, en su línea de actuación en calidad de vida, el mismo indicador en cuanto al porcentaje de centros que prestan asistencia psicológica, y se incorpora, ya no como mera recomendación, sino como un nuevo dato a considerar, el porcentaje de pacientes que reciben atención psicológica.

“EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ONCOLÓGICA” (2011)

En el documento “Evaluación de la práctica asistencial Oncológica” (3), se recoge el estudio de los indicadores propuestos en la Estrategia en Cáncer, siendo la población diana todos los pacientes con diagnóstico principal de cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de pulmón, tipos de cáncer seleccionados por su alta incidencia en la población española y por su relevancia clínica. El periodo de estudio fue el año 2009 en todas las Comunidades Autónomas, incluidas Ceuta y Melilla, y de pacientes atendidos por la red pública, con la excepción del cáncer de pulmón en el que la población diana hace referencia a los centros que manejaban esta patología en el momento de la evaluación.

En dicha evaluación, se utilizaron un total de 26 indicadores distribuidos entre los tres tipos de cáncer, siendo uno de los indicadores el “Apoyo psicológico. Presencia de psicólogo o psicooncólogo”. El apoyo psicológico se refiere a la existencia de una consulta propia del centro o concertada a cargo de un psicólogo o psicooncólogo, y la consulta puede estar ubicada fuera del hospital, siempre que exista una relación formal con el centro hospitalario y los pacientes puedan ser derivados a ella.

En ninguno de los tres tipos de cáncer analizados en esta evaluación se cumplieron los estándares establecidos para este indicador. Según podemos leer en este documento, los revisores comentan que la necesidad de una asistencia psicológica no es sentida como necesaria (sólo si el paciente lo demanda), y no como una actuación protocolizada e integrada en el manejo terapéutico habitual de estos tres tipos de cáncer.

“EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ONCOLÓGICA”. INFORME EJECUTIVO (2013)

En cuanto a la disponibilidad de recursos para el apoyo psicológico, el informe Ejecutivo de la Evaluación de la Práctica Asistencial Oncológica (4), concluye que en una gran parte de hospitales, no existe este recurso y con frecuencia el psicólogo lo proporciona alguna organización externa, sobre todo la Asociación española contra el cáncer (AECC), u otras de carácter local en cada comunidad autónoma, como la Asociación de Pacientes Oncológicos en Baleares (APROP), la Asociación Oncológica Extremeña (ONCOEX) o la Asociación de Psicólogos contra el Cáncer en Valencia.

“ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS” (2007) Y ACTUALIZACIÓN (2010-2014)

Debemos señalar también como un plan de asistencia integral a enfermos de cáncer, en este caso terminales, la Estrategia en Cuidados Paliativos (5,6), documento en el que se consideran tanto las necesidades físicas, como psicológicas, sociales y espirituales. En él se recogen las distintas dimensiones de atención al paciente en fase terminal, agrupadas en ocho grandes aspectos, entre los cuales se encuentran las necesidades psicológicas, necesidades del enfermo y la familia en la agonía, el manejo de la enfermedad y las ya mencionadas necesidades de carácter físico, social y espiritual, además de asuntos prácticos, importantes en la preservación de la autonomía del paciente.

Si bien los cuidados paliativos incluyen a enfermos no oncológicos en fase terminal, un estudio multicéntrico europeo (7), recogido en este documento y realizado con tres mil trece pacientes atendidos en diversas estructuras de cuidados paliativos de veintidós países, encontró que el 94% eran pacientes aquejados de cáncer. Se destaca en este estudio la importancia de las necesidades paliativas más que un pronóstico exacto de supervivencia para la inclusión en programas de atención paliativa.

En cuanto a los profesionales que intervienen en cuidados paliativos, en esta misma estrategia se hace referencia a un análisis de la intervención psicológica en cuidados paliativos en España (8), con doscientos equipos de estos cuidados, en el que el 51% de los que respondieron a la encuesta, disponían de un profesional de la psicología, siendo sus funciones, la atención psicológica a pacientes y familiares, junto a tareas de asesoramiento al equipo y prevención del burnout, docencia e investigación.

“ESTÁNDARES Y RECOMENDACIONES PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS” (2009)

En este sentido, el documento sobre estándares y recomendaciones para la Unidad de Cuidados Paliativos, publicado en 2009 por el Ministerio de Sanidad y Política Social (9), en cuanto se refiere a los recursos humanos, propone un equipo nuclear de profesionales integrado por médicos con formación avanzada en medicina paliativa, enfermeras y auxiliares de enfermería, con formación avanzada en cuidados paliativos, y el correspondiente apoyo administrativo.

Según estos estándares, este equipo nuclear debe contar, con la cooperación de otros profesionales para garantizar la provisión de una atención especializada integral de cuidados paliativos, lo que inclui-

ría la figura del psicólogo, el trabajador social, el dietista o nutricionista, y un consultor espiritual. Esta unidad podría contar, además, con el apoyo de fisioterapeuta, farmacéutico, terapeuta ocupacional o terapeuta creativo.

Cuando la unidad no disponga de estos profesionales o equipos de apoyo deberá, según estos estándares y recomendaciones, establecer acuerdos formales con instituciones que puedan aportarlos, pudiendo vincularse estos profesionales a varias unidades de cuidados paliativos. Deberán trabajar interdisciplinariamente convocando reuniones conjuntas periódicas, del equipo nuclear y los profesionales de apoyo arriba mencionados.

En cuanto a las funciones y titulación de los profesionales que formarían el equipo de la unidad de cuidados paliativos, el psicólogo trabajaría en el soporte emocional al paciente y la familia en situaciones complejas, “participación en acompañamiento espiritual”, atención al duelo y soporte a otros profesionales. Estas funciones serán siempre ejercidas de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos profesionales contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas.

“LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD” (2014)

Los cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud (10), al igual que en el adulto, se basan en criterios de atención integral, donde la unidad de atención es el niño y su familia. El equipo interdisciplinar pediátrico de referencia con formación específica debe incluir un médico especialista en pediatría, personal de enfermería, psicología, trabajo social y consejero espiritual, o en su defecto, equipos multidisciplinarios con formación avanzada en cuidados paliativos pediátricos.

Estos criterios de atención, coincidiendo con la línea estratégica en formación de la estrategia en cuidados paliativos, incluyen también la formación especial, mencionada anteriormente, del equipo de profesionales para los cuidados paliativos pediátricos, estableciéndose tres niveles de formación dirigidos a los distintos profesionales implicados en el cuidado y atención de estos enfermos. Un nivel básico, dirigido a estudiantes y a todos los profesionales, uno intermedio, dirigido a profesionales que atiendan con mayor frecuencia e enfermos en fase terminal, y un nivel avanzado, dirigido a los profesionales de los recursos específicos de cuidados paliativos.

“PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LOS LARGOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER” (2013)

En su línea de abordaje multidisciplinar, el Plan Integral de Atención a los largos Supervivientes de Cáncer de la Sociedad Española de Oncología Médica (11), destaca como área de mejora de mayor prioridad y a su vez, como uno de sus objetivos, la necesidad de un abordaje integral que incluya problemas cognitivos, emocionales, sexuales y reproductivos, así como la reinserción laboral y escolar.

Como acciones a llevar a cabo, este plan propone la selección de los instrumentos para valoración de la calidad de vida y afectación psicológica, laboral y económica, incorporar en los procedimientos de trabajo la atención del paciente por parte de profesionales de Psicooncología y Trabajo social, y verificar la presencia multidisciplinar, es decir, Atención Primaria, Trabajo Social, psicólogos, sexólogos, etc.

Por último, en la línea de actuación de participación del paciente, este plan señala una insuficiente atención a necesidades más complejas derivadas de la enfermedad, como el apoyo psicológico personal y familiar, la rehabilitación, fisioterapia, hábitos de vida, sexualidad y problemática sociolaboral.

Se ha revisado también la Estrategia en el Abordaje de la Cronicidad del SNS 2012 (12), sin haber encontrado mención a la atención psicológica al enfermo de cáncer.

PLANES, ESTRATEGIAS, PROGRAMAS, ONCOGUÍAS Y PROTOCOLOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LOS QUE SE RECOGE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE DE CÁNCER

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES/ ESTRATEGIAS/ PROGRAMAS CÁNCER	PLANES/ ESTRATEGIAS/ CUIDADOS PALIATIVOS	PLANES/ ESTRATEGIAS/ SALUD MENTAL	PLANES/ ESTRATEGIAS/ ATENCIÓN CRONICA	PLANES/ ESTRATEGIAS/ HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	"ONCOGUÍAS/ PROTOCOLOS"
ANDALUCÍA	SI	SI	SI	SI	SI	--
ARAGÓN	SI	SI	SI	SI	--	--
ASTURIAS	SI	SI	SI	SI	--	--
ISLAS BALEARES	--	SI	--	SI	--	--
ISLAS CANARIAS	--	SI	--	--	--	SI
CANTABRIA	--	SI	SI	--	--	--
CASTILLA LA MANCHA	SI	SI	--	--	SI	--
CASTILLA Y LEÓN	SI	SI	--	--	--	SI
CATALUÑA	SI	SI ¹	--	--	--	--
EXTREMADURA	SI	SI	--	--	SI	--
GALICIA	--	SI	SI		SI	
LA RIOJA	SI ²	SI	SI ²	SI ²	--	--
MADRID	SI	SI	--	SI	SI	--
MURCIA	SI ³	SI	--	--	--	SI
NAVARRA	SI ⁴	SI	SI	SI	SI	--
PAÍS VASCO	SI ⁵	SI	--	--	--	--
VALENCIA	SI	SI	SI	--	--	--
CEUTA Y MELILLA	SI ⁶	SI	SI ⁶	--	--	SI

¹ Los Cuidados Paliativos se recogen en Cataluña en el Plan Director Sociosanitario. 2007

² La Atención al Cáncer, la Salud Mental, y la Cronicidad, la encontramos en esta Comunidad en el III Plan de Salud 2015-2019. La Rioja

³ La Atención al Cáncer se encuentra en esta Comunidad en el III Plan de Salud 2010-2015. Murcia

⁴ La Atención al Cáncer la encontramos en Navarra en el Plan de Salud 2014-2020

⁵ La Atención al Cáncer en Euskadi la encontramos en el Plan de Salud 2013-2020

⁶ Estrategia en Cáncer del SNS 2006-2007 y Estrategia en Salud Mental del SNS 2007

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA

“EL II PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA” (2007-2012)

El II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-201 (13), se presenta como un salto cualitativo respecto al Plan Integral de Oncología 2002-2006 (14), centrándose en la mejora de la comunicación y la información en torno al cáncer, especialmente en los factores de riesgo para neoplasias evitables (asociadas al tabaquismo, obesidad, etc.), promoción de la actividad física y una correcta alimentación.

Plantea, a su vez, nuevas medidas, entre las cuales encontramos el apoyo psicológico clínico, el consejo genético, tiempos máximos de respuesta, adecuación de los recursos tecnológicos, integración de equipos profesionales, unidades asistenciales y el impulso a la investigación.

Uno de los objetivos en la línea de actuación cuatro de este Plan, dedicada al sistema de atención a pacientes con cáncer, es asegurar una distribución de recursos, materiales y humanos, que garantice una correcta secuencia de atención, en la que se incluye el apoyo psicológico, precedido del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación, seguido de la atención paliativa.

Destacamos el establecimiento de acciones específicas para colectivos especiales, como pacientes en edad pediátrica, pacientes terminales, diferencias de género, o colectivos socialmente vulnerables. Para el paciente en edad pediátrica, se propone atender de forma satisfactoria los aspectos emocionales, educativos y de desarrollo de esta población. Para la atención en cuidados paliativos se establece, como una de las acciones a poner en marcha, completar la oferta asistencial, iniciada en el I Plan Integral de Oncología 2002-2006 mencionado anteriormente, para este grupo de pacientes y sus familias, como son el apoyo psicológico o la rehabilitación.

En la planificación de recursos, para las Unidades de Apoyo, este II Plan Integral de Oncología, se comprometía a completar, a lo largo de su periodo de vigencia (2007-2012), la dotación necesaria para desarrollar el Programa de Apoyo Psicológico a los pacientes con cáncer y sus familiares, con la incorporación de profesionales de la psicología clínica, para realizar sus funciones en el contexto de la red de Salud Mental, desarrollando programas específicos de intervención conjunta y con apoyo desde los dispositivos comunitarios de Salud Mental.

“PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS” (2008-2012)

Los miembros del equipo que elaboraron el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012 (15), identificaron, tras el estudio de la situación de aquel momento de la atención en los Cuidados Paliativos, un déficit de atención a la familia en respuesta a las necesidades psicológicas y de apoyo y la conveniencia de materializar la atención psicológica y planes de formación para profesionales, sin olvidar el cuidado a la persona cuidadora y el apoyo a los profesionales.

El objetivo general expuesto en este plan andaluz de cuidados paliativos, en lo que a la atención sanitaria se refiere, es el de garantizar a las personas en situación terminal y a sus familias una atención sanitaria de calidad, basada en un enfoque integral, multidisciplinar e interdisciplinar, y todo ello, añade, conforme a sus valores y creencias y adaptado a sus necesidades, independientemente de su ubicación física o geográfica y a lo largo de todo el proceso evolutivo.

Como acciones en el cumplimiento de este objetivo, se precisaría disponer de cuatro tipos de recursos: convencionales (Atención Primaria, Hospitalaria, tanto ambulatoria como de hospitalización), con competencias que respondan a la formación básica; avanzados (Unidades de Cuidados Paliativos, Equipos

de Soporte), constituidos por equipos multidisciplinares, con competencias que respondan a la formación avanzada; recursos de atención urgente (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, etc.), coordinados con el resto de los recursos a los pacientes en situación terminal, para que la continuidad asistencial esté garantizada, y recursos de hospitalización o residenciales para media y larga estancia para pacientes que no puedan permanecer en domicilio o que carezcan de soporte familiar.

Los equipos multidisciplinares estarán constituidos por médicos y enfermeras para la atención de adultos y población pediátrica apoyados por psicólogo clínico, trabajador social y equipo rehabilitador.

Al igual que en la estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud, el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012, dedica una de sus líneas de actuación a la formación, indicando que todos los profesionales implicados en la atención a estos pacientes deben disponer de una formación adecuada, orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias en el desempeño de su actividad. Dicha formación deberá alcanzar a los profesionales de las distintas disciplinas que atienden a estos enfermos, es decir, Medicina, Enfermería, Psicología Clínica, Trabajo Social, entre otras.

Se incorpora aquí, también como línea de actuación, la implicación de la ciudadanía, impulsando la participación del voluntariado, ONGs, ayuntamientos, asociaciones, centros concertados, etc., para complementar la labor del equipo sanitario multidisciplinar que atiende al paciente y a su familia, encargándose del acompañamiento del enfermo y apoyo a la familia, tanto desde el punto de vista emocional, como de ayuda en los cuidados y facilitar el respiro familiar.

“III PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA” (2016-2020)

El III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (16), en su línea estratégica dos, dirigida a la Detección, Atención y Recuperación, tiene como uno de sus objetivos generales (OG.3), favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.

Como acciones a llevar a cabo se señalan la creación, revisión y/o implantación de Procesos Asistenciales Integrados específicos para la infancia y para la adolescencia, destinados a mejorar la atención a determinados grupos diagnósticos y a problemas de salud mental de especial complejidad, y posteriormente, en su caso, a facilitar la transición a otros Procesos Asistenciales Integrados (PAI) en la edad adulta y el desarrollo de intervenciones conjuntas con otros planes integrales (Oncología, Obesidad infantil, Diabetes, Enfermedades raras...), que garanticen la existencia de programas de apoyo psicológico para niños, niñas y adolescentes con dificultades emocionales, incluyendo a sus familiares.

En esta misma Línea Estratégica, se señala como cuarto objetivo (OG.4) favorecer la detección precoz de problemas de salud mental comunes o graves en la población adulta y prestar una atención de calidad que facilite la recuperación de su proyecto vital. Y como uno de los objetivos específicos, detectar aquellas poblaciones usuarias de los servicios sanitarios con riesgo de padecer trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), especialmente aquellas personas con problemas de salud física, personas cuidadoras o allegadas que pueden verse afectadas por la situación de enfermedad en su contexto familiar.

Según este Plan, la atención a esta problemática se presta generalmente desde los centros de Atención Primaria, aunque un porcentaje considerable es derivado a los servicios de salud mental, concretamente a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), donde, en ocasiones, reciben una atención poco estructurada, en la medida que el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS) no está implantado en su totalidad. Acaso como consecuencia, la atención a estas patologías se realiza con escasas intervenciones psicológicas específicas y con exceso de tratamientos farmacológicos.

Como líneas de acción para el cumplimiento de este objetivo, se proponen, entre otras, el afianzamiento y consolidación del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, potenciando el espacio de cooperación entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria de su ámbito de cobertura; el diseño e implantación de programas de prevención selectiva e indicada a personas que presenten este tipo de trastorno y que estén en riesgo de desarrollar conductas autolesivas o intentos suicidas; y el desarrollo de intervenciones conjuntas con otros Procesos Asistenciales Integrados (Oncología, Cuidados paliativos, Enfermedades raras, Diabetes...), que garanticen la existencia de programas de apoyo psicológico para aquellas personas atendidas con problemas de Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, incluyendo a sus familiares. De esta manera, señala también este Plan, a la carga de enfermedad específica de los trastornos mentales, debe añadirse el componente afectivo y conductual que hay que atender, en general, en cualquier problema de salud.

“RECOMENDACIONES DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA” (2017)

En noviembre de 2017, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), publica las recomendaciones sobre humanización de la asistencia sanitaria en Andalucía (17). En el contexto sanitario andaluz, según este documento, el concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, a su extensión holística donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Por lo tanto, humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente con los valores que cada persona siente como peculiares e inalienables.

A pesar del importante número de evidencias sobre humanización de la asistencia que los profesionales aportan en sus procesos de acreditación, según este documento, la ACSA recomienda seguir poniendo en valor el especial compromiso de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) con la promoción de una práctica asistencial más humana, a cambiar actitudes y a desarrollar nuevos modelos de intervención a través de la realización de diversas buenas prácticas que actualmente se encuentran incluidas en los manuales para la acreditación de la competencia profesional.

Destacamos tres de estas recomendaciones de la ACSA para la humanización del Sistema Sanitario Andaluz. La primera de ellas va dirigida a la detección de pacientes frágiles y valoración de apoyo familiar o social: identificar a los pacientes frágiles, analizar las posibles necesidades de apoyo que puedan tener sus familiares o cuidadores, y determinar las intervenciones que se requieren para cubrir sus necesidades sociales o familiares.

La segunda apunta hacia una atención orientada a la recuperación en personas con procesos crónicos o irruptivos que requieren adaptación de su proceso vital: realizar una valoración integral de los pacientes que permita identificar qué factores pueden estar influyendo en una falta de adaptación positiva a la enfermedad, establecer pactos con los pacientes y sus familias para lograrla, realizar intervenciones dirigidas hacia la autonomía y el autocuidado y, si es necesario, ofrecer recursos externos que permitan aumentar dicha autonomía.

Y, por último, se recomienda la utilización de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios para pacientes y familias: informar a los pacientes sobre la existencia de asociaciones de apoyo externo, explicar las posibilidades de intervención que estas ofrecen, facilitar el acceso en el caso necesario o remitir a pacientes o familiares a la asociación correspondiente.

NOTAS

- El Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 (18), no recoge mención a la atención psicológica a los enfermos de cáncer considerados crónicos.

ARAGÓN

“ESTRATEGIAS Y PROYECTOS DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DEL GOBIERNO DE ARAGÓN 2017”

El documento “Estrategias y Proyectos de Atención Oncológica del Gobierno de Aragón 2017” (19), define los diferentes subprocesos con sus correspondientes criterios de calidad y buena práctica clínica. Se recogen las actuaciones unificadas respecto al diagnóstico y tratamiento en los procesos de cáncer de mama y colorrectal en el territorio de Aragón ya establecidas desde el año 2003.

Para el cáncer de mama se crearon los comités de tumores específicos y las unidades multidisciplinarias en cada hospital, los tiempos máximos de diagnóstico y tratamiento, la realización de biopsia del ganglio centinela, la prevención del linfedema, reconstrucción mamaria, y apoyo psicológico durante el proceso.

Para el cáncer colorrectal también encontramos el apoyo psicológico durante el proceso junto con la creación de comités de tumores específicos y unidades multidisciplinarias en cada hospital, acceso directo a la solicitud de colonoscopia desde Atención Primaria y el establecimiento de los tiempos máximos de diagnóstico y tratamiento.

Así, en el subproceso de atención psicológica para el cáncer de mama se dice que, toda paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso, en especial en dos momentos clave: en la información del diagnóstico a la paciente y tras la intervención quirúrgica.

El apoyo psicológico se extenderá a los familiares directos o cuidadores de la paciente que lo soliciten. En el apoyo psicológico se podrá incorporar el trabajador social como refuerzo a todo el proceso. Este se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quien y dónde se realiza.

Para la valoración psicológica de la paciente se recomiendan distintos momentos de medida: prequirúrgico, a los tres, a los seis y a los doce meses posteriores a la cirugía. Los instrumentos de evaluación deben cumplir con criterios psicométricos. Es “aconsejable” que estén adaptados a la población española y deben ser aplicados por especialistas expertos en estas técnicas.

Se señalan distintos campos para la valoración, como las razones o expectativas realistas por las que la paciente decide realizar la cirugía, satisfacción con el proceso quirúrgico y la información recibida. Y como variables psicológicas se realizaría un cribado psicopatológico, imagen corporal, ansiedad, depresión y calidad de vida.

Los mismos criterios se aplican al subproceso de apoyo psicológico en el cáncer colorrectal, aunque en este caso no se especifica, en este documento, el tipo de valoración psicológica, ni las variables psicológicas específicas a medir.

“PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ARAGÓN”. (2009)

En el Programa de Cuidados Paliativos de Aragón (20), estos se definen como los cuidados activos e integrales de todos los pacientes con enfermedades avanzadas y progresivas, en los que se identifican cuatro dimensiones fundamentales, el control del dolor y de otros síntomas; soporte psicológico, emocional y espiritual; apoyo a la familia y apoyo al duelo. Su meta es la consecución de la mayor calidad de vida para el paciente y su familia.

Como proveedores de los servicios y cuidados sanitarios para estos enfermos, este programa señala las líneas asistenciales habituales del sistema público y los ofertados a través de convenios con entidades privadas sin ánimo de lucro. Así encontramos mencionados, en este programa, en Atención primaria, los Equipos de Atención Primaria (EAP), y los Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD),

que apoyan al EAP en la prestación de los cuidados domiciliarios requeridos por estos pacientes, así como el servicio 061 de Aragón y la Atención Especializada.

Aunque los recursos humanos disponibles en estos dispositivos y servicios, en el momento de la elaboración de este programa, no contaban con la presencia de un psicólogo, se menciona la posibilidad de apoyo psicológico especializado para el paciente, su familia y los propios profesionales sanitarios, como propuesta de actuación para mejorar la atención y cuidados paliativos prestados, tanto por los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, como en las Unidades de cuidados paliativos de los Hospitales Generales.

También se mencionan aquí los llamados Hospitales de Convalecencia, que son dispositivos especializados para la atención sanitaria de los procesos que requieren cuidados especializados pero que no requieren alta tecnología. Se atiende en ellos a los pacientes cuyo control sintomático implica una complejidad que no puede ser asumida en domicilio o que carecen de apoyo familiar adecuado. De entre las funciones atribuidas y los criterios de ordenación de estos centros, encontramos la de facilitar la atención psicológica especializada.

Se reconoce, en este programa, no disponer de profesionales de la psicología clínica de referencia en ningún sector sanitario para la atención de pacientes necesitados de cuidados paliativos.

Como criterio de ordenación se establece que todos los sectores sanitarios dispondrán de un psicólogo clínico de referencia para la atención a pacientes con enfermedad terminal, a sus familiares, así como para los profesionales que se dedican a la prestación de cuidados paliativos. Se añade, como propuesta de actuación, la coordinación entre este profesional y los servicios de salud mental del sector sanitario correspondiente, dependiendo funcionalmente del mismo.

Para los cuidados paliativos en niños y adolescentes en Aragón, como propuesta de actuación incluye, al igual que para los adultos, disponer de apoyo psicológico a lo largo de todo el proceso, tanto para el niño como para su familia, incluyendo la atención al duelo de esta última.

Como indicador relacionado con la atención y la buena práctica para la evaluación de la atención psicológica, se propone el porcentaje de pacientes en cuidados paliativos con apoyo psicológico para atender a su estado psicoemocional. El indicador para la evaluación de la implantación del programa será el número de psicólogos para el programa de cuidados paliativos.

En cuanto a la formación de los profesionales, coincidiendo con los criterios establecidos en la estrategia para los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, este programa considera que todos los profesionales implicados en los cuidados paliativos deben disponer de una formación específica y adecuada a la función compleja que habrán de desempeñar.

"PLAN DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2017-2021"

Entre los proyectos que se proponen en el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021 (21), encontramos el dedicado a la Atención Integrada a todos los problemas de salud del paciente, cuyo contenido plantea las actuaciones necesarias para prestar una atención integrada a los problemas denominados como de salud mental (enfermedad mental grave, trastornos cognitivos, disconfort emocional y psicológico...) y a los problemas físicos, y más en concreto a aquellos que afectan con más frecuencia al bienestar mental de las personas, como enfermedades crónicas, síntomas difíciles de encuadrar en un diagnóstico, estancias hospitalarias, o situaciones vitales como la atención a las mujeres en el periodo perinatal.

Como justificación a este proyecto encontramos, entre otros puntos, que la integración de los servicios de salud mental, la atención a los pacientes con trastorno mental grave y el cuidado de los problemas psicológicos en la asistencia sanitaria general no puede limitarse a cambios estructurales

y organizativos y debe incluir el diseño e implantación de procesos en todos los niveles asistenciales y unidades clínicas, superando los problemas de comunicación y colaboración entre diferentes partes del sistema.

En el desarrollo de este proyecto de integración, se considera como una de las líneas prioritarias, garantizar la atención de salud mental a los pacientes ingresados en hospitales generales de agudos. El Plan recoge la necesidad de los equipos de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace, cuestión que ya se mencionaba en el anterior Plan de Salud Mental 2002-2010 (22), de esta Comunidad y era ya una realidad en algunos hospitales.

Ya en el apartado de Metodología se menciona, como sugerencias recibidas para la incorporación a nuevos proyectos en la planificación de la salud mental de Aragón, diversos temas que se irán incorporando como proyectos a corto plazo: Prevención del suicidio, Psicooncología, Unidades de psicopatología y enlace, Salud mental en catástrofes y emergencias, Salud mental y violencia de género, Abordajes terapéuticos en Autismo y aquellos otros que se identifiquen a partir de la información directa de usuarios, familiares, profesionales, instituciones y entidades, y del análisis de la información asistencial y de morbilidad que aporten los sistemas de información y estudio de datos.

“PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES” (2006)

El Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (23), en el que se incluye a los pacientes con neoplasias en fases avanzadas, entre los tipos de cuidados para estos enfermos, se encuentran los cuidados de mantenimiento.

Estos cuidados van dirigidos generalmente al paciente afectado de enfermedades crónicas debilitantes, con la finalidad de mantener su estado de salud y funcional actual si es posible, y en los que se espera una prestación de estos cuidados mantenida en el tiempo. Se limitan a la provisión de servicios de tratamiento, cuidados básicos y de soporte psicológico.

En muchos de estos casos los cuidados que se precisan pueden ser proporcionados por enfermería en el propio domicilio del paciente. También en los cuidados paliativos en fase terminal es requerida con frecuencia la atención de un equipo multidisciplinar para su valoración o para la provisión de cuidados físicos, psicológicos y sociales.

NOTAS

- No existe Plan de Humanización de la Sanidad en Aragón.

ASTURIAS

“II PROGRAMA DE ATENCIÓN AL CÁNCER DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2010-2013”

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias encontramos el II Programa de Atención al Cáncer del Principado de Asturias 2010-2013 (24), cuya elaboración pretendía dar continuidad a una concepción integral del cáncer y, al mismo tiempo, hacer una revisión y evaluación del grado de cumplimiento del Programa de Atención al Cáncer 2005-2007 (25).

Comenzando por los aspectos asistenciales, este segundo programa considera que el proceso de diagnóstico, de confirmación diagnóstica y de tratamiento del cáncer, requiere atención especializada y Atención Primaria, afectando a múltiples especialidades como medicina familiar, radiodiagnóstico, anatomía patológica, medicina nuclear, especialidades quirúrgicas y médicas, oncología médica y radioterápica, psicología clínica, rehabilitación y enfermería.

La necesidad de coordinar a todos estos profesionales en torno al paciente oncológico es uno de los retos que se presentan en la planificación de la atención al cáncer. Una de las debilidades del sistema asistencial, señalada en este plan, es que la atención oncológica se ha llevado a cabo de forma fragmentada entre los diferentes centros y servicios hospitalarios, con insuficiente conexión entre los niveles asistenciales implicados en el proceso terapéutico y de seguimiento del cáncer, y la ausencia de un modelo definido de organización y coordinación.

La atención psicológica a los enfermos oncológicos está incorporada en Asturias desde el año 2005, según se recoge en el II Programa de Atención al Cáncer arriba mencionado, aunque reconoce que la cobertura, en el momento de la elaboración del programa, era aún insuficiente, a pesar de estar contemplada como objetivo en el anterior Programa de Atención al Cáncer 2005-2007, y en la Estrategia en Cáncer del SNS, también citada anteriormente en este documento.

Un aspecto positivo destacado en este programa es la experiencia adquirida en esos últimos años, fundamentalmente, a través del servicio de psiquiatría de enlace del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que se ha mostrado extremadamente útil y bien aceptada por los pacientes, plasmándose los resultados en una mejor adaptación y afrontamiento de la enfermedad.

Los objetivos de la atención psicológica son mejorar el estado psicológico y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, contribuyendo a su abordaje multidisciplinar e integral y aumentando la cobertura de la atención psicológica y facilitar la adaptación de pacientes y familiares a la enfermedad a través de la promoción de estilos de afrontamiento adaptativos.

Entre las acciones propuestas se encuentran la incorporación del psicólogo clínico a los equipos multidisciplinarios y unidades funcionales existentes; la elaboración de un protocolo de actuación en el que se establecerán los criterios de intervención psicológica a pacientes oncológicos; la designación de un profesional de referencia en cada Centro de Salud Mental, que recibirá formación específica en Psicooncología y que aplicará el tratamiento en caso de precisar una actuación más continuada en el ámbito comunitario; la formación de los profesionales sanitarios en habilidades y competencias de comunicación y relación con los pacientes, sus familias y para el trabajo en equipos multidisciplinarios; la formación de los profesionales sanitarios en relación a las necesidades psicológicas y problemas emocionales de los pacientes, a los que se dotará de recursos para detectar y responder a estas necesidades, y de los instrumentos e indicadores necesarios para facilitar la derivación de los casos que precisen atención psicooncológica.

Debemos mencionar que el Programa de Atención al cáncer 2005-2007 dedicaba un apartado al papel del voluntariado y otras organizaciones en colaboración con los servicios públicos de atención al cáncer. En Asturias, en ese momento, el trabajo desarrollado por estas organizaciones y el voluntariado, se centraba en campañas informativas, apoyo psicológico a los pacientes, ayudas económicas para desplazamientos, casas de acogida para pacientes y familias que durante los tratamientos deben permanecer fuera su domicilio habitual, labores de rehabilitación de pacientes, y en ocasiones, aporte económico para la ayuda a la investigación.

Entre las organizaciones mencionadas figuran la Asociación Española Contra el Cáncer (**AECC**), la Asociación de Mujeres mastectomizadas de Asturias, la Asociación de Laringectomizados, Asociación Galban de familias de niños con Cáncer, Cruz Roja Española y la Fundación de Apoyo a la Investigación FUNDESO. La **AECC**, además de las funciones descritas, financia el personal y el vehículo de desplazamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios para pacientes con Cáncer del Hospital Universitario Central de Asturias (**HUCA**).

En el referido programa de atención se propone el establecimiento desde los servicios públicos, de contactos con las distintas organizaciones de voluntarios para prestar la mejor atención a los pacientes, tanto en el tipo de información de las campañas en cuanto a los programas de cribado, alternativas de

terapéuticas, derechos de los pacientes, así como convenios de colaboración en áreas como la atención psicológica.

A este respecto, el Programa de Atención al Cáncer 2010-2013, ya recogido más arriba, en su línea de actuación en compromiso final con los ciudadanos (Línea de actuación 6), plantea el compromiso de mantener y avanzar en la relación entre la administración sanitaria, los profesionales y los movimientos asociativos de ciudadanos y de pacientes, y trabajar conjuntamente con las estructuras de participación existentes, como los consejos de salud y las comisiones de participación hospitalaria.

“ESTRATEGIA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ASTURIAS” (2009)

El objetivo general de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias (26), es el establecimiento de una organización de cuidados paliativos basada en la atención por niveles de complejidad, adaptada a las necesidades clínicas y a las preferencias del paciente y su familia.

Para ello, los objetivos específicos que se plantean en esta estrategia son crear y potenciar los dispositivos específicos domiciliarios de cuidados paliativos, cuyo nivel óptimo de atención se realiza desde la Atención Primaria, y los dispositivos específicos hospitalarios de cuidados paliativos donde se lleva a cabo la atención especializada. Establecer la adecuada coordinación entre los diferentes dispositivos y la atención continuada es otro de los objetivos específicos.

Los Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos (EACP), según recoge esta estrategia, están orientados a complementar la asistencia específica domiciliaria, ya que, a pesar de la excelente cobertura de la Atención Primaria en Asturias, no se podría garantizar una atención de calidad en domicilio sin el apoyo de estos equipos multidisciplinares. Estos Equipos deberán estar formados por un médico y una enfermera. A su vez deberá disponer de un psicólogo, un trabajador social y un auxiliar administrativo, que pueden pertenecer a otros dispositivos del Servicio de Salud.

Los profesionales de estos equipos deberán poseer una formación específica en cuidados paliativos y contar con los medios necesarios para prestar asistencia a los pacientes y soporte a los profesionales de los distintos niveles asistenciales. La intervención siempre deberá llevarse a cabo a petición de los profesionales responsables del paciente, a fin de evitar un funcionamiento en paralelo a los equipos tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada. Dependen administrativa y funcionalmente de la Gerencia del área en caso de gerencia única, y de la Gerencia de Atención Primaria en el resto de las áreas.

Entre las distintas funciones de estos equipos, propuestas en esta Estrategia, encontramos promover visitas conjuntas en el domicilio con los profesionales del propio equipo (médico, enfermera, psicólogo, trabajador social) y de Atención Primaria. En general todas las funciones van orientadas a un trabajo coordinado y conjunto de la asistencia en cuidados paliativos.

El Comité del Cáncer del Principado de Asturias, según confirma la Subdirección de Atención Sanitaria y Salud Pública ha iniciado los trabajos para elaborar una nueva Estrategia frente al Cáncer para los próximos años que tiene entre sus objetivos mejorar el abordaje integral de la enfermedad, dando prioridad a la prevención, y la mejora de la asistencia sanitaria (27).

En el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 (28), se hace referencia al Servicio de Salud Mental de Enlace e Interconsulta. Los programas de enlace abarcan una actividad reglada de asesoramiento y colaboración, no realizada a demanda, sino mediante la cooperación en el funcionamiento y las actividades de un servicio o de una unidad médico quirúrgica. Están constituidos por Facultativos Especialistas de Área tanto de psiquiatría como de psicología clínica. La Interconsulta se ocupa de la atención directa sobre el paciente hospitalizado y sus familiares, a demanda de otros servicios médico quirúrgicos.

En los Hospitales en los que no existe Equipo de Enlace e Interconsulta, ni Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, las interconsultas se atienden desde los Centros de Salud Mental, que también colaboran con los demás servicios de Atención Especializada.

En el Documento “Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos” (29), en la directriz dirigida a adecuar los roles profesionales y mejorar sus competencias, se establece que el paradigma de atención a los pacientes crónicos y de prevención de las enfermedades crónicas, componente esencial de la gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios, requiere de una adecuación de roles del personal sanitario. Esta adecuación se puede expresar en la potenciación del papel de determinados profesionales, como son rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Asimismo, en el documento titulado “Personas sanas, Poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias” (30), en el capítulo referido a la “Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas”, encontramos entre los Programas orientados hacia la enfermedad crónica, los “Programa Clave de Atención Interdisciplinar” (PCAI) que diseñan un proyecto de atención homogénea y transversal para personas con determinados problemas de salud.

Los PCAI estarán dirigidos por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científicotécnica y de satisfacción para el paciente. Se centran en enfermedades crónicas, incluyendo entre estas el cáncer, o que tienen un comportamiento de enfermedad crónica: Cardiopatía Isquémica; Consumo de alcohol y alcoholismo; Demencia; Depresión; Ansiedad; Diabetes; Dolor crónico musculoesquelético; Cáncer de mama; Cáncer colorrectal; Cáncer de próstata; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Hipertensión Arterial e Ictus.

NOTAS

- Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2004: No se hace mención a la atención psicológica al enfermo de cáncer.
- Agradecemos su ayuda a D. José Pablo Berros Fombella, Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria I; Hospital de Jarrio en Coaña, Asturias.

ISLAS BALEARES

En el año 2008, la Consejería de Salud de las Illes Balears creó un grupo técnico multidisciplinar con profesionales de las distintas disciplinas relacionadas con el cáncer para coordinar e impulsar las acciones promovidas por la Estrategia en Cáncer del SNS. Sin embargo, al carecer en aquel momento de la infraestructura necesaria para llevarlas a cabo, no se pudieron acometer.

En 2016, la Dirección General de Salud Pública de esta Comunidad, crea la Coordinación de la Estrategia de Cáncer de las Illes Balears (31), cuyos objetivos son entre otros:

- Optimizar los recursos de la Dirección General de Salud Pública y Participación relacionados con el cáncer y darles apoyo;
- Dirigir e impulsar el Registro de Cáncer de Mallorca.
- Promover la prevención primaria en cáncer.
- Coordinar e impulsar las acciones que promueve la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud respecto de la prevención primaria, secundaria y vigilancia epidemiológica.

- Coordinar conjuntamente con el Servicio de Salud las acciones que promueve la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud respecto de la asistencia oncológica y paliativa de los pacientes con cáncer.
- Promover la investigación epidemiológica en cáncer.

“PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LAS ISLAS BALEARES 2013-2016”

El Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2013-2016 (32), responde a los objetivos propuestos en la Estrategia del SNS y en la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2009-2014 (33).

En las Islas Baleares los cuidados paliativos son una experiencia clínica ya consolidada desde 1995 en el Hospital Universitario Son Dureta, en el que se dieron los primeros pasos para organizar específicamente la atención paliativa, y a partir de ahí, se desarrollaron recursos específicos como las Unidades de Cuidados Paliativos y los Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria, ambos ya consolidados, además de ser una referencia para el Sistema Sanitario Balear.

No obstante, la variabilidad en la organización de la atención paliativa entre las diferentes áreas de salud, la inequidad en el acceso a los recursos y la falta de información a la ciudadanía, impulsaron la elaboración del posterior Programa de Cuidados Paliativos en el que se corrigieran estas deficiencias.

En el momento de la elaboración del programa mencionado, en los recursos asistenciales encontramos dos niveles, el nivel básico de cuidados paliativos y el nivel de cuidados paliativos especializados.

En el nivel básico, el Equipo de Atención Primaria (EAP) presta una atención especialmente humanizada y personalizada, en casa del paciente o en el centro sanitario, iniciando los procedimientos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos, de acuerdo con los protocolos establecidos. La atención primaria y la atención paliativa comparten el principio de la atención continuada, longitudinal, multidisciplinaria e integral. En este nivel básico, encontramos también los Hospitales, las Unidades de Convalecencia y rehabilitación, Residencias Geriátricas, Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y 061 y la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVASS).

Es en el diseño de esta última (UVASS), donde se menciona al psicólogo como parte del equipo profesional, aunque en todas ellas se lleva a cabo un abordaje del enfermo en fase terminal desde una perspectiva multidisciplinaria y una valoración integral de sus necesidades tanto físicas como psíquicas.

En el nivel de cuidados paliativos especializados, los Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) ofrecen soporte a los Equipos de Atención Primaria y están coordinados con éstos, dando cobertura a todo el territorio de las Islas Baleares. Además, forman parte de este nivel de asistencia las Unidades de cuidados paliativos (UCP), entre cuyas funciones están el apoyo psicológico a los pacientes y a sus familiares y el afrontamiento del proceso de duelo, además del tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales; la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP); las Unidades de soporte hospitalario (USH) y los Equipos de atención psicosocial (EAPS).

En todos estos dispositivos del nivel de cuidados paliativos especializado se encuentra la figura del psicólogo en la composición de los equipos básicos de atención, como también se mencionaba en la Estrategia de Cuidados Paliativos 2009-2014 de las Islas Baleares ya citada anteriormente.

Cabe destacar en dicha Estrategia, las líneas de actuación dirigidas a garantizar el acceso de pacientes y sus familiares a los distintos programas de intervención psicológica existente, dándose a conocer a la población dichos programas desde los Equipos de Atención Primaria y desde los Equipos de soporte de Atención Primaria; así como, en el ámbito familiar de asistencia al duelo, el desarrollo de programas de intervención psicológica en las familias con duelo complicado.

En el Plan de Atención a las personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021(34), aunque no se nombra de forma específica al enfermo de cáncer, se menciona que la atención a los enfermos crónicos requiere un cambio de modelo asistencial que afecta a organizaciones sanitarias, profesionales sanitarios, pacientes y personas cuidadoras, motivo por el que en 2015 se crea, según este Plan, en el Servicio de Salud de las islas Baleares, la Subdirección de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes. Desde esta Subdirección, se impulsa el diseño y la implementación del Plan de atención a las Personas con Enfermedades Crónicas.

El nuevo modelo organizativo sienta sus bases en el desarrollo e implementación de equipos multiprofesionales con áreas de conocimiento específicas que trabajan de manera interdisciplinaria; equipos proactivos en todos los ámbitos asistenciales para conseguir una identificación de las personas con mayor riesgo, que permita una actuación precoz para asegurar el máximo nivel de autonomía posible de la persona; valoración integral multidimensional realizada por el equipo que incluya las áreas clínica, funcional, cognitiva, emocional y social; planes de cuidados individualizados que permitan fijar objetivos compartidos por pacientes y profesionales en todo el proceso asistencial; y coordinación asistencial eficaz.

NOTAS

- Revisada Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. No se encuentra atención psicológica al enfermo de cáncer.
- No hay planes editados de humanización de la asistencia sanitaria en Baleares.

ISLAS CANARIAS

"PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA" (2017). "GUÍA DE ACTUACIÓN EN MELANOMA CUTÁNEO" (2013) Y LA "GUÍA CLÍNICA DEL CÁNCER COLORRECTAL" (2015).

El Servicio Canario de Salud ha elaborado al menos tres documentos relacionados con el tratamiento y planificación sanitaria del cáncer: el Protocolo de Actuación en pacientes con cáncer de mama (35), la Guía de Actuación en Melanoma Cutáneo (36), y la Guía Clínica del Cáncer Colorrectal (37). Estos tres documentos, coordinados por la Dirección General de Programas Asistenciales, son protocolos consensuados y elaborados por miembros de los Comités multidisciplinares de las referidas patologías, de los hospitales de la Comunidad Canaria. Son recomendaciones basadas en las últimas Guías de práctica clínica publicadas por las diferentes sociedades científicas implicadas y según la evidencia científica conocida en el momento de su publicación.

Analizando estos tres protocolos en lo referente al apoyo psicológico, incluido en todos ellos, encontramos que el trabajo en Psicooncología va dirigido a pacientes oncológicos y familiares, así como al personal sanitario incluido en el proceso de enfermedad-tratamiento. Su objetivo principal es facilitar la adaptación global del paciente como sujeto activo en su proceso de enfermedad y tratamiento, así como la adaptación de sus familiares a esta nueva etapa y la promoción de una sana dinámica familiar. La atención psicológica debe estar disponible en todas las fases de la enfermedad, durante el proceso diagnóstico, fase de tratamiento, las revisiones posteriores, recidiva de la enfermedad, en la enfermedad avanzada o terminal y también en el proceso de duelo. Se debe prestar tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Los criterios y motivos que establecen estos protocolos para derivar al paciente a Psicooncología son: dificultades en el proceso de comunicación médica; alto nivel de angustia ante pruebas médicas y/o tratamientos; problemas de adherencia terapéutica o de colaboración en los cuidados; presencia de síntomas en el paciente o familiar que interfieren en la adaptación, desempeño psicosocial y calidad de vida; reacción emocional desproporcionada en intensidad, duración o conducta disruptiva;

antecedentes de enfermedad psiquiátrica o importantes problemas psicológicos, presencia de acontecimientos estresantes; conflicto entre el paciente y/o la familia y los profesionales sanitarios; otro síntoma o situación que precise valoración psicológica y, por último, información a la mujer en casos de alto riesgo genético. La atención puede ser solicitada por el paciente, la familia o el profesional médico.

Para la atención en Cuidados Paliativos, el Servicio Canario de Salud (38), redirige a la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2007 ya referenciada anteriormente.

NOTAS

- Plan de Salud Mental, actualmente (febrero de 2018), en fase de validación interna.
- La Consejería de Sanidad ultima el borrador del Plan de Salud Mental de Canarias. El Plan, que cuenta con 12 líneas estratégicas, establecerá las directrices básicas para el desarrollo de la salud mental para los próximos cinco años en Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, 9 de octubre 2017.
- Hay un Plan de Salud Mental Infanto-juvenil de 2006, en el que no se menciona al enfermo de cáncer
- Estrategia en el abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias 2015: No se hace mención a la atención psicológica al enfermo de cáncer.
- No se encuentra un Plan de Humanización de la sanidad en Canarias, ni en la web del servicio canario de salud, ni en internet.

CANTABRIA

“PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN PALIATIVA DE CANTABRIA”

El Programa Integral de Atención Paliativa de Cantabria (39), puesto en marcha desde el año 2006, coincide con otros Programas o Planes en cuidados paliativos a nivel nacional y autonómico, estando dirigido a pacientes con cáncer, sino también a pacientes con enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación terminal.

Las intervenciones paliativas se basarán fundamentalmente en las necesidades del paciente y la familia y tienen como objetivos fundamentales procurar el confort y la mejor calidad de vida del paciente y las personas cuidadoras vinculadas a él.

Según la redacción de este Programa Integral en Cuidados Paliativos, después de varios años y de la puesta en marcha de distintas iniciativas, se pusieron de manifiesto algunas áreas geográficas deficitarias en la Comunidad Cantabra con características propias en cuanto a dispersión poblacional, presencia de un medio rural extenso, y limitaciones de acceso geográfico a la atención sanitaria.

Estas áreas deficitarias se plantearon como oportunidades de mejora de ciertos problemas a los que el Programa pretendía dar respuesta, como el aumento de las necesidades de atención paliativa por envejecimiento de la población; la insuficiente cobertura paliativa a nivel regional para enfermos oncológicos y no oncológicos, tanto convencionales como específicos; la ausencia de recursos especializados en dos de las cuatro Áreas de Salud; la escasa coordinación entre niveles asistenciales, así como y registros y evaluaciones mejorables.

Tanto en el plan de cuidados médicos en Atención Primaria, tras una valoración psicológica, como en la intervención de los Equipos de Atención Paliativa, se considera el apoyo psicológico al paciente y a la familia, así como la preparación y apoyo en el duelo (escucha activa y apoyo psicoemocional).

Una de las líneas estratégicas en este programa es la dirigida a promover acciones de apoyo, soporte y capacitación a cuidadores y familias, favoreciendo su participación en programas dirigidos a mejorar el bienestar de los cuidadores y familias desde los Centros de Salud, como programas de autocuidado y educación para la salud, grupos de apoyo socioterapéutico, etc.

También se promueve desde este plan el desarrollo de programas de voluntariado para acompañamiento a pacientes y familias, estableciendo convenios de colaboración con ONG, voluntariado y otros agentes sociales para la selección, capacitación y formación de los cooperantes, así como control y evaluación de conocimiento. Así, en febrero de 2017, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la Asociación de Padres de Niños con Cáncer (Amara Cantabria) incorporaron un profesional de psicooncología para mejorar la calidad de la asistencia a los niños y adolescentes que reciben tratamiento en los Servicios de Hematología y Oncología.

Según la noticia, difundida por la Consejería de Sanidad de Cantabria en febrero de 2017 (40), este servicio de atención psicológica, garantiza el apoyo psicológico para cualquier niño ingresado o en tratamiento por cáncer. El acuerdo regula los criterios de actuación, objetivos cualitativos y cuantitativos y un seguimiento periódico para garantizar la calidad de este servicio que está coordinado con el resto de servicios hospitalarios implicados como son Hematología, Pediatría, Oncología y Psiquiatría.

Aunque la principal actividad asistencial se centra en los niños ingresados en el Servicio de Hematológica, que trata la mayoría de casos de cáncer infantil de Valdecilla, prestará apoyo psicológico a niños y adolescentes diagnosticados en el hospital y que sean derivados a otros centros de referencia para su tratamiento y a adolescentes que sean atendidos en el Servicio de Oncología.

“PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2015-2019”

El Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 (41), en el capítulo dedicado a la organización de los dispositivos de la atención a la salud mental, menciona como uno de los programas específicos desarrollados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, el Programa en Psicooncología, iniciado en 2012 y dedicado a la atención a pacientes diagnosticados de cáncer para su valoración psicológica y seguimiento. Este programa implantó en colaboración con el Servicio de Oncología y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), siendo financiado por la Fundación Botín de Cantabria. Sin embargo, y tal y como se indica en este Plan, a partir de 2013 el programa ha ido disminuido notablemente su actividad.

En este Plan de Salud Mental, encontramos como objetivo la consolidación de la red de dispositivos de salud mental de Cantabria y el desarrollo de nuevos programas, promoviendo la transversalidad entre los niveles sanitarios y las diferentes especialidades. Así, se proponen, por ejemplo, líneas de actuación con Atención Primaria y los Servicios de Oncología para el programa en Psicooncología, Atención Primaria y Pediatría para el programa de salud mental infanto-juvenil, geriatría para el programa de psicogeriatría, etc.

NOTAS

- No hay Plan de Humanización de la asistencia sanitaria en Cantabria.
- Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria 2015: No se encuentra mención a la atención psicológica al enfermo de cáncer.

CASTILLA LA MANCHA

“PLAN ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA 2007-2010”

El Plan Oncológico de Castilla la Mancha 2007-2010. Estrategias de Prevención y Atención al Cáncer (42), incluye entre sus objetivos, facilitar una atención oncológica multidisciplinar, personalizada y de la mayor calidad posible, además de potenciar la equidad en el acceso a la atención oncológica, asegurar que esta atención sea integral y de excelencia basada en la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, reforzar los derechos de los pacientes y las garantías asistenciales y atender las necesidades emocionales de pacientes y familiares.

Incluye también entre sus líneas de actuación, potenciar y establecer cauces de colaboración de los hospitales de Área con asociaciones de ayuda mutua y entidades no gubernamentales, o similares, relacionadas con el cáncer, para prestar apoyo a los pacientes oncológicos y cuidadores familiares, tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio o en el domicilio, y especialmente a los pacientes terminales. El propio plan recomienda facilitar al paciente y a su familia una relación de estas asociaciones y ONGs, así como de los servicios sociales existentes, con detalle de horarios de atención, dirección y teléfono.

La atención psicológica a los pacientes y a sus familias para abordar el proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento, es uno de los objetivos específicos de este plan, que propone la elaboración e implantación de programas de enlace con salud mental del área, definiendo los circuitos de activación y derivación para estos procedimientos de apoyo.

Los hospitales con oncología pediátrica deben además desarrollar programas de apoyo a la escolarización y a la atención psicológica del niño y la familia, integrando en los procedimientos clínicos subprogramas de apoyo psicosocial y educativo. Se recomienda que el apoyo psicológico al niño y a su familia debe estar durante todo el proceso asistencial, facilitando, si fuera necesario, su derivación a equipos de salud mental.

Por lo que respecta a los cuidados paliativos en la enfermedad oncológica, además de asegurar la accesibilidad de estos pacientes a dichos cuidados, deben proporcionar una atención integral y eficaz orientada a preservar el derecho de autonomía del paciente y el apoyo psicológico al entorno familiar.

En este sentido, este Plan Oncológico señala que el comité de expertos que participó en la elaboración de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, propuso como una de las líneas de actuación para la investigación en el ámbito de la atención paliativa la “Calidad de vida, los aspectos emocionales y las necesidades psicológicas y existenciales del paciente, familiares y profesionales, y la atención al duelo”.

“ESTRATEGIA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CASTILLA-LA MANCHA” 2016-2020

La Estrategia Regional de Cuidados Paliativos en Castilla-la Mancha 2016-2020 (43), a su vez, destaca como uno de sus objetivos generales garantizar la atención psicológica y espiritual de todos los pacientes paliativos y sus familias en base a unos estándares de calidad que aseguren el apoyo emocional específico que se precisa al final de la vida.

Para ello, según este documento, es imprescindible la figura del psicólogo de Cuidados Paliativos, cuya función es la atención integral de los enfermos de gran complejidad con una enfermedad progresiva, activa, irreversible y avanzada, así como la de sus cuidadores. Es también importante que el psicólogo que atienda al paciente y a la familia tenga continuidad en el tiempo y pueda atender las necesidades psicológicas del paciente y de su familia durante todo el proceso y en cualquier ámbito. Los estándares de calidad, señalados en esta Estrategia, recomiendan un psicólogo por cada 25 camas, incluyendo además actividad de consulta externa y de atención al duelo.

“PLAN DIGNIFICA, HUMANIZANDO LA ASISTENCIA” (2017)

En el “Plan Dignifica”, humanizando la asistencia 2017 (44), enmarcado en el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha, la primera línea estratégica “Comunicación e información” contempla como una de sus medidas el acompañamiento a pacientes de cáncer en primeras consultas. Está orientada al apoyo al paciente durante los 2-3 días iniciales desde que se diagnostica la enfermedad, para poder recibir la información necesaria sobre los trámites, el conocimiento de los diferentes servicios, gestión de citas, etc. Ello contribuye a reducir el impacto que supone el diagnóstico, resolver dudas, asumir y normalizar la vivencia de la enfermedad en la medida de lo posible.

Aunque el objetivo es hacer frente a las reacciones de miedo, ansiedad, tristeza, impotencia y cierto bloqueo mental en el paciente diagnosticado de cáncer, no se contempla la necesidad de que esta ayuda deba realizarla un psicooncólogo, por lo que acaso no pueda considerarse propiamente como una intervención psicológica. Una acción parecida se recoge en la primera medida de la línea estratégica dos de este plan, “Atención integral e integrada”. Los “Talleres de estética y salud”, aunque tampoco precisan intervención psicológica, tratan de hacer frente a los efectos que el tratamiento oncológico tiene en la autoestima de los pacientes y a mejorar su estado de ánimo y su calidad de vida.

Por último, la línea estratégica 5, “Implicación y participación ciudadana”, recoge como primera medida la información sobre asociaciones a pacientes de oncología, y su objetivo es facilitar información a las personas diagnosticadas de patologías oncohematológicas sobre la existencia y prestaciones de las asociaciones de pacientes existentes en relación a su proceso de enfermedad, para que puedan acceder a ellas cuando lo consideren oportuno.

Según este Plan, las asociaciones de pacientes constituyen un apoyo importante a pacientes de oncología, al realizar actividades y prestar atenciones complementarias para pacientes y familiares de las personas afectadas. Para dar a conocer estas asociaciones, se elabora un folleto que contenga el nombre, contacto y los enlaces web de cada asociación que tenga sede en la provincia o bien, más concretamente en el área de referencia. La distribución se realiza en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), y también a través del Servicio de Oncología u otros servicios relacionados con la enfermedad.

Asimismo, se facilita por parte del hospital el soporte y apoyo que las asociaciones precisen, siempre que sea posible, (disponibilidad de locales, aulas, recursos, etc.).

NOTAS

- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025. Consejería de Sanidad. Servicio Regional de Salud (SESCAM). Castilla La Mancha 2018: No se menciona la atención psicológica al enfermo de cáncer.
- Cronicidad: Plan Director de Atención a la cronicidad en un modelo de integración Asistencial 2014-2017. No se menciona al enfermo de cáncer, aunque se hace una referencia al área afectivo emocional de la persona en un modelo de integración asistencial.

CASTILLA Y LEÓN

“ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN” (2003)

La Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León (45), en su tercera línea estratégica considera el Área de Atención Psicosocial al enfermo de cáncer y sus familiares como un componente necesario de la atención oncológica que debe formar parte de la oferta asistencial. Los ámbitos de actuación en

este campo son el ajuste emocional del paciente, las relaciones familiares y de pareja, que se ven modificadas por la enfermedad, y el apoyo psicológico en los casos de tratamientos mutilantes que afecten a la propia imagen.

La importancia del apoyo psicológico al paciente oncológico infantil tiene perfiles específicos que condicionan su asistencia. Según se explica en esta Estrategia, se han demostrado mejores resultados terapéuticos y diagnósticos en unidades de oncología pediátrica especializadas, en las que colaboran los oncólogos pediátricos con otros servicios como cirugía infantil, oncología médica y radioterápica, radiodiagnóstico, anatomía patológica y farmacia, y que cuenten con personal de enfermería debidamente entrenado, y unidades de apoyo psicológico, psiquiátrico y pedagógico.

Impulsar actuaciones de mejora de calidad en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos oncológicos es uno de los objetivos de esta estrategia, y dos de las acciones mencionadas para llevar a cabo para su cumplimiento son, la redacción de un plan de acogida y de apoyo psicológico diferenciado para el paciente oncológico y sus familiares, y la creación de grupos focales de participación de los pacientes oncológicos y sus familiares para la mejora de la asistencia.

Como indicadores del cumplimiento de estas dos acciones tendríamos, el número de centros implicados en el tratamiento de enfermos oncológicos con un plan de acogida y apoyo psicológico al enfermo de cáncer y el número de grupos creados y grado de cumplimiento de sus objetivos.

Se distinguen dos áreas de actuación en esta estrategia en cuanto a la mejora de la calidad de vida del enfermo de cáncer. Por un lado, la prevención terciaria y por otro, los cuidados paliativos. Ambas se consideran un eslabón de gran importancia en la actuación estratégica contra el cáncer.

Las actuaciones de prevención terciaria están encaminadas a disminuir la discapacidad y fomentar la rehabilitación y reinserción de las personas enfermas o que han padecido la enfermedad. Estas actuaciones se desarrollan en colaboración con los servicios sociales, y también a través de asociaciones de voluntarios y de grupos de autoayuda surgidos por iniciativa de diversas organizaciones y entidades.

Este tipo de asociacionismo realiza un doble papel. Por un lado, contribuye a la mejora de la calidad de vida del enfermo oncológico y de su entorno y por otro, permite concienciar a la sociedad sobre necesidades específicas de los colectivos de personas enfermas, que deben ser valoradas por la Administración o los profesionales sanitarios, sin perder de vista los criterios de planificación racional de los recursos.

Los cuidados paliativos, consistentes en la prestación de la asistencia multidisciplinar necesaria para los pacientes oncológicos y sus familias cuando la expectativa se dirige hacia un proceso terminal, constituyen otra vertiente en la mejora de calidad de vida del enfermo de cáncer. Las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen tanto la correcta comunicación, valoración y tratamiento de su sintomatología física y psicológica, como el soporte e información adecuados a sus familias.

La coordinación entre los diferentes dispositivos con la red asistencial, y también con el sistema de acción social, constituye un elemento necesario para el éxito de esta línea estratégica dirigida a mejorar la calidad de vida del enfermo de cáncer, la Prevención Terciaria y Cuidados Paliativos.

Las actividades de prevención terciaria, según esta Estrategia, se han desarrollado tanto en el seno del sistema público como a través del trabajo de diferentes asociaciones y grupos de apoyo al enfermo oncológico, entre las que debe destacarse el papel de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Se menciona en esta estrategia que, con el patrocinio de la Asociación Española Contra el Cáncer, se han desarrollado Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias en las provincias de Ávila, Burgos, León, Salamanca y Valladolid.

En el mismo sentido, otro de los objetivos de esta Estrategia Regional, es impulsar el desarrollo de redes y grupos de apoyo para la mejora de la calidad de vida del enfermo de cáncer, siendo las actividades propuestas conocer las expectativas y satisfacción de los ciudadanos y profesionales en relación con los servicios de apoyo en las perspectivas biológica, psicológica y social, así como el establecimiento de convenios de colaboración con asociaciones, entidades y organizaciones sin ánimo de lucro para el apoyo al enfermo oncológico y la elaboración y difusión de un catálogo con la oferta de los diferentes grupos de apoyo al enfermo oncológico.

En cuanto a la financiación de la Prevención Terciaria y Cuidados Paliativos, leemos en la estrategia, las actuaciones relativas al impulso de redes y grupos de apoyo para la mejora de la calidad de vida del enfermo de cáncer serán financiadas, en el ámbito de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, con las correspondientes partidas asignadas a la Dirección General de Planificación Sociosanitaria y la financiación de los convenios suscritos con la Asociación Española Contra el Cáncer tanto en el ámbito de la Administración General de la Consejería como de la Gerencia Regional de Salud.

“PROYECTO ONCOGUÍAS” (2003)

En el contexto de la planificación regional en materia de cáncer en la Comunidad de Castilla y León, la Consejería de Sanidad, empezó a desarrollar en 2003 el llamado “Proyecto Oncoguías”, en el que participaron a través de diversos grupos de trabajo, un gran número de profesionales sanitarios de distintas especialidades y de todas las Áreas de la Comunidad.

Se basa en la metodología de gestión por procesos y tiene por objetivo mejorar la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la curación, la asistencia paliativa y la calidad de vida de los enfermos con cáncer y la de cuidadores y familiares. Se trata de documentos de trabajo que permiten el abordaje estructurado e integral de los tipos de cáncer de mayor relevancia en esta Comunidad.

En el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León (46), encontramos guías para la gestión integrada de los procesos asistenciales de diez tipos de cáncer (mama, próstata, melanoma, colorrectal, cuello del útero, gástrico, ovario, pulmón, vejiga y mieloma) y una guía para la gestión de procesos asistenciales relacionados con el cáncer, en este caso los cuidados paliativos del enfermo oncológico.

Las indicaciones para la atención psicológica de pacientes y familiares de enfermos de cáncer, así como la disponibilidad de profesionales especializados para la intervención psicológica ante ciertas reacciones y alteraciones del paciente, las encontramos en casi todas las Guías para la gestión integrada de procesos asistenciales de patologías oncológicas: cáncer de mama (47), cáncer de Cuello del útero (48), Ovario (49), Pulmón (50), Mieloma (51), Gástrico (52), Melanoma (53), Vejiga (54). En estos tres últimos, se incluye, además, al psicólogo entre los facultativos/profesionales, que deberá disponer de la historia médico-oncológica completa en cada consulta. También deberá el psicooncólogo disponer de la posibilidad de comunicación directa con los profesionales implicados en el proceso (independientemente de los informes médicos) y, además, disponer de medios físicos y técnicos adecuados.

“GUÍA PARA LA GESTIÓN INTEGRADA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS” (2005)

En la Guía para la Gestión Integrada del Proceso Asistencial en Cuidados Paliativos (55), publicado en 2005, en el apartado dedicado al establecimiento del plan individualizado de intervención en Atención Primaria, en la valoración profesional inicial, además de una valoración clínica y funcional del enfermo, entre otras, se realiza una valoración psicológica, emocional, relacional, de sus valores y creencias.

Y más específicamente, en la prestación de Servicios Asistenciales Paliativos a los Enfermos Oncológicos, esta valoración entrará a formar parte de la prestación de los servicios por profesionales psicólogos que realizarán la valoración psicológica del paciente con criterios paliativos y de su familia, establecerán el plan de intervención si procede, tanto con el paciente como con la familia y prestarán el apoyo que

necesite el equipo asistencial para el manejo de las reacciones de impacto emocional, tanto del paciente como de sus familiares.

Los indicadores clave para estas actuaciones serían, resumiendo, el número y porcentaje de pacientes con criterios paliativos en los que se produce una intervención directa del psicólogo, el número y porcentaje en los que se produce esta intervención a nivel familiar y el porcentaje en los que se produce esta intervención como apoyo a los Equipos de Atención Primaria. Anexados en esta guía se especifican los métodos de la intervención psicológica en Cuidados Paliativos y los Servicios y criterios de interconsulta.

“PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CASTILLA Y LEÓN 2017-2020”

En el Plan de cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020 (56), encontramos como dispositivos asistenciales los Equipos de Atención Primaria; los Equipos de Soporte Domiciliario, formados por personal médico, profesionales de enfermería y, por lo general, el apoyo de un trabajador social y un psicólogo; los Equipos de Hospitalización a Domicilio, Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos; los Equipos de Emergencias Sanitarias; y la Colaboración Externa.

En relación a esta última, los profesionales de la Gerencia Regional de Salud, realizan acompañamiento en el proceso de adaptación a la enfermedad, cubriendo las necesidades psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, así como el duelo, anticipado y posterior al fallecimiento del paciente. Estos profesionales cuentan con la colaboración de dos Equipos de Atención Psicosocial, financiados por la Obra Social la Caixa, que colaboran en la atención integral de personas con enfermedad avanzada y sus familias y con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que colabora prestando atención psicológica tanto en el domicilio como en el medio hospitalario, en todas las Áreas de Salud de Castilla y León.

En cada Área de Salud, el psicólogo trabaja de forma coordinada con el resto de profesionales que prestan cuidados paliativos en el campo de las competencias que le son propias a la Asociación, con el fin de garantizar una atención integral e integrada a la unidad paciente/familia/cuidador en los ámbitos rural y urbano. En la primera línea estratégica de este Plan de Cuidados Paliativos, enfocada a la atención integral de la Unidad Paciente/Familia-Cuidador con necesidad de cuidados paliativos, encontramos como uno de sus objetivos facilitar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares en cualquiera de los ámbitos de atención sanitaria según sus necesidades.

El Proceso Asistencial Integrado en cuidados paliativos, se realiza, según este Plan, por un grupo interdisciplinar de profesionales asistenciales de diferentes ámbitos y niveles asistenciales, como son, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, siendo imprescindible la coordinación entre ellos en los diferentes niveles asistenciales para así garantizar la continuidad en los cuidados y la mejor calidad de vida posible. Entre las actividades del proceso, para la valoración integral de la unidad paciente/familia-cuidador, se considera la valoración física, psicoemocional y espiritual del paciente, y, como planes de intervención y seguimiento, entre otros, se encuentra el apoyo emocional y la comunicación mediante una intervención psicológica específica.

NOTAS

- Acuerdo 58/2003, de 24 de abril; Junta de Castilla y León: se aprueba la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León: no se menciona al enfermo de cáncer.
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León:
“Aunque esta Estrategia está dirigida fundamentalmente a todos los pacientes crónicos se ha considerado necesario establecer prioridades en su implantación en función de la mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, con el fin de facilitar su desarrollo. En este sentido se han priorizado de manera inicial las siguientes patologías: Enfermedades del área cardiológica:

insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias; ictus; enfermedades neurodegenerativas y demencias; diabetes; EPOC; etc.

- "El hecho de que otras patologías relevantes como el cáncer y la infección por VIH no aparezcan en el listado anterior, a pesar de ser procesos crónicos en muchos casos con alto impacto sanitario, es consecuencia de que ya existen en nuestra Comunidad Autónoma estrategias específicas para su abordaje, aunque se contempla la posibilidad de adaptación del proceso de atención de estas patologías al marco de atención a la cronicidad".
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo: No se menciona al enfermo de cáncer.
- Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente: No se menciona el cáncer

CATALUÑA

"PLAN CONTRA EL CÁNCER EN CATALUÑA" 2015-2020

Entre los objetivos más relevantes y prioritarios del Plan contra el Cáncer en Cataluña 2015-2020 (57), se encuentra la consolidación del modelo de atención multidisciplinar como eje del modelo asistencial del cáncer en esta Comunidad.

También se plantea la necesidad de una mejor coordinación asistencial entre los distintos profesionales y organizaciones asistenciales implicados en la atención oncológica, dándole una relevancia mayor a las necesidades psicosociales y a la evaluación de los efectos adversos del tratamiento de los pacientes que han sobrevivido a la enfermedad.

En este punto, se subraya en este Plan, la importancia de la atención psicosocial del paciente de cáncer, no solo en la edad pediátrica, sino también en la edad comprendida entre los quince y los veinticuatro años (adolescencia y adulto joven), ya que el diagnóstico se produce en un momento muy importante del desarrollo físico, psíquico y social.

Por ello, este Plan pretende reforzar la implicación de los padres y el papel de las organizaciones de pacientes en la evaluación de la calidad asistencial, a la vez que consolidar el modelo de centros de referencia de oncología pediátrica y conocer los circuitos sanitarios en Cataluña utilizados por los enfermos adolescentes y los adultos jóvenes según el tipo de cáncer.

Además, la alta supervivencia de estos enfermos obliga a diseñar un seguimiento a largo plazo que permitirá definir unos circuitos sanitarios que no solo tengan en cuenta la asistencia oncológica, sino también la transición del paciente de un servicio pediátrico a uno de adultos

Conocer la asistencia oncológica en estos grupos de edad, permitirá definir unos circuitos sanitarios que integren, además de la asistencia oncológica, el periodo de transición del paciente de un servicio pediátrico a uno de adultos y que faciliten el seguimiento clínico a largo plazo en las vertientes oncológica, psicológica y social, como también queda recogido en el Plan Director de Oncología 2017-2019 (58).

Se recuerda en el Plan contra el Cáncer de Cataluña que un aspecto desarrollado desde el inicio del primer Plan director de Oncología ha sido el apoyo a la implantación de la atención psicooncológica, que ha sido promovida tanto con la disponibilidad de profesionales en centros de referencia como con el despliegue de un modelo de trabajo acordado con profesionales y la implicación de centros y asociaciones de voluntarios y pacientes en este ámbito de trabajo. Por ello, puede afirmarse que se dispone de una red de profesionales que hay que promover y seguir dando apoyo.

Se añade que un aspecto clave para los próximos años es la definición del grado de apoyo terapéutico y qué profesional es el más adecuado para facilitarlo. Por lo tanto, hay que promover una mayor capacidad de diagnóstico del riesgo de problemas psicológicos y una mayor adaptación del recurso de apoyo a las distintas necesidades de los pacientes.

El despliegue de modelos como el barómetro de distrés psicológico entre todos los profesionales asistenciales permitiría detectar mejor los casos de riesgo y derivar solo aquellos que requieran atención específica, implicando a todos los profesionales en este aspecto de detección y apoyo.

Desde esta perspectiva, se propone como objetivo desarrollar una estrategia de atención psicooncológica adaptada a la complejidad del paciente e implantar el cribado del distrés psicológico, con barómetro, realizado periódicamente por los profesionales sanitarios, como parte de su actividad asistencial. Se propone como momentos del curso de la enfermedad adecuados para hacer la valoración sistemática del distrés psicológico, un mes tras el diagnóstico y al finalizar el tratamiento con intención radical.

El Plan señala que la toma de decisiones óptima en el diagnóstico, tratamiento y apoyo de los pacientes con cáncer se asocia cada vez más a los equipos multidisciplinares (EMD). La atención del cáncer implica un número creciente de especialistas y profesionales de la salud de varias áreas de intervención que se amplían para incluir el apoyo psicosocial, la genética y los aspectos de fragilidad, sobre todo en edades avanzadas, entre otras áreas. En todas las etapas de la atención hay que tomar decisiones de consenso.

En este contexto los aspectos psicosociales deben formar parte de la evaluación multidisciplinar, tanto para la evaluación del distrés como de las estrategias de su tratamiento, lo que implica la ampliación del número creciente de especialistas y profesionales de la salud. Todos estos aspectos quedaban también reflejados en el Plan Director de Oncología más arriba referenciado.

“PLAN DIRECTOR SOCIOSANITARIO” (2007)

La atención en Cuidados Paliativos la encontramos en esta Comunidad, en el Plan Director Sociosanitario 2007 (59).

Entre sus líneas de actuación, en concreto en la referida al establecimiento de medidas de la calidad de los resultados clínicos y de la asistencia a los aspectos subjetivos de los pacientes, se propone la evaluación de estos aspectos por parte de los servicios de cuidados paliativos, y la adopción de medidas de mejora. Entre las acciones a llevar a cabo estaría el diseño de protocolos de intervenciones específicas en situaciones de necesidad y el acceso a profesionales del ámbito de la psicología, la psiquiatría y la salud mental.

De manera transversal a todas las líneas de actuación del Plan se propone potenciar la investigación y como actividades, estudiar temas afines a estas cuatro líneas, poniendo especial énfasis tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos y que incluya a todos los profesionales implicados, entre ellos psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, médicos, etc.

NOTAS

- Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña: No menciona al enfermo de cáncer. El PDSMA destaca que la Atención Primaria es la puerta de entrada del sistema sanitario y de ella depende la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema. La alta prevalencia de los factores psicológicos presentes en los trastornos de la salud general, junto con la accesibilidad de los servicios que presta, hace que su papel sea clave en la detección y resolución de los trastornos mentales menos graves.
- Los centros de salud mental tienen que dar apoyo a los EAP, e intervenir en los casos más graves o de mayor complejidad.

- No se encuentra un documento de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Cataluña.
- Cronicidad: Programa de Prevención y atención a la cronicidad. Plan de Salud 2011-2015. (Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Programa de prevención y atención a la cronicidad 2016): No se menciona al enfermo de cáncer.

EXTREMADURA

“PLAN INTEGRAL CONTRA EL CÁNCER EN EXTREMADURA” (2017-2021)

En lo que se refiere a la asistencia al cáncer en adultos, el reciente Plan Integral Contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021 (60), considera que el proceso oncológico conlleva, además de la patología orgánica, alteraciones emocionales y sociales que transforman la vida del paciente y muchas veces la de sus familiares, por lo que se precisa de un abordaje individualizado y continuo, atendiendo no sólo las necesidades y demandas de cuidados estrictamente sanitarios, sino también aquellos que se requieran para el bienestar social y emocional de los pacientes y sus familias.

La asistencia al cáncer infantil y juvenil (entre 0 y 18 años), por sus especiales características, requiere una serie de necesidades como son la escolarización durante el periodo de su enfermedad, la atención psicosocial y la protección de la dignidad y la calidad de vida de los pacientes. El Plan destaca la importancia de las asociaciones de pacientes y familiares en el abordaje de estos procesos en el entorno psicosocial, cuya movilización, a través del trabajo social y de la psicología, supone una mejora en calidad de vida del paciente y sus familiares.

El documento hace expreso y patente el papel crucial de estas organizaciones recogiendo la Participación Comunitaria en Salud y las Asociaciones de Pacientes y Familiares entre los recursos con los que, en Salud Pública, cuenta la atención al cáncer en esta Comunidad. Estas entidades realizan múltiples actividades en los diferentes ámbitos sanitario, social, educativo y comunitario, desarrollando programas de prevención del cáncer y complementando la acción de los servicios públicos, tanto sociales como sanitarios (atención psicológica de enfermos y familiares y Programas como “Mariposas”, “Compañía”, etc.). Todo ello, con la finalidad de paliar los efectos que produce esta enfermedad en las personas que la padecen y sus familiares.

Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer y de sus familias es uno de los objetivos propuestos en este Plan Integral, y una de las líneas de actuación, entre otras, consiste en la potenciación del apoyo psicológico y social de las personas que sufren un cáncer, tanto en la edad adulta como en menores, sus familias y cuidadores.

Las unidades responsables de estos servicios son las Gerencias de las Áreas de Salud, el Servicio de Participación Comunitaria en Salud, las Asociaciones de Pacientes y familiares de enfermos de cáncer inscritas en el registro General de Asociaciones y la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.

La Atención Sociosanitaria, por su parte, cuenta con distintos recursos como son, los Centros de Día, que ofrecen estancia diurna a personas mayores con dificultades para su autonomía y necesidades de cuidados (personales, terapéuticos y socioculturales) y que disponen de profesionales de la medicina, enfermería, psicología, fisioterapia y auxiliares, además de otros recursos sociosanitarios que también prestan apoyo a las personas con cáncer y sus familias y/o cuidadores desde un punto de vista social, laboral, psicológico, económico, rehabilitador, etc.

Estos recursos se ofrecen así tanto desde la Administración Pública (sanitaria, local, seguridad social) como desde diferentes Asociaciones que desarrollan una labor fundamental en este sentido como, la Asociación Española Contra el Cáncer de Extremadura que dispone de pisos de acogida gratuitos para

pacientes y familiares que necesitan alojamiento durante los tratamientos, y voluntariado para desahogo y descarga familiar.

Como indicadores de evaluación encontramos, el número y tipo de recursos existentes y de nueva creación en las áreas de salud del Servicio Extremeño de Salud para la Atención Psicológica y Social del paciente con cáncer; el número de asociaciones de pacientes con perfil sanitario inscritas en el Registro General de Asociaciones que prestan apoyo al paciente oncológico; y las áreas de salud que realizan la atención psicosocial a las personas que sufren un cáncer en la Comunidad Autónoma.

La formación, la investigación y los sistemas de información son los instrumentos de apoyo en la atención del cáncer para seguir, según este Plan, mejorando la atención oncológica. Por ello, uno de los objetivos es impulsar las actividades relacionadas con estos tres instrumentos de apoyo en el ámbito de la oncología, incluyendo la formación continuada de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en áreas como la promoción de estilos de vida saludable, asistencia al cáncer infantil y juvenil y el soporte psicológico al paciente oncológico y sus familias.

Por último, otro de los recursos incluidos en el referido Plan son los Cuidados Paliativos, constituidos por personal de medicina, enfermería, psicología (mediante convenio con la Asociación Española contra el Cáncer en Extremadura, y la Asociación Oncológica Extremeña (AOEx)) y trabajadores sociales (mediante convenio firmado por el Sistema Extremeño de Salud, Fundesalud y la Caixa), lo que según este Plan Integral, garantiza un equipo multidisciplinar que puede dar respuesta a las necesidades más complejas de los pacientes y sus familias.

Aunque la situación más actualizada de la atención a los Cuidados Paliativos en esta Comunidad la encontramos en el comentado Plan Integral contra el Cáncer 2017-2021, debemos señalar que el diseño sanitario detallado de estos cuidados se recoge en el Programa Marco de Cuidados Paliativos 2002 (61).

“PROGRAMA MARCO DE CUIDADOS PALIATIVOS” (2002)

En este Programa, siguiendo los criterios de la OMS, se definen los cuidados paliativos como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El objetivo es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Estos cuidados deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares, y si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo.

En este sentido, el primero de los principios nombrados en el Programa Marco es garantizar cuidados paliativos a los pacientes en situación terminal, como un derecho legal del individuo, en cualquier lugar, circunstancia o situación, a través de las diferentes estructuras de la red asistencial, de forma que reciban la asistencia sanitaria, psicológica y social que precisen sin distinción del tipo de enfermedad, ni ámbito de atención.

En lo que se refiere a los dispositivos Asistenciales, en el momento de elaboración del Programa Marco, los recursos específicos en cuidados paliativos lo integraban un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria en Badajoz, dependiente del Servicio Extremeño de Salud, y dos Equipos de Cuidados Paliativos, dependientes de la Asociación Española contra el Cáncer. Esto ponía de manifiesto una falta de recursos sociales intermedios y de estructuras de coordinación sociosanitaria entre las Áreas de Salud.

Las propuestas de mejora para la prestación de cuidados paliativos, tras un análisis de las necesidades asistenciales, organizativas, de formación y coordinación que tenían los profesionales, fueron, entre otras, la creación de una red de apoyo psicosocial, la coordinación entre los niveles asistenciales, la formación de los profesionales en Atención Primaria y Especializada y la creación de recursos específicos de Cuidados Paliativos.

En este sentido, para la atención especializada, como dispositivos específicos a desarrollar, en el Programa se proponen los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, y las Unidades de Cuidados Paliativos.

Los primeros pueden ser básicos, formados por médicos y enfermeras, o completos si están formados por más profesionales, como psicólogos, trabajadores sociales u otros. Su función es la de apoyo a otros profesionales, asesoría y consultoría, y atención directa de los pacientes cuando otros profesionales lo soliciten y se cumplan los criterios de inclusión. Su ámbito puede ser domiciliario, hospitalario o mixto.

La Atención Primaria de Salud, estaba formada, según se indicaba en este Programa Marco por los diferentes Equipos de Atención Primaria y las diferentes Unidades de Apoyo, como Salud Mental, Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPF) y Centro de Drogodependencia Extremeño (CEDEX).

Las relaciones con organizaciones no gubernamentales (ONGs), deben establecerse para aquellas prestaciones que son complementarias a las que realiza el Servicio Extremeño de Salud, según los principios generales de la organización del Programa Marco. Se trata del apoyo prestado por estas entidades a determinados aspectos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias.

Los convenios existentes en el momento de la puesta en marcha del programa, se dice en este Programa, se podrán mantener inicialmente hasta realizar evaluaciones del funcionamiento. Los dispositivos asistenciales que actúen bajo estos convenios deberán acogerse a los criterios de calidad establecidos para el resto de los recursos específicos de Cuidados Paliativos de Extremadura a la vez que utilizarán los mismos sistemas de registro y trabajarán con la misma filosofía de funcionamiento y organización para asegurar la equidad y eficiencia del sistema.

La Plataforma del Voluntariado de la Provincia de Badajoz, editó en 2013, el Plan Estratégico del Voluntariado en Cuidados Paliativos (62), en el que se muestra una relación de las entidades que forman parte de la Red de Entidades de Voluntariado en Cuidados Paliativos de Extremadura (Red VOLUCPALEX).

Estas entidades sin ánimo de lucro trabajan en el apoyo y acompañamiento a pacientes de cuidados paliativos y sus familiares mediante voluntariado bajo las directrices del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud y vendrían a complementar la labor de los profesionales del ámbito sociosanitario, como la atención a las necesidades de compañía, afecto, diálogo, comunicación, o respiro familiar.

En el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 (63), encontramos mención, entre las medidas del Sistema Sanitario Público de Extremadura, al apoyo psicológico que se proporciona desde algunas asociaciones de pacientes en colaboración con la Consejería de Sanidad y Dependencia.

NOTAS:

- III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020: No se menciona el cáncer.
- No existe un documento sobre atención al enfermo crónico en la web de Extremadura Salud

GALICIA

"PLAN ONCOLÓGICO DE GALICIA" (2002-2005)

En la introducción del documento del Plan Oncológico de Galicia 2002-2005 (64), ya se recoge como uno de los aspectos fundamentales en el abordaje del cáncer la información y el apoyo psicológico al paciente y su familia, orientado a facilitar el manejo de la enfermedad y el proceso en las mejores condiciones psíquicas. A tal fin ya se incluye entre los recursos humanos de las Unidades de Oncología Médica y los de sus áreas de apoyo, como Farmacia Hospitalaria dedicada a quimioterapia o Psicología Clínica, la presencia de un psicólogo con dedicación a tiempo parcial.

Entre los objetivos organizativos figura el establecimiento de nuevos circuitos interdisciplinarios demandados por la introducción de nuevas tecnologías. Como ejemplo se mencionan objetivos asistenciales como la reconstrucción inmediata en mastectomizadas o el apoyo psicológico, que en la actualidad requieren de una coordinación con otras especialidades que antes no se encontraban en el circuito asistencial de la enferma con cáncer de mama. Así se coordinan el servicio de Cirugía plástica para la reconstrucción inmediata en grupos seleccionados de enfermas, lo que permite incrementar su utilización asistencial, y al mismo tiempo se coordina con el servicio de Psiquiatría para proporcionar el apoyo psicológico perioperatorio en las enfermas con este tipo de cáncer.

Entre las recomendaciones en cuanto a la asistencia sanitaria se encuentra la coordinación de los recursos y servicios de oncología con los servicios de Atención Primaria, destacándose la importancia de ésta en la atención integral al paciente oncológico. El médico de cabecera estará adecuadamente informado por el responsable clínico del diagnóstico y tratamiento del paciente, para poder efectuar el oportuno seguimiento del mismo, reconocer posibles complicaciones si se presentan y conocer su tratamiento específico, además de proporcionar apoyo psicológico tanto al enfermo como a sus familiares o cuidadores.

Este Plan recoge el Apoyo Psicosocial como una de las líneas de actuación en la mejora de la atención al paciente, debiendo ser parte de la atención integral en oncología. Ningún paciente con diagnóstico de cáncer deberá afrontar un tratamiento oncológico sin el debido apoyo psicosocial. Esta prestación deberá hacerse extensiva a los familiares o cuidadores del paciente, que soportan gran parte de la carga física y emocional que el proceso conlleva. Se especifica que todas las unidades de oncología deberán contar, al menos con un psicólogo de apoyo. Se proponen, además, otro tipo de acciones de apoyo y ayuda, prestadas por voluntarios y promovidas tradicionalmente por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que colabora en estas actividades.

En cuanto a las características de las Unidades de Oncología Pediátrica, estas se alinean con las recomendaciones emitidas por la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica y la Academia Americana de Pediatría e incluyen el apoyo psiquiátrico, psicológico y pedagógico, así como la asistencia social. Los recursos humanos en Oncología Pediátrica mencionados en este Plan están formados por especialistas en Oncología y Cirugía Pediátrica, así como personal de apoyo, farmacia y psicología, además del personal de enfermería y auxiliar.

Como líneas de actuación de mejora de la atención al paciente oncológico pediátrico encontramos la Atención Psicosocial: ningún niño ni su familia deberá afrontar un tratamiento oncológico sin el debido apoyo psicosocial. Todas las unidades de oncología que traten niños deberán contar con la ayuda de un psicólogo experimentado, capaz de prestar asistencia a los niños y sus familiares o cuidadores.

“PLAN GALLEGO DE CUIDADOS PALIATIVOS” (2007)

También entre las recomendaciones en los cuidados paliativos, encontramos la elaboración de protocolos de actuación para la prestación de cuidados paliativos, especialmente al control del dolor y programas de apoyo psicológico al paciente y sus familiares.

El Plan Gallego de Cuidados Paliativos (65), incluye como valores y principios de la atención interdisciplinar, la calidad de vida del paciente, un trato integral, considerando y tratando al paciente como un todo individual, con necesidades físicas, psicosociológicas y espirituales, y considerando también estas mismas necesidades en la familia del enfermo.

Como características de este Plan se mencionan entre otras, su carácter global y totalizador ya que abarca al individuo y a su familia en todos los aspectos, físicos, psíquicos, sociales y espirituales. Su orientación al paciente evalúa la situación física y psicosocial del mismo y de sus necesidades de forma individual, eligiendo de común acuerdo el mejor espacio asistencial para su tratamiento, girando todos los recursos en torno a las necesidades de la unidad familia-paciente.

Entre los dispositivos asistenciales se mencionan la Atención Primaria, en cuyo protocolo de atención al paciente terminal se nombra como actividades, el alivio de síntomas y sufrimiento, acompañamiento psicoafectivo y soporte espiritual, atención en el domicilio, atención en el proceso de muerte, incluido el duelo, educación al paciente y a la familia, coordinación de recursos sociales y desarrollo de grupos de autoayuda. El diseño de la Atención Especializada, formada por diferentes Unidades clínico asistenciales, entre ellas, la atención hospitalaria, recoge también la participación del psicólogo como parte del equipo multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

En cuanto al perfil profesional que debe reunir el personal de la Unidad de Cuidados Paliativos, el psicólogo debe ser titulado superior, especialista en psicología clínica o con experiencia previa en cuidados paliativos, poseer interés y conocimientos suficientes de los principios y aplicación de estos cuidados, debiendo poseer flexibilidad en la aproximación metodológica en su disciplina y un currículo profesional acreditado en Cuidados Paliativos.

Por último, entre los programas de recogidos en el Plan Estratégico de Salud Mental. Galicia 2006-2011 (66), se encuentran los Programas de interconsulta y enlace, dirigidos a dar respuesta a distintos tipos de demanda de otros niveles asistenciales y especialidades: tales como intervención, asesoramiento y apoyo en programas específicos como dolor, oncología, trasplante, daño cerebral, etc., así como la propia formación y adiestramiento a otros profesionales en habilidades específicas de salud mental.

NOTAS

- La atención al paciente Crónico y Pluripatológico en Galicia se encuentra integrada en la Estrategia SERGAS (Servicio Gallego de Salud) 2014: no se encuentra mención al enfermo de cáncer.
- No se encuentra un Plan de Humanización de la atención Sanitaria en Galicia.

LA RIOJA

“III PLAN DE SALUD DE LA RIOJA” (2015-2019)

La atención al cáncer en La Rioja es una de las líneas prioritarias del III Plan de Salud de la Rioja 2015-2019 (67), en el que uno de los grandes objetivos, junto con la disminución de la morbilidad y la detección precoz de las enfermedades, es el aumento de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Las actuaciones necesarias en cáncer, recogidas en este Plan y que se llevan a cabo sobre los distintos tipos de esta enfermedad (mama, cuello uterino, colorrectal, pulmón, pediátrico), se centran sobre la difusión del Código Europeo Contra el Cáncer, el apoyo psicosocial y la calidad asistencial. Entre los objetivos específicos en lo referido al aumento de la calidad de vida, está el proporcionar atención psicológica y social a los pacientes que padecen esta patología y a sus familiares.

Como recomendaciones, para la atención psicológica y social, se enumeran: estructurar el apoyo psicosocial en todas las etapas de la enfermedad; realizar sesiones, cursos y/o seminarios para dotar al personal sanitario de herramientas para dar respuesta a las necesidades de apoyo psicosocial a los pacientes y sus familias; estructurar de forma organizada la detección por parte del personal sanitario de las necesidades especiales de apoyo psicosocial que puedan requerir la intervención de profesionales así como la constitución de un Comité Psicosocial.

El indicador para la evaluación de este objetivo es el porcentaje de pacientes a los que se les ha prestado apoyo psicológico.

“PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS LA RIOJA” (2018)

Para el Plan de Cuidados Paliativos la Rioja 2018 (68), lo esencial en la asistencia sanitaria en Cuidados Paliativos es que esta sea integrada y efectiva, centrada en la persona enferma, y que permita una atención de calidad en cualquier nivel asistencial.

Tanto la atención médica como la psicosocial serán realizadas, según este Plan, en los niveles de atención primaria y especializada y complementadas por los servicios de urgencias y emergencias, unidades de hospitalización a domicilio, residencias sociosanitarias y de personas mayores, así como por el equipo de atención psicosocial convenido con la Fundación Bancaria La Caixa, que actúa en la Rioja desde el año 2008.

Los pacientes de baja complejidad serán atendidos por los recursos de atención primaria o centros residenciales, mientras que los pacientes complejos serán remitidos a los recursos específicos, a Unidades de Cuidados Paliativos de adultos o al Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos Pediátricos en su caso, bien en hospitalización convencional, consulta externa o atención domiciliaria.

Tendrán soporte psicológico y de atención social con medios específicos, tanto a la familia como al paciente. Incluso tras el fallecimiento, la Unidad proseguirá con la atención al proceso de duelo, facilitando el mismo y evitando el duelo patológico que pueda llevar a una situación psicopatológica. Los recursos específicos actúan como apoyo de la Atención Primaria en el caso de los pacientes a domicilio, y no son compartidos con otros estamentos del Sistema de Salud. El apoyo psicológico se ve reforzado con el equipo de Atención Psicosocial concertado con la Fundación Bancaria la Caixa. Ambas instancias atienden al duelo de los familiares posterior al fallecimiento del enfermo.

En el caso de los enfermos pediátricos, el equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos (ECP) está formado por profesionales que ya prestan esta asistencia de forma coordinada según un plan de cuidados y con un profesional de referencia. En la estructura de (ECP) figuran, en este Plan, el encargado de Cuidados Paliativos del Servicio de Pediatría, el encargado de Cuidados Paliativos Pediátricos del Servicio del Servicio de Cuidados Paliativos, el representante de pediatras de zona, el representante de enfermería pediátrica, el representante de enfermería de Cuidados Paliativos, Psicólogo y/o trabajo social.

NOTAS

- Plan de Salud Mental La Rioja 2016-2020: No se menciona la atención psicológica al enfermo de cáncer
- III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019 se dedica el capítulo 6 al enfermo crónico, y el 13 a la Salud Mental, pero el capítulo 5 al cáncer, ya analizado en esta Comunidad.
- No existe Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria y en el apartado de Calidad asistencial no se menciona la atención psicológica.

MADRID

“PLAN INTEGRAL DE CONTROL DEL CÁNCER DE LA COMUNIDAD DE MADRID” (2007)

Uno de los objetivos para el bienio 2007-2008 en relación con la asistencia a adultos, niños y adolescentes del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid 2007 (69), era que los pacientes diagnosticados de cáncer sean tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado, que cuente con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria. La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará en Unidades Multidisciplinares de Oncología Pediátrica.

Estas Unidades deben estar constituidas en base a ciertos criterios. Deben estar integradas en una organización hospitalaria que facilite la comunicación y coordinación con los nuevos métodos de tratamiento y deben favorecer la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico, de tal forma que los niños puedan continuar su desarrollo madurativo y su educación. Estas Unidades deben, a su vez, estar conectadas con la Atención Primaria y con otros hospitales, garantizando en todo momento la continuidad asistencial.

Otro de los objetivos de este Plan Integral ha sido mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde la fase de prediagnóstico hasta el final del proceso, en los aspectos relacionados con su estado físico, psicosocial y emocional, así como en su entorno familiar, facilitando además a las familias el apoyo que precisen.

Para ello algunas de las acciones a llevar a cabo son, por ejemplo, mejorar la atención psicológica y emocional del paciente y su familia en las distintas etapas del proceso oncológico o mejorar la ayuda al paciente para recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia, mejorando su calidad de vida en general, tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicosociales.

“PLAN ESTRATÉGICO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID” (2010)

La primera línea de actuación del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2010 (70), se centra en el desarrollo de la organización de los Cuidados Paliativos, siendo uno de sus objetivos el establecimiento de redes funcionales de actuación, estableciéndose Comisiones de Cuidados Paliativos que se reúnan periódicamente y que debe estar formadas por responsables de las redes y representantes de Atención Primaria, Farmacia, Salud Mental, y centros concertados, entre otros.

En esta misma línea de actuación referente al desarrollo de la organización, otro de los objetivos es el de adecuar la Atención Psicológica a los pacientes y sus familiares, mediante la identificación de psicólogos de referencia, encargados de prestar la atención psicológica de la manera más eficiente en cada entorno geográfico; establecer el nivel de complejidad de las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias para adecuar la dotación de recursos psicológicos específicos; y desarrollar un procedimiento unificado de atención psicológica.

La segunda línea de actuación se orienta hacia la Mejora de la Accesibilidad, teniendo entre sus objetivos impulsar el desarrollo de la Atención Paliativa Pediátrica. La Consejería de Sanidad apoyó el proyecto presentado para la creación y puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, que comenzó a funcionar en febrero de 2008, en el Hospital Niño Jesús.

Una de las actuaciones a llevar a cabo respecto a esta línea es el establecimiento de la Unidad de Atención Integrada Pediátrica Paliativa como servicio específico de la atención paliativa pediátrica en la Comunidad de Madrid, reconociéndola en la estructura orgánica del Hospital Niño Jesús. Esta Unidad Incluye pediatras, enfermeras con experiencia en pediatría, auxiliares de enfermería, psicólogo, trabajador social, auxiliar administrativo, agente pastoral, farmacéutico y profesiones aliadas.

Mejorar la eficiencia es la tercera de las líneas de actuación de este Plan Integral de Cuidados Paliativos. Y se plantea que para hacer una utilización de recursos adecuada resulta imprescindible la coordinación de las diferentes disciplinas (médicas, enfermería, trabajo social, psicología, farmacia, terapeuta ocupacional, fisioterapia y agente pastoral) en los distintos niveles asistenciales.

“ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID” (2013)

En la Estrategia de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid (71), y estudiando el análisis de la situación del estudio cualitativo llevado a cabo para la elaboración

de esta Estrategia, se contempla como una de las mejoras para el Sistema Sanitario respecto a los pacientes, aumentar las prestaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente (sesiones de fisioterapia, atención psicológica sistematizada, podología...).

Se menciona, como recomendación del Sistema Nacional de Salud para la línea de ejecución referida al desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, mejorar su autocuidado, potenciar la practica sistematizada y evaluada de los programas de autocuidado, la intervención psicológica, las medidas fisioterápicas y otras medidas no farmacológicas como favorecedoras de la reducción de la medicalización de los procesos crónicos.

“PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA” (2016-2019)

En el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (72), la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria apuesta por seguir avanzando y potenciar el Programa para la Atención Integral del Paciente Oncológico (PAIPO).

Como objetivos generales se plantean definir, impulsar y favorecer la implementación de actuaciones e iniciativas dirigidas a proporcionar al paciente oncológico y su familia una atención integral y personalizada durante todo el proceso de la enfermedad, ofrecerles la mejor atención sanitaria y psicosocial, y posibilitarles una mejor aceptación y vivencia de la enfermedad.

Esto se plasma en los que definen como objetivos específicos: contribuir a reducir el impacto del diagnóstico de cáncer y su tratamiento, facilitar la resolución de dudas y la participación del paciente en la toma de decisiones informadas en relación a su proceso de salud; promover la autonomía del paciente y el control de su enfermedad fomentando los autocuidados; contribuir, en la medida de lo posible, a normalizar la vivencia de la enfermedad, a reducir el aislamiento psicosocial y a evitar la pérdida de identidad del paciente durante el ingreso hospitalario; facilitar al paciente y personas cuidadoras la gestión de citas y otros trámites, al objeto de minimizar los desplazamientos; contribuir a evitar las visitas innecesarias del paciente oncológico a la urgencia hospitalaria durante la fase activa de la enfermedad, y, en caso necesario, priorizar/protocolizar su atención en la misma; contribuir a promover la gestión compartida de casos entre atención primaria y atención hospitalaria; promover programas de cuidados de largos supervivientes de cáncer; y contribuir a impulsar los cuidados paliativos en los pacientes en los que se prevé el agotamiento del tratamiento activo.

NOTAS

- Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020: No se menciona al enfermo de cáncer.

MURCIA

“PLAN DE SALUD 2010-2015 DE LA REGIÓN DE MURCIA”

El Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia (73). Establece las estrategias de intervención sobre enfermedades relevantes, como es el caso del cáncer. Entre los propósitos de esta estrategia de intervención en cáncer están, entre otros, garantizar la generalización de los programas de prevención secundaria del cáncer con estándares de calidad en aquellos casos en los que exista evidencia científica de su eficacia; consolidar los equipos multidisciplinares de asistencia al cáncer existentes y crear otros nuevos en los hospitales donde sea necesario, con objeto de atender de forma integral y resolutive los diferentes tipos de cáncer; y asegurar una mejor calidad de vida a los pacientes y familiares, con apoyo psicosocial y cuidados paliativos.

Ya en el III Plan de Salud 2003-2007 (74), previo al arriba mencionado, entre las líneas de actuación en el área dedicada al cáncer, se hacía hincapié en la conveniencia de fortalecer la colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial al paciente y sus familias, el responsable de esta actuación sería la Consejería de Sanidad y Consumo y el indicador de su cumplimiento sería la inclusión de los mecanismos de coordinación del Sistema Sanitario con las Asociaciones de Apoyo a los Pacientes Oncológicos.

“PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD” (2006-2009)

Asimismo, en el Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009 (75), se propone como modelo estructural de la atención de los Cuidados Paliativos, que la asistencia básica de los pacientes en esta situación, dependa de los Equipos de Atención Primaria en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, siendo apoyados en esta tarea por los equipos de soporte de atención domiciliaria para la prestación de cuidados paliativos y la existencia en todos los hospitales de referencia de Unidades Funcionales de cuidados paliativos con una estructura y dotación de recursos acorde con la demanda y con los indicadores de morbilidad de las patologías implicadas. Estos cuidados deberían contar, también, con el apoyo de unidades del ámbito sociosanitario de esta Comunidad Autónoma.

Una de las condiciones indispensables para el funcionamiento del modelo, menciona este Plan, es asegurar la interconexión entre los diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales que garantice la coordinación y fluidez entre todos ellos en un marco de complementariedad de actuaciones.

Los diferentes recursos que participan en la atención al paciente con enfermedad en situación terminal son los Equipos de Atención Primaria; los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, tanto de Atención Domiciliaria como de atención Especializada; Servicios de Especialidades de los hospitales; Servicios de Urgencias Extrahospitalarios; Salud Mental; y Servicios Sociosanitarios.

El dispositivo de Salud Mental recogido en este Plan es un servicio de consulta especializada atendido por un equipo de profesionales formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal auxiliar, que, dentro de sus competencias en Salud Mental, prestan al paciente en situación terminal y su familia atención al duelo complicado y/o atención en situaciones complejas.

El “número de contactos realizados con otros profesionales sociosanitarios” es uno de los indicadores del área de Organización y Coordinación para evaluar la coordinación del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos con otros profesionales. Tienen consideración de profesional sociosanitario los médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud.

NOTAS

- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013: no se menciona al enfermo de cáncer. Aún no se ha publicado el Plan de Salud Mental 2018-2022.
- Plan de atención a la cronicidad de Murcia 2013-2015: no se menciona la atención psicológica al enfermo de cáncer.
- No se encuentra documento de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Murcia.

NAVARRA

“PLAN DE SALUD DE NAVARRA” (2014-2020)

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 (76), tiene en consideración las Estrategias del Sistema Nacional de Salud, el Diagnóstico de Situación de Navarra, los problemas emergentes y las prioridades estable-

cidas por el Departamento Navarro de Salud. Entre las estrategias de salud prioritarias se encuentran la Prevención y Atención al Cáncer y los Cuidados Paliativos y Dolor.

Este Plan de Salud ha optado por intervenciones integrales con una concepción biopsicosocial para la priorización de sus estrategias y por tanto no se limita a considerar únicamente aquellas intervenciones con un mayor impacto en términos de mortalidad o morbilidad, sino también aquellas que tengan en cuenta su impacto sobre aspectos relevantes como la discapacidad, el empoderamiento del paciente, el riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, o incluso su propia contribución a la sostenibilidad del Sistema.

Los Programas de Salud incluidos en la Prevención y Atención al Cáncer están relacionados con la prevención, la organización de la atención al cáncer, los programas de alta resolución y atención personalizada al cáncer y el apoyo psicosocial a esta enfermedad.

Uno de los objetivos de estos programas de Atención al Cáncer es mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud. Esto se llevaría a cabo mediante la evaluación, en al menos el 70% de las personas con cáncer, de su nivel de afrontamiento de la enfermedad y de su percepción de su estado de salud, con objeto de prestarles el apoyo necesario para mejorar en lo posible su situación psicosocial. También se hace hincapié en los siguientes aspectos: prestar la formación y el apoyo necesarios a las familias y personas cuidadoras de pacientes con cáncer; mejorar la situación psicosocial de la población infantil y juvenil con cáncer, favoreciendo su desarrollo madurativo y educativo y, por último, proporcionar a todos los pacientes con enfermedad en fase terminal y a sus familiares una atención integral adaptada en cada momento a su situación.

En el programa de apoyo psicosocial al cáncer antes mencionado, se propone la consulta de enfermería especializada y sistemática dirigida a evaluar y mejorar el afrontamiento, la información, la calidad de vida, la satisfacción e implicación en la toma de decisiones sobre su proceso; la formación y apoyo a familiares y personas cuidadoras para vivir la enfermedad con el afrontamiento adecuado. También se propone reforzar el apoyo psicosocial en coordinación con las Asociaciones de Pacientes, con especial atención a la población infantil y juvenil.

En lo que se refiere a los nuevos roles y perfiles profesionales, el hecho de que el Plan de Salud incluya nuevos servicios y nuevos objetivos, implica la necesidad de readaptar los roles y definir nuevos perfiles profesionales, sobre todo cuando se pretende desarrollar un nuevo modelo con una orientación más biopsicosocial. En este sentido la atención integral a determinados colectivos priorizados en este Plan implica la necesidad de reforzar los servicios de apoyo psicosocial, en especial en las estrategias de cáncer, paliativos, discapacidad en población infantojuvenil, etc. Por tanto, se considera necesario reforzar los Servicios de Apoyo Psicológico, tanto al paciente como al cuidador, que permitan que ambos adquieran habilidades y estrategias para afrontar y saber responder de una forma adecuada y favorable posible a sus problemas.

“PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA” (2012-2016)

Entre los servicios de psiquiatría de los Hospitales Generales, como línea de actuación para el cumplimiento del objetivo de mejora de la organización funcional de servicios de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa), descrita en el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 (77), se propone implementar programas de interconsulta en base a los procesos clínicos más diferenciados o prevalentes como pediatría, psicogeriatría, unidad de dolor, psicooncología, neuropsicología/psiquiatría o medicina psicosomática y disponer de programas ambulatorios de interconsulta, tanto específicos del servicio como compartidos con otros servicios, de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

En la Estrategia dirigida a los Cuidados Paliativos y Dolor, incluida en el Plan de Salud de Navarra, ya referenciado, uno de los objetivos es disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal. Para

ello se propone, entre otras acciones, aumentar el número de familiares de pacientes en Cuidados Paliativos que reciben apoyo psicológico.

“GUÍA DE RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NAVARRA” (2009)

Según se detalla en la Guía de Recursos de Cuidados Paliativos en Navarra 2009 (78), esta Comunidad cuenta, desde 2004, con un programa de Cuidados Paliativos basado en los equipos de Atención Primaria en coordinación, cuando es necesario, con los Equipos de Soporte Domiciliario de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.

El modelo se articula sobre la necesaria coordinación de los profesionales que intervienen básicamente en la atención del paciente oncológico al final de la vida, Oncología Médica, Centros de Atención Primaria, Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios y Hospital San Juan de Dios. Se basa en un marco de atención flexible, en el que existe la comunicación de los profesionales para la gestión de cada caso, lo que permite establecer un “Plan de atención individualizado” que se adapte de la mejor manera posible a las necesidades reales del proceso, del enfermo y de su familia en todo el proceso de la enfermedad.

“ESTRATEGIA NAVARRA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS” (2013)

Según se desprende de la Estrategia Navarra de Atención a pacientes Crónicos y Pluripatológicos (79), la definición e implantación de un nuevo Modelo General de Atención a Enfermos Crónicos supone asumir el reto de definir un ámbito asistencial caracterizado por una atención integrada, rompiendo con la visión de un enfoque exclusivamente clínico, para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente, considerando como uno de los aspectos clave la coordinación de la atención al paciente desde todos los puntos de vista (sanitario, social, psicológico y familiar).

El referido modelo de atención, en cuanto afecta a la comorbilidad mental del enfermo crónico, de esta estrategia, destaca que las mejoras en las prestaciones de Atención Primaria, con una mayor aportación de especialistas en Salud Mental cuando sea necesario, ofrece la posibilidad de atender las múltiples necesidades de los pacientes de una manera más integrada.

“ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE NAVARRA” (2017)

La Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (80), en su Línea de Calidez en el Trato, entre sus acciones generales, plantea potenciar la cortesía y mejorar la calidez humana y minimizar el sufrimiento, ofreciendo como soporte emocional y/o espiritual, la atención psicológica en procesos con alto impacto emocional. En su línea de Adecuación al Entorno, uno de los objetivos específicos es facilitar el apoyo psicoemocional, organizando el sistema para hacer posible este apoyo.

- En el “Documento 0” del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023, se esboza la intención de reorientar el modelo asistencial del Servicio de psiquiatría hospitalaria, hacia una atención multidisciplinar y especializada de la Salud Mental a patologías médicas específicas, siendo uno de sus puntos el abordaje multidisciplinar de la Inter Consulta. Este documento está aún en fase de elaboración y tiene prevista su presentación y aprobación en diciembre de 2018.

PAÍS VASCO

“PLAN DE SALUD PARA EUSKADI” (2013-2020)

Una de las áreas prioritarias del Plan de Salud para Euskadi 2013-2020 (81), es la denominada “Personas con Enfermedad”, dirigida a intervenir sobre las personas con enfermedad para disminuir la morbimor-

talidad y la discapacidad de las enfermedades, que incluye los objetivos y las acciones curativas, rehabilitadoras y paliativas dirigidas a las personas con cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, transmisibles, raras, neurodegenerativas, osteoarticulares y reumatológicas, diabetes mellitus y trastornos mentales. También aborda los aspectos específicos de pacientes con polimedicación, las medidas de seguridad clínica, el personal trabajador con enfermedades profesionales y la atención a pacientes en situación terminal y/o en cuidados paliativos.

La atención integrada, según este Plan, es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados en salud, mediante la integración de los procesos asistenciales y teniendo a la persona enferma como eje de la atención. En el caso concreto del cáncer, el objetivo es promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada.

Los objetivos y acciones de esta área resaltan elementos como la ruta asistencial, como concreción del proceso asistencial con visión integradora; la coordinación de niveles asistenciales para el buen servicio a la persona y los procesos de rehabilitación personalizados y en el entorno habitual de las personas enfermas, cuando esto sea posible. Entre las acciones a llevar a cabo está potenciar la atención psicológica en el proceso asistencial.

Para la situación terminal y Cuidados Paliativos, el objetivo es proporcionar una atención integral, personalizada y de calidad a las personas y sus familias en situación terminal y/o cuidados paliativos. Como acciones a llevar a cabo, encontramos desarrollar y ofertar un plan de cuidados paliativos en cada Organización Sanitaria Integrada. Este Plan, deberá ser fruto del consenso de un modelo sociosanitario de cuidados paliativos, integral, ético y multidisciplinar, a partir del mapa de recursos existentes.

“PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EUSKADI” (2016-2020)

En el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi (82), se recoge el Decreto 147/2015, de 21 de julio (83), por el que se aprobó la Declaración de Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi que establece el derecho a una oferta de servicios de Cuidados Paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial. El artículo 11 de dicha norma determina que los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi tienen derecho a una atención integral, incluida la atención psicológica, con la adecuada planificación de cuidados y respeto a las voluntades anticipadas, así como una oferta de servicios de calidad en cualquier nivel asistencial para mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir. También a una atención domiciliaria, coordinada de equipos multidisciplinarios y comprensiva de información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente.

Según este Plan, todas las Organizaciones Sanitarias Integradas de Cuidados Paliativos articularán la coordinación de la atención alrededor de dos servicios básicos, la Atención Primaria y la Hospitalización a Domicilio, ambos apoyados y complementados por los servicios y unidades de apoyo entre los que se encuentran los equipos de atención psicosocial concertados con La Caixa.

NOTAS

- Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010: No se hace mención al enfermo de cáncer.
- Líneas Estratégicas 2017-2020 del Departamento de Salud del País Vasco. Se habla de la integración del enfermo de cáncer como enfermos crónicos. No se menciona atención psicológica.
- Estrategia de la Cronicidad en Euskadi 2010: no se menciona la atención psicológica al enfermo de cáncer.
- No se encuentra Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en el País Vasco

VALENCIA

“PLAN ONCOLÓGICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA” 2011-2014

El Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2011-2014 (84), recoge en uno de sus apéndices una evaluación por profesionales y pacientes del Plan Oncológico precedente 2007-2010. Se menciona en esta evaluación la necesidad de mejorar la atención psicosocial de los niños y adolescentes con cáncer, incluyendo la atención neuropsicológica en los enfermos con tumores cerebrales y otros. A tal efecto la Conselleria de Sanitat suscribe con diversas asociaciones convenios, resoluciones y subvenciones para programas de ayuda mutua y autoayuda que incluyen el apoyo psicológico y actúan, entre otros, en los hospitales donde existen unidades de oncología pediátrica.

También se destaca como un objetivo de mejora en dicha evaluación proporcionar apoyo psicológico a todos aquellos enfermos de cáncer y familiares que lo requieran, al objeto de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, así como facilitar el mayor confort en la prestación sanitaria. Para ello, se han establecido convenios de colaboración con las asociaciones de pacientes de cáncer que con criterios de calidad han realizado apoyo psicológico a enfermos y familiares y garantizado la accesibilidad a estos servicios.

Asimismo, se han realizado actividades formativas dentro del centro de trabajo para los profesionales implicados que han facilitado nuevas fórmulas de capacitación y entrenamiento al profesional de oncología (enfermería, medicina, psicología...), especialmente en oncología pediátrica.

Los resultados del grupo focal de evaluación del Plan Oncológico 2007-2010, aluden también a que la mayor supervivencia de los enfermos oncológicos debe invitar a las autoridades sanitarias a replantearse las necesidades que como enfermos crónicos tienen estos pacientes (tanto médicas, como psicológicas o sociales). Reflexión que conduce a la necesidad de ampliar la atención psicológica y social de los enfermos oncológicos y sus familiares/cuidadores.

Existe acuerdo, según señala el documento, en que son las asociaciones de pacientes las que, mediante subvenciones públicas en la práctica totalidad de los casos, asumen determinadas prestaciones y modalidades de asistencia que requieren los pacientes oncológicos. En tal sentido, se ha subrayado el papel que el propio Plan Oncológico 2007-2010 ha tenido potenciando a estas asociaciones.

Las conclusiones de la referida evaluación recogen entre los aspectos que no han funcionado demasiado bien en el periodo evaluado y que siguen como asignaturas pendientes: La atención a los enfermos paliativos, las necesidades de atención psicológica y social, el hecho de que no se haya conseguido identificar un referente claro para el paciente a lo largo de todo el proceso asistencial y que no se haya logrado una asistencia multidisciplinar real.

El Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana, 2011-2014, ya recoge entre los objetivos generales “potenciar un abordaje biopsicosocial en la atención al cáncer, especialmente en niños y adolescentes”. Para el referido abordaje biopsicosocial, la línea estratégica referente a la asistencia a pacientes con cáncer de este Plan, se requiere la contribución de múltiples profesionales en distintos ámbitos del sistema sanitario, con un marcado carácter multidisciplinar.

Por ello, uno de los objetivos específicos de esta línea estratégica es aplicar un plan de atención integral por parte de un equipo multidisciplinar garantizando la continuidad de la atención desde la prevención primaria hasta los cuidados del paciente en fase terminal, de acuerdo con las opiniones y deseos del enfermo y que dé lugar a informes en fases clave del proceso. Los médicos de familia identifican los síntomas de sospecha, especialmente de los tumores de mayor incidencia. La confirmación diagnóstica y el tratamiento requieren la intervención de múltiples especialidades o profesiones sanitarias para la asistencia quirúrgica, farmacológica, radioterápica y rehabilitadora y de salud mental.

Un segundo objetivo de esta línea es adecuar e integrar los recursos de la asistencia oncológica para ubicar al paciente en el mejor lugar terapéutico según el momento evolutivo de su enfermedad, con la distribución óptima de recursos. Entre las acciones a llevar a cabo para la consecución de este objetivo está la de establecer circuitos de atención psicológica a pacientes de cáncer y sus cuidadores, con los servicios de salud mental de los departamentos y otros profesionales.

Otro de los objetivos específicos de esta línea es asegurar la atención multidisciplinar a niños y adolescentes diagnosticados de cáncer, potenciando el abordaje biopsicosocial. Las acciones para el cumplimiento de este objetivo, son, entre otras, la formación en apoyo psicológico a profesionales implicados en la asistencia oncológica y establecer circuitos de atención psicológica a pacientes de cáncer y sus cuidadores, con los servicios de salud mental de los departamentos y otros profesionales. Ésta última es una de las denominadas Acciones Diana de este Plan Oncológico 2011-2014. El indicador para la evaluación de este objetivo será el porcentaje de departamentos con protocolos de circuitos de soporte en atención Psicológica en pacientes diagnosticados de cáncer, tanto en adultos, como en niños y adolescentes.

“PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA” (2001)

En este sentido, en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana de 2001 (85), se establecían los Criterios de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace, definiéndose la interconsulta como aquella realizada por los profesionales de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) dirigida hacia el resto de servicios del hospital. Es un elemento de mejora de la calidad de la asistencia e implica una verdadera integración de la atención psiquiátrica y psicológica en el contexto global hospitalario.

Los objetivos y funciones de la interconsulta son el desarrollo de una actividad asistencial y formativa que se caracteriza por profundizar en el diagnóstico diferencial y tratamiento de enfermedades psiquiátricas concomitantes con trastornos somáticos; en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales orgánicos y en el tratamiento diferencial y de trastornos funcionales; intervenir en determinadas situaciones disruptivas, asociadas a psicopatología activa, que perturban el adecuado ambiente terapéutico; asesorar al resto del personal sanitario en la comprensión de los factores psíquicos que se asocian al proceso de la enfermedad y en las repercusiones que estos tienen en su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Por otra parte, la Psiquiatría de Enlace, según este Plan Director, es la actividad de colaboración con los otros profesionales sanitarios, médicos y quirúrgicos, para la asistencia a aquellos enfermos con trastornos somáticos graves y que presentan, de forma frecuente, comorbilidad psiquiátrica o psicológica. Estas actividades se realizan por psiquiatras, psicólogos y profesionales en formación y las personas a las que se dirigen no son exclusivamente los enfermos, sino también los profesionales sanitarios que, en especial en determinados servicios, están sometidos a un elevado estrés emocional.

La intervención estará dirigida primordialmente a enfermos ingresados, aunque podrán realizarse actividades de enlace con patologías específicas a nivel de las consultas externas o de los hospitales de día. Desde este Plan se recomienda establecer programas de intervención conjunta con UCI, Unidad de Quemados, Unidad de Reanimación, Servicios de Neurología (en especial unidades de demencias y trastornos del movimiento), Unidades de Trasplante, de Oncología, de Endocrino, de Enfermedades Infecciosas y Unidades de Corta Estancia.

En lo que se refiere a los Cuidados Paliativos, el Plan Oncológico, referenciado más arriba, considera que el proceso asistencial e integral en Oncología debe contemplar también la atención paliativa. Los cuidados paliativos constituyen el valor añadido a una atención oncológica integral y de calidad. El reto en este caso es ofrecer una atención integral a los pacientes en situación de enfermedad avanzada o progresiva al final de la vida y a sus familias, basada en una valoración integral de todas las dimensiones del paciente: clínica, funcional, psicológica, emocional y social.

En este sentido, dos de los objetivos de este Plan para la atención paliativa son, en primer lugar, organizar un sistema de atención integrada al final de la vida para todos los pacientes, que reorganice, coordine y despliegue los recursos adecuados en atención primaria y hospitalaria y que establezca mecanismos de coordinación con otros recursos; y, en segundo lugar, garantizar una atención integral que responda a las necesidades expresadas por el paciente y su familia. Esta atención, debe partir de una Valoración biopsicosocial y un Plan de Atención Integral realizados por un Equipo Multidisciplinar y basada en las mejores evidencias científicas y buenas prácticas.

“PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA” 2010-2013

En el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Valenciana 2010-2013 (86), en lo que se refiere a la atención psicológica en cuidados paliativos encontramos, además de los objetivos y acciones propuestos en el área de cáncer, la acción de configurar el equipo de soporte de cuidados paliativos de cada departamento de salud integrado, con funciones en cualquier punto del sistema sanitario de la comunidad y en el hospital, en cuya composición participarán profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, al igual que en los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia.

En uno de los Anexos de este documento encontramos las recomendaciones en base a los resultados del estudio cualitativo realizado con la participación de profesionales y de representantes de pacientes y familiares. Respecto a las recomendaciones para garantizar la autonomía del paciente, destacamos dos: determinar con el paciente un plan integral de cobertura de necesidades de distinta índole: sanitarias, sociales, psicológicas, económicas, espirituales y de medios técnicos, y el fomento de equipos de apoyo médico, social y psicológico a domicilio.

NOTAS

- Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020: No se menciona al enfermo de cáncer.
- Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Carta al paciente: No se menciona al enfermo de cáncer.
- Estrategia para la Atención a Pacientes Crónicos en la Comunidad Valenciana 2014: No se menciona al enfermo de cáncer.

CEUTA Y MELILLA. INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)

“PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS” (2011-2014)

Según el Plan Integral de Cuidados Paliativos 2011-2014 (87), en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, los Dispositivos Asistenciales existentes para la Atención en Cuidados Paliativos son, en primer lugar, la Atención Primaria, que gracias a sus características (integral, integrada, continua y accesible), puede garantizar el marco idóneo de la asistencia a los pacientes que requieren estos cuidados, ya que siendo un recurso general tiene una amplia cartera de servicios entre los que se incluye la medicina paliativa, a la que puede incorporarse bajo un modelo de asistencia compartida.

Este modelo de atención compartida conlleva la movilización de todos sus recursos humanos y la potenciación de sus actividades. Así, los Equipos de Atención Primaria, compuestos por médico de familia, enfermería, trabajador social, psicólogo, etc., trabajan de forma coordinada entre ellos y con los recursos de unidades de apoyo de cuidados paliativos, dependientes, en el momento de la edición de este Plan Integral, de la Asociación Española Contra el Cáncer en el ámbito territorial de Ceuta y Melilla, para conseguir la máxima mejora de la calidad de vida del paciente en su domicilio.

También se cuenta con los recursos de Atención a la Urgencia, los recursos de Atención Especializada y la Unidad de Apoyo a los Cuidados Paliativos, dependiente de la Asociación Española contra el Cáncer.

Estos Equipos de soporte a los Cuidados Paliativos, pueden ser básicos, formados por médicos y enfermeras, o completos si además están formados por otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, etc. Su función es la de apoyo a otros profesionales, asesoría y consultoría, y atención directa de los pacientes cuando otros profesionales lo soliciten y se cumplan los criterios de inclusión. Su ámbito puede ser domiciliario, hospitalario o mixto.

En el ámbito territorial del INGESA, se explica en este Plan, las unidades de apoyo que dan soporte a los cuidados paliativos dependen orgánicamente de la Asociación Española contra el Cáncer, en el marco de un Convenio de colaboración para la actuación coordinada en cuidados paliativos entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y la Asociación Española Contra el Cáncer. Tanto la unidad de soporte de cuidados paliativos de Melilla como la de Ceuta cuentan con sendos espacios de trabajo, ubicados en el Hospital Comarcal y el Hospital de Día del Hospital Universitario de Ceuta respectivamente.

En ambos casos, se trata de espacios destinados a consulta y reuniones de equipo, perfectamente dotados para atender a pacientes y familiares, por parte de los profesionales que constituyen la unidad de soporte de cuidados paliativos.

Estas unidades de soporte, en ambas ciudades, están constituidas por un equipo multidisciplinar compuesto por un médico, una enfermera (DUE), una psicóloga y voluntariado de la Asociación de Ayuda contra el Cáncer (AECC).

En concreto, en el Área Sanitaria de Ceuta, tanto el médico como la enfermera o DUE pertenecen al INGESA, mientras que el psicólogo y dos auxiliares de enfermería (equipo de atención psicosocial), pertenecen a la Asociación Española contra el Cáncer a través de un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta (88).

En el objetivo referente a la promoción de un modelo organizativo que facilite la coordinación efectiva, en los niveles interno y externo, para reducir el impacto que la enfermedad terminal produce tanto en la esfera personal como social y familiar de este Plan Integral de Cuidados Paliativos, cabe señalar entre las actuaciones propuestas la de fomentar la participación de los trabajadores sociales y psicólogos como piezas clave en la coordinación y la gestión de los cuidados paliativos.

“PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS DEL INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD” 2007. CEUTA Y MELILLA.

En el documento Planificación y Programas Sanitarios del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ceuta y Melilla (89), queda recogida la información sobre la Planificación Sanitaria, Programas Sanitarios, Estrategias y Planes en Ceuta y Melilla.

Para la Estrategia en Cáncer, se implanta la Estrategia en Cáncer del SNS 2006-2007. En la planificación de la atención al cáncer de mama, desde Atención Primaria una persona responsable incluye a la paciente en las agendas de los diplomados universitarios en enfermería y los médicos de Atención Primaria, y éstos las incluyen en el protocolo de atención a pacientes con enfermedades graves. Se lleva a cabo el seguimiento según el protocolo de agenda de servicios de Atención Primaria y a través de la Unidad de Atención Integrada de la Mujer, y se presta Apoyo psicológico tras el diagnóstico y durante el tratamiento.

En cuanto a Salud Mental, se implanta la Estrategia en Salud Mental del SNS 2007.

NOTAS

- No hay documento referente a la humanización del Sistema Sanitario en Ceuta y Melilla.
- No hay documento de atención al enfermo crónico en Ceuta y Melilla.

BIBLIOGRAFÍA SEGUNDA PARTE

- 1 Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
- 2 Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, octubre de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010
- 3 Evaluación de la práctica asistencial oncológica. Estrategia en Cáncer del SNS. 2011 Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/noticias/Punto%2011-%20Evaluación%20de%20la%20práctica%20asistencial%20oncológica.pdf>
- 4 Evaluación de la Práctica Asistencial Oncológica. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Informe Ejecutivo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013
- 5 Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014
- 6 Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
- 7 Kaasa S, Cherny N, Hanks G, de Conno F, Lau JPC. Patient demographics and centre description in European palliative care units. A cross sectional survey of the European Association for Palliative Care (EAPC) Research Network. Palliat Med. 2007; 21:15-22.
- 8 Lacasta M, Rocafort J, Blanco I, Limonero J, Gómez Batiste X. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. Medicina Paliativa. 2008; 15: 39-44.
- 9 Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y recomendaciones, 2009. Centro de publicaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social
- 10 Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Sanidad 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 11 Plan Integral de Atención a los largos Supervivientes de cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica.
- 12 Estrategia en el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 13 II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 coord. y aut., José Expósito Hernández, et al.]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007
- 14 Plan Integral de Oncología Andalucía, 2002-2006. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2002
- 15 Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- 16 III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2016
- 17 Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Noviembre 2017
- 18 Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2012.
- 19 Estrategias y proyectos de Atención Oncológica en Aragón 2017. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón, diciembre 2016
- 20 Programa de Cuidados Paliativos de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza, enero 2009.

- 21 Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021. Servicio Aragonés de Salud, Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón, 2017
- 22 Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón, 2002
- 23 Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón, 2006
- 24 Programa de Atención al Cáncer Principado de Asturias 2010 – 2013. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias 2009
- 25 Programa de Atención al Cáncer 2005-2007. Principado de Asturias. Servicio de Salud, Gobierno del Principado de Asturias 2005
- 26 Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Dirección de Servicios Sanitarios Subdirección de Gestión Clínica y Calidad Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2009.
- 27 Portal de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/asturias-prepara-una-nueva-estrategia-frente-al-cancer-para-mejorar-el-abordaje-integral-de-la-enfermedad-dando-prioridad-a-la-prevencion>. Consultado el 28/3/2018
- 28 Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias, 2015
- 29 Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos”. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias, abril de 2014
- 30 Personas sanas, Poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias, 2014
- 31 Consellería de Salud. Portal de Salud del Gobierno de las Illes Balears. Coordinación de la Estrategia en cáncer. Disponible en: <http://www.caib.es/sites/estrategiacancer/es/objetivos/> Consultado el 28/3/2018
- 32 Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2013-2016. Consellería de Salut. Direcció General de Gestió Econòmica i Farmàcia. Govern de les Illes Balears. Junio 2013.
- 33 Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2009-2014. Consellería de Salut i Consum. Direcció General de Planificació i Finançament. Govern de les Illes Balears. 2009
- 34 Plan de Atención a las personas con Enfermedades Crónicas 2016-202. Consejería de Salud. Servicio de Salud del Gobierno Balear 2017
- 35 Protocolo de Actuación en Pacientes con Cáncer de Mama. Dirección General de Programas Asistenciales Octubre 2017. Gobierno de Canarias. Periodo de vigencia 2 años. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/958abeb8-d10c-11e7-a677d355bae784a7/Protocolo%20de%20actuación%20en%20pacientes%20con%20cáncer%20de%20mama.pdf>
- 36 Guía de Actuación en Melanoma Cutáneo. Dirección General de Programas Asistenciales. Gobierno de Canarias. Enero 2013, Periodo de vigencia 2 años. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/063c0dc2-3278-11e3-a0f5-65699e4ff786/Cutaneo.pdf>
- 37 Guía Clínica del Cáncer Colorrectal. Dirección General de Programas Asistenciales. Enero 2015. Gobierno de Canarias. Vigencia de 2 años. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c82c7b99-089f-11e7-8557-97c62eff526f/Guia_cancer_de_colon%20enero%2015.pdf

-
- 38 Servicio Canario de Salud <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=42748e93-6915-11e1-92c3-9195656fdecf&idCarpeta=f919a3f8-677f-11e1-92c3-9195656fdecf>
-
- 39 Programa Integral de Atención Paliativa de Cantabria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
-
- 40 Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Disponible en: <http://saludcantabria.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=1178&cntnt01returnid=61> Consultado el 16/4/2018
-
- 41 Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria, 2014
-
- 42 El Plan Oncológico de Castilla la Mancha 2007-2010. Estrategias de Prevención y Atención al Cáncer. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
-
- 43 Estrategia Regional de Cuidados Paliativos en Castilla-la Mancha 2016-2020. Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad.
-
- 44 Plan Dignifica, humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha 2017. Disponible en: <http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/actuaciones/plan-de-humanización-de-la-asistencia-sanitaria>
-
- 45 Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria. 2003. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/estrategia-regional-cancer-castilla-leon>
-
- 46 Portal Salud Castilla y León. Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias> Consultado el 17/4/2018
-
- 47 Cáncer de mama. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer: "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 48 Cáncer de cuello de Útero. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 49 Cáncer de Ovario. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 50 Cáncer de Pulmón. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 51 Mieloma. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 5 Cáncer Gástrico. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 53 Guía para el manejo del Melanoma en Castilla y León. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-
- 54 Cáncer de Vejiga. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León.
-

-
- 55 Cuidados Paliativos del Enfermo Oncológico. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer. "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León. 2005
-
- 56 Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Junio 2017
-
- 57 Plan contra el Cáncer en Cataluña 2015-2020. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya 2015.
-
- 58 Pla Director D'Oncologia 2017-2019. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya L'Hospitalet de Llobregat, setembre 2017
-
- 59 Plan Director Sociosanitario 2007, Dirección General de Planificación y Evaluación. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Noviembre de 2007.
-
- 60 Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2017-2021. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura. Aprobado en junio de 2017.
-
- 61 Programa Marco de Cuidados Paliativos 2002. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2002
-
- 62 Plan Estratégico del Voluntariado en Cuidados Paliativos 2013-2016. Plataforma del Voluntariado de la Provincia de Badajoz. FundeSalud. Consejería de Salud y Política Social, Gobierno de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud-2013
-
- 63 Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura, junio de 2007
-
- 64 Plan Oncológico de Galicia 2002-2005. Xunta de Galicia Consellería de Sanidade Secretaría General, 2002
-
- 65 Plan Gallego de Cuidados Paliativos. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela, 2007
-
- 66 Plan Estratégico de Salud Mental Galicia 2006-2011 Consejería de Salud. Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencias. Xunta de Galicia 2007
-
- 67 III Plan de Salud de la Rioja 2015-2019. Rioja Salud. Gobierno de la Rioja. www.larioja.org
-
- 68 Plan de Cuidados Paliativos de la Rioja 2018. Rioja Salud. Gobierno de la Rioja, 2018
-
- 69 Plan Integral de Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid 2007. Salud Madrid, 2007. Biblioteca virtual de la Comunidad de Madrid. www.madrid.org/publicamadrid
-
- 70 Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2010. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, junio 2010
-
- 71 Estrategia de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, diciembre de 2013
-
- 72 Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2016
-
- 73 Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Accesible: www.murciasalud.es/plandesalud
-
- 74 III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Consejería de Sanidad y Consumo.
-
- 75 Plan integral de Cuidados paliativos en el Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud 2009
-
- 76 Plan de Salud de Navarra 2014 2020, Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Aprobado el 16 de septiembre de 2014
-

- 77 Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2013-2016. Dirección de Salud Mental Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea Pamplona, Julio 2012
- 78 Guía de Recursos de Cuidados Paliativos en Navarra 2009. Universidad de Navarra. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Gobierno de Navarra 2009
- 79 Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes Crónicos y Pluripatológicos. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+-de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/ Fecha de acceso 5/7/2018
- 80 Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Última actualización: 15 de enero de 2018. Disponible en: <https://gobiernoabierto.navarra.es/es/participacion/procesos/estrategia-humanizacion-del-sistema-sanitario-publico-navarra> Fecha de acceso 5/7/2018
- 81 Plan de Salud para Euskadi (Políticas de Salud para Euskadi) 2013-2020. Departamento de Salud. Gobierno Vasco, diciembre 2013
- 82 Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2016
- 83 DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco nº 146, martes 4 de agosto 2015
- 84 Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2011-2014. Servicio del Plan Oncológico. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2011
- 85 Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad. Consejería de Bienestar Social. Generalitat Valenciana, 2001
- 86 Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2010
- 87 Plan Integral de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) 2011-2014, Subdirección General de Atención Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012
- 88 Área Sanitaria de Ceuta. Unidades de Apoyo. Disponible en: <http://www.areasanitariaceuta.es/unidades/> Consultado el 11/5/2018
- 89 Planificación y Programas Sanitarios del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ceuta y Melilla. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

SITUACIÓN ACTUAL DE LA
ATENCIÓN PSICOLÓGICA
EN EL PACIENTE ADULTO
CON CÁNCER EN ESPAÑA:
UNA ENCUESTA A LOS
PROFESIONALES DE LA
ONCOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

En el presente apartado se realiza un análisis descriptivo de la situación actual de la atención psicológica en el paciente adulto con cáncer en España, así como de la opinión de los jefes y responsables de oncología al respecto.

Para su análisis, la información se divide en cuatro bloques: Características generales de los profesionales encuestados y los hospitales donde trabajan; Situación actual de la atención psicológica al paciente adulto con cáncer; Percepción de los profesionales sobre diferentes aspectos de la necesidad de atención; y Modo en el que debería prestarse la atención psicológica al paciente adulto con cáncer.

Concretamente, este informe se organiza de la siguiente manera:

A continuación de esta introducción, se presenta la metodología utilizada en este estudio. Seguidamente, se realiza el análisis descriptivo propiamente dicho, organizado según los diferentes bloques en los que se divide la información. Finalmente, a modo de resumen, se incorpora un apartado con los resultados más destacables alcanzados a lo largo del análisis, estructurado también en función de los cuatro bloques mencionados anteriormente.

METODOLOGÍA

Para aproximarnos a la situación actual de la atención psicológica a pacientes adultos con cáncer en España y conocer la opinión de los jefes y responsables de oncología al respecto, se realizó una encuesta online en la que han participado un total de 55 profesionales, máximos responsables de los servicios de las especialidades clínicas dedicadas específica y exclusivamente a la oncología.

A continuación, se presentan las características del proceso de recogida de la información así como del cuestionario utilizado para ello.

PROCESO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

- La existencia de la encuesta fue **comunicada con antelación a través de correo electrónico**.
- La **recogida de información** se realizó mediante cuestionario online, disponible para los profesionales durante los meses de julio, agosto y mediados de septiembre de 2018.
- La consulta se efectuó a **220 profesionales**, oncólogos médicos y oncólogos de radioterapia asociados a las sociedades científicas de Oncología Médica y Oncología Radioterápica, todos jefes de servicio o máximos responsables del área de oncología.
- Finalizado el período de recogida **se obtuvieron 55 respuestas**, lo que supone una tasa de respuesta del 25%.

CUESTIONARIO

El cuestionario se diseñó a partir de la realización de una serie de preguntas, por parte del equipo investigador del proyecto, que, en base a las recomendaciones de la estrategia y los planes oncológicos revisados, podían realizar un acercamiento descriptivo sobre cómo se desarrolla la atención psicológica al paciente con cáncer en España. Una vez revisadas las preguntas iniciales, se sometió a valoración del grupo de expertos

La reunión del grupo de expertos para la validación del cuestionario se celebró el 21 de junio de 2018. Tuvo una duración de dos horas. Se valoró si el cuestionario realizado sería de utilidad para responder a los objetivos del proyecto. A lo largo de la reunión se valoró la pertinencia de cada una de las preguntas, su redacción y orden numérico.

El cuestionario (Anexo II), compuesto por 15 preguntas, 14 cerradas y una abierta, proporciona información sobre una serie de variables, organizadas en 5 bloques:

- Variables de caracterización de los profesionales
- Variables de caracterización del hospital en que se presta el servicio
- Variables que exploran la situación actual de la atención psicológica a los pacientes con cáncer
- Variables que indagan sobre la percepción de los profesionales sobre las necesidades de la atención
- Variables que informan sobre la opinión de los profesionales respecto a cómo debería prestarse la atención psicológica a los pacientes con cáncer

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA	
Objetivo de la encuesta	Conocer la situación actual de la atención psicológica en el paciente adulto con cáncer en España, así como la opinión de los jefes y responsables de oncología al respecto.
Población	Jefes de servicio, oncólogos médicos y oncólogos de radioterapia asociados a las sociedades científicas de Oncología (117) y Oncología Radioterápica (102)
Ámbito	Nacional
Muestra	No se realiza muestreo
Envío de cuestionarios	Se remite mail con link de acceso a plataforma digital
Técnica de recogida de datos	Cuestionario estructurado online con una duración aprox. 15 minutos
Número y tipo de preguntas	15 preguntas: 14 cerradas y 1 abierta
Periodo de recogida de datos	20 de julio a 10 septiembre de 2018
Tasa de respuesta	25%

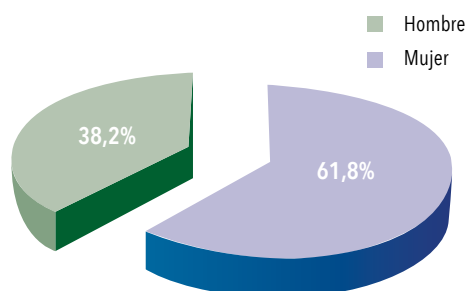
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS Y DE LOS HOSPITALES DONDE TRABAJAN

SOBRE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE ONCOLOGÍA

En cuanto a sus **características sociodemográficas**, casi las dos terceras partes de los profesionales que respondieron la encuesta son hombres (61,8%) y la mayoría (82,4%) tiene 50 años o más (edad media 55 años).

GRÁFICO 1.

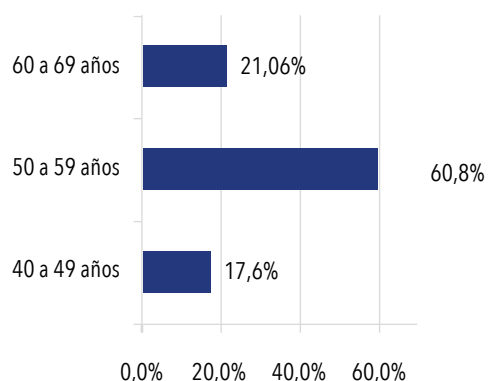
Profesionales responsables de oncología, por sexo (%)



Base (n) = 55

GRÁFICO 2.

Profesionales responsables de oncología, por intervalos de edad (%)



Base (n) = 51

Con respecto a su **actividad profesional**, el 65,5% tiene la especialidad de oncología médica y el 34,5%, de oncología radioterápica. En general el grupo de encuestados cuenta en promedio con 28 años de experiencia en oncología. Concretamente, el 90,9% cuenta con 20 o más años de experiencia en su área.

Atendiendo a las **características por especialidad**, el porcentaje de hombres es similar en ambas especialidades, tal y como se puede observar en la tabla 1, algo mayor entre los de oncología médica que entre los de radioterápica (63,9% en oncología médica, frente a 57,9%, en oncología radioterápica). En cuanto a la edad media y años de especialidad, también presentan cifras similares (56 años de edad promedio de Oncología Radioterápica frente a 54 en Oncología Médica) y cuentan con algunos años más de experiencia.

GRÁFICO 3.
Profesionales responsables de oncología, según especialidad (%)

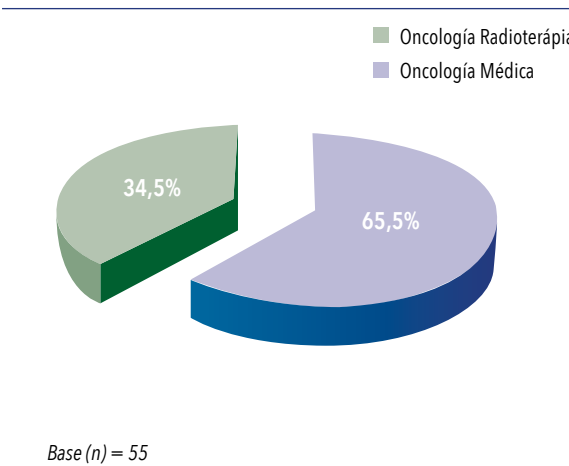


GRÁFICO 4.
Profesionales responsables de oncología, por intervalos de años de antigüedad en oncología (%)

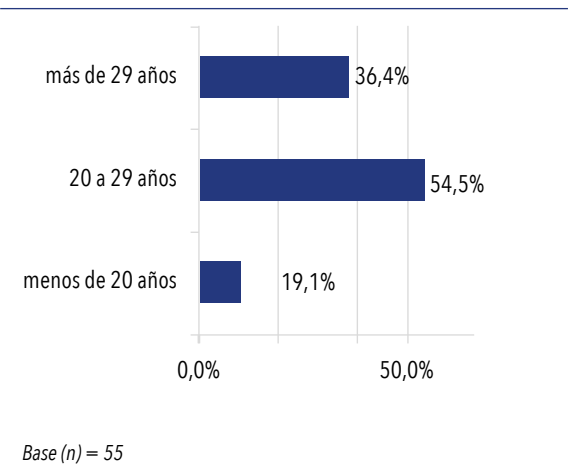


TABLA 1.
Profesionales responsables de oncología por especialidad, según sexo (% de hombres sobre el total), Edad media (años) y Experiencia media en oncología (años)

ESPECIALIDAD	SEXO	EDAD MEDIA (AÑOS)	EXPERIENCIA MEDIA EN ONCOLOGÍA (AÑOS)
Oncología médica	63,9%	53,8%	26,6%
Oncología Radioterápica	57,9%	56,1%	29,7%
TOTAL	61,8%	54,7%	27,7

Bases (n)

55

51

55

SOBRE LOS HOSPITALES EN LOS QUE DESEMPEÑAN SU ACTIVIDAD

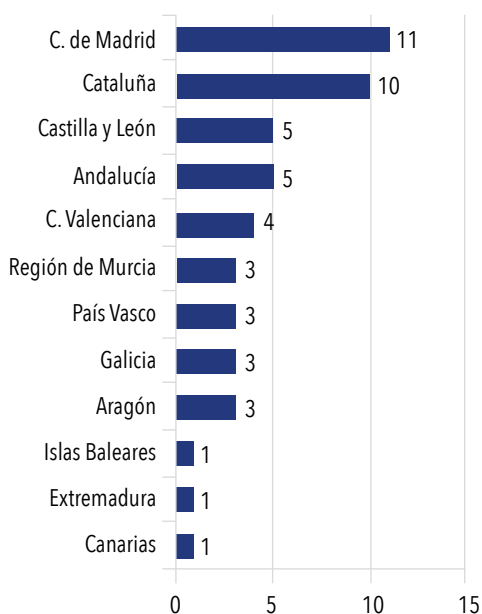
En cuanto a la **ubicación** de los hospitales donde los profesionales desarrollan su actividad profesional, los 51 se distribuyen por 12 Comunidades Autónomas: principalmente Comunidad de Madrid (22,0%) y Cataluña (20,0%). De ellos, las tres cuartas partes cuentan con menos de 800 camas.

En el 62,0% de los hospitales el número de **pacientes nuevos atendidos al año** en el servicio supera las 1000 personas, siendo 1.476 pacientes nuevos al año el promedio del grupo en su conjunto.

Con respecto al **volumen poblacional del área sanitaria asignada al servicio**, el número de habitantes promedio asciende a 427.144 personas. Concretamente, el 58,0% de los servicios de los hospitales tienen asignadas áreas de más de 200 mil y menos de 600 mil habitantes.

GRÁFICO 5.

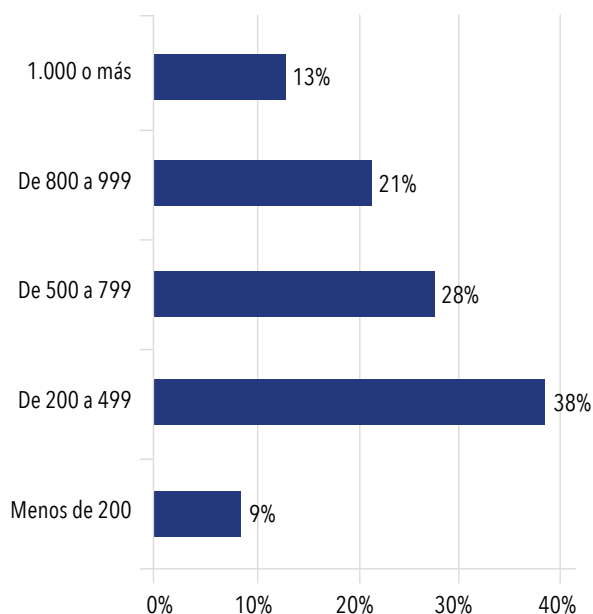
Hospitales por Comunidad Autónoma (nº)



Base (n) = 51

GRÁFICO 6.

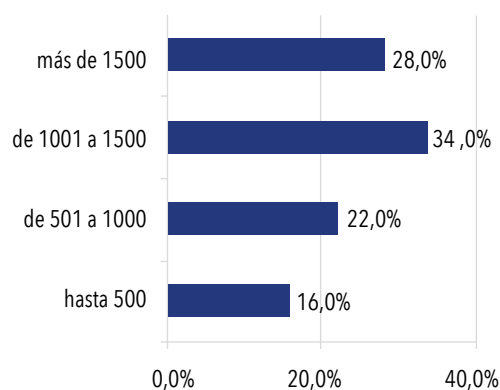
Clasificación de Hospitales atendiendo nº de camas (%)



Base (n) = 51

GRÁFICO 7.

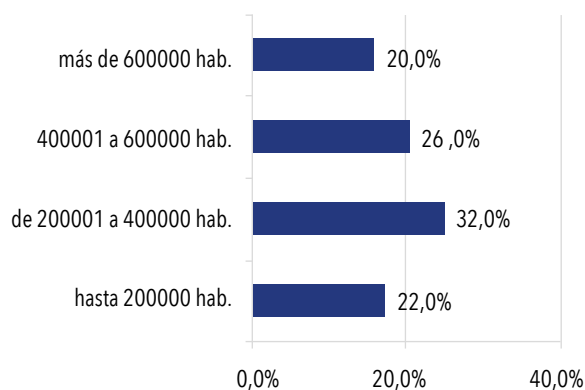
Hospitales según nº de pacientes nuevos atendidos al año en el servicio (%)



Base (n) = 50

GRÁFICO 8.

Hospitales según volumen de población (nº de hab.) del área sanitaria asignada al servicio (%)



Base (n) = 50

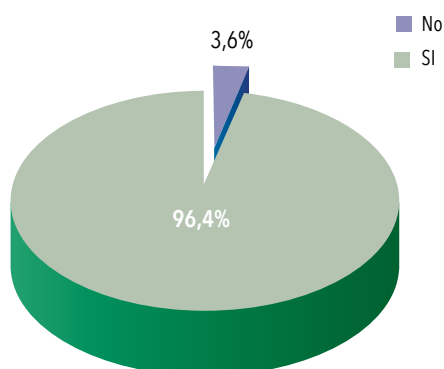
SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER

QUÉ INSTITUCIÓN PRESTA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El 96,1% de los profesionales declara que el hospital en el que se encuentra su servicio cuenta con algún tipo de atención psicológica al paciente con cáncer. De éstos, en el 66,0% de los casos la atención psicológica es prestada por el propio hospital y en el 30,2% por una entidad ajena.

GRÁFICO 9.

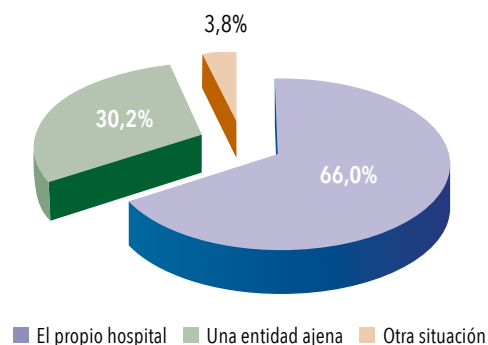
Declaración de profesionales sobre la existencia de atención psicológica en su servicio (%)



Base (n) = 55

GRÁFICO 10.

Cómo se presta la atención psicológica(%)

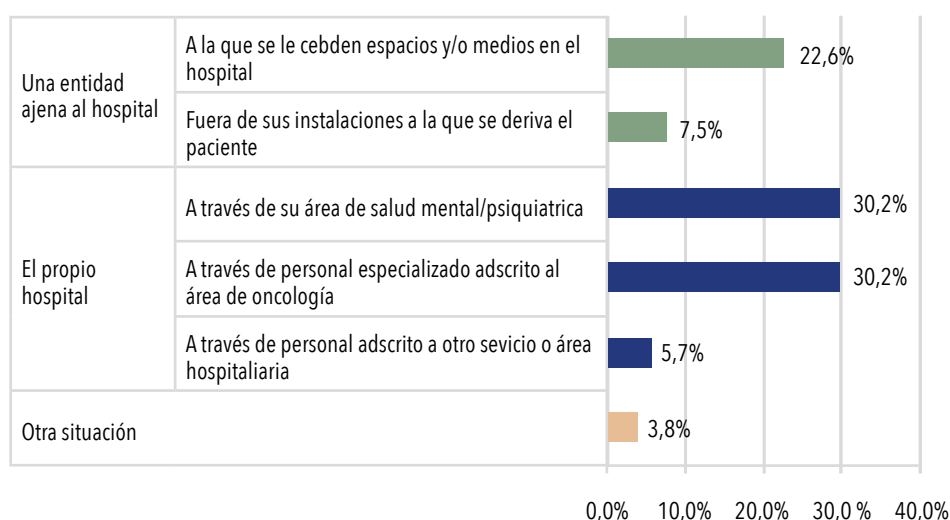


Base (n) = 53

En concreto, el 30,2% de los hospitales ofrece la atención psicológica a través de su área de salud mental/psiquiatría, el 30,2% lo hace a través de personal especializado adscrito a oncología, en el 22,6% de los casos lo presta una entidad ajena a la que le ceden espacio y/o medios en el hospital y en el 7,5% los presta una entidad ajena fuera de sus instalaciones.

GRÁFICO 11.

Cómo se presta la atención psicológica (%)

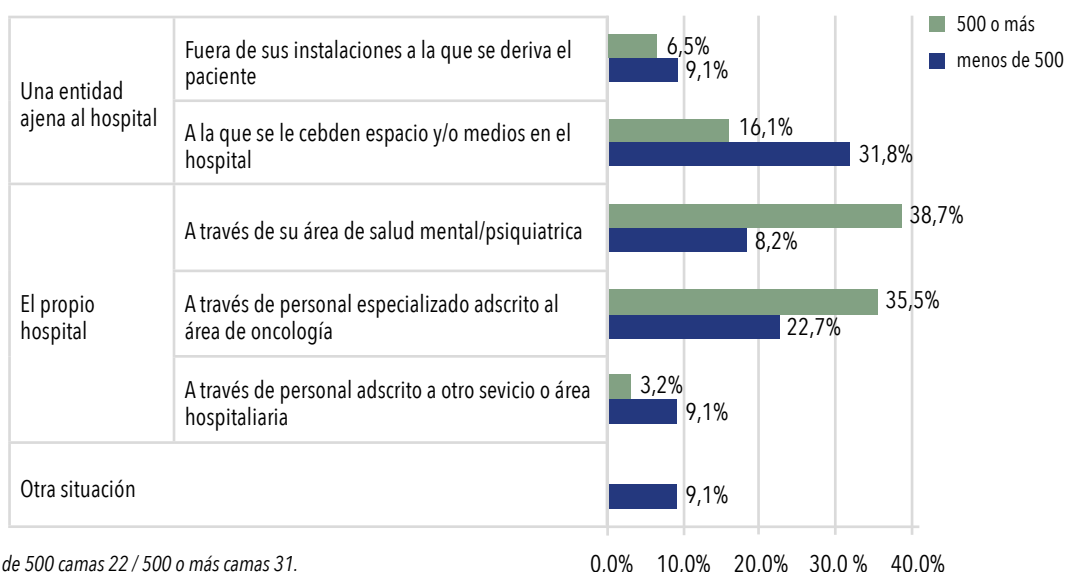


Base (n) = 53

Si se analiza la información **teniendo en cuenta el tamaño del hospital** (número de camas), se advierte que la modalidad con que se presta la atención psicológica varía según la institución tenga más o menos de 500 camas. En este sentido, los hospitales más grandes ofrecen el servicio principalmente a través del propio hospital (38,7% desde su área de salud mental y 35,5% desde oncología), en tanto que en los pequeños se encuentran más repartidos, siendo la opción más señalada la prestación por una entidad ajena a la que le ceden espacio y/o medios (31,8%). Lógicamente, el mayor tamaño del hospital parece asociado con mayor disponibilidad de recursos.

GRÁFICO 12.

Según tamaño hospital, quien presta esa atención (%)



Base (n) = menos de 500 camas 22 / 500 o más camas 31.

0,0% 10,0% 20,0% 30,0% 40,0%

CÓMO SE ORGANIZA EL SERVICIO PARA PRESTAR LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

En el 62,3% de los casos (33 casos), el **psicólogo se encuentra integrado** en el equipo multidisciplinar del mismo. Esto ocurre principalmente en los hospitales en los que la atención se presta a través de personal especializado adscrito al área de oncología (16 casos de 33) y en entidades ajenas a las que se les ceden espacio y/o medios en el hospital (10 casos de 33).

TABLA 2.

Integración del psicólogo en el equipo del servicio (número y %)

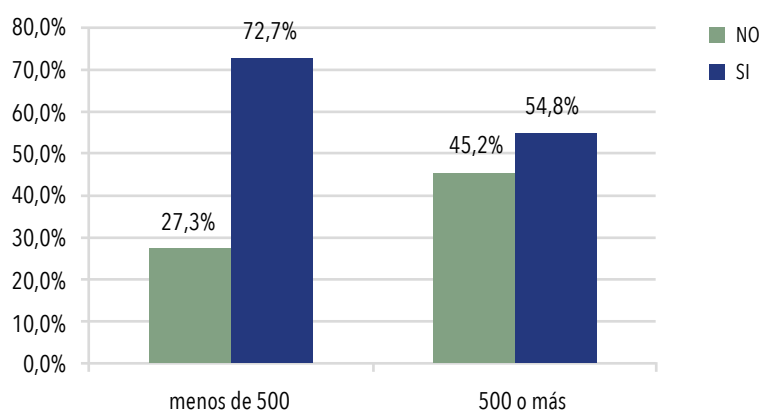
QUIÉN PRESTA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA		¿EL PSICÓLOGO/A FORMA PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL SERV.?	NÚMERO	%
El propio hospital	A través de personal adscrito a otro servicio o área hospitalaria	Sí	2	66,7%
		No	1	33.3%
		Total	3	100.0%
	A través de personal especializado adscrito al área de oncología	Si	16	100.0%
		No	0	0%
		Total	16	100%
	A través de su área de salud mental/psiquiatría	Sí	5	31,3%
		No	11	68,8%
		Total	16	100,0%
Una entidad ajena al hospital	A la que se le ceden espacio y/o medios en el hospital	Sí	10	83,3%
		No	2	16,7%
		Total	12	100,0%
	Fuera de sus instalaciones a la que se deriva el paciente	Sí	0	0%
		No	4	100,0%
		Total	4	100,0%
Otra situación	Si	0	0%	
	No	2	100,0%	
	Total	2	100,0%	
TOTAL		Sí	33	62,3%
		No	20	37,7%
		Total	53	100,0%

Entre los servicios que no tienen integrado al psicólogo, destacan los casos en los que la atención es ofrecida a través de su área de salud mental/psiquiatría (11 casos de 20).

Atendiendo al tamaño del hospital, el psicólogo se encuentra integrado en el equipo multidisciplinar en una mayoría de hospitales con menos de 500 (72,7%), en tanto que entre los de más de 500 camas lo está en algo más de la mitad (54,8%). Aunque el mayor tamaño del hospital propicia que exista atención psicológica dentro del mismo centro, no resulta tan claro que ello facilite la adscripción o integración de esta asistencia en el equipo de atención oncológica.

GRÁFICO 13.

Integración del psicólogo, según número de camas del hospital(%)

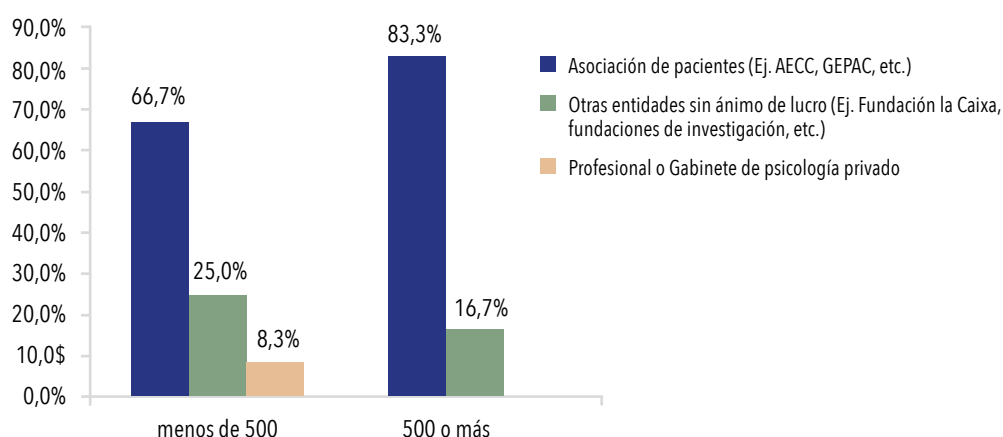


Base (n) = menos de 500 camas 22 / 500 o más camas 31.

Entre los hospitales en los que la atención psicológica es prestada por una entidad ajena al mismo, las asociaciones de pacientes están más presentes entre los de 500 o más camas que en los de menos de 500 camas (83,3% frente al 66,7%), en tanto que en estos últimos. Otras entidades sin ánimo de lucro tienen un peso mayor (25,0% frente a 16,7%).

GRÁFICO 14.

Entidades ajenas al hospital, que prestan atención psicológica al paciente con cáncer según número de camas (%)



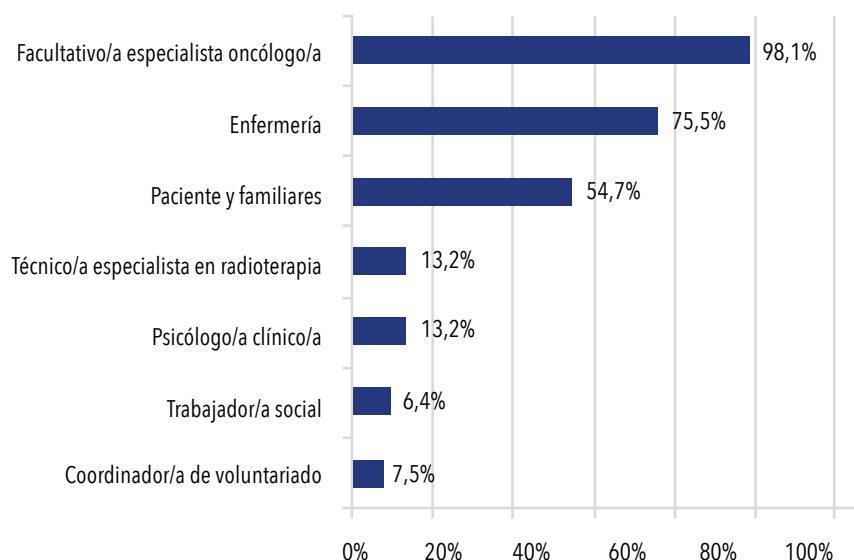
Base (n) = menos de 500 camas 12 / 500 o más camas 12.

Según señalan los profesionales de oncología, los/as propios/as facultativos/as especialista oncológicos/as (98,1%), los/as enfermeros/as (75,5%) y, en menor grado, los pacientes y familiares (54,7%), son quienes detectan más frecuentemente la necesidad de atención psicológica en los pacientes en sus servicios.

Un 13,2% menciona también a los/as técnicos/as especialistas en radioterapia y a los/as psicólogos clínicos/as.

GRÁFICO 15.

Profesionales que detectan la necesidad de atención psicológica del paciente en los servicios



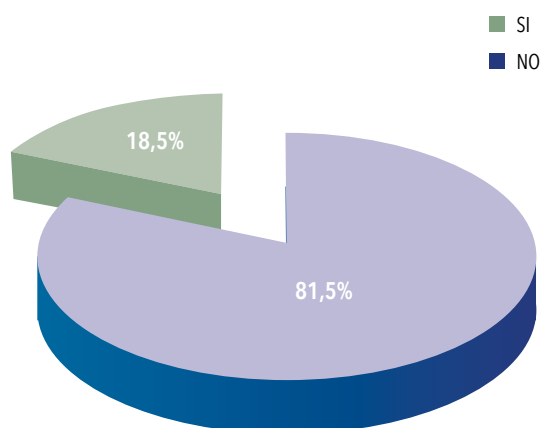
Base (n) = 53.

En lo que respecta al **diagnóstico**, menos de una quinta parte (18,5%) de los profesionales menciona que en su servicio se utiliza cribado psicológico. En este grupo, las herramientas de cribado más utilizadas son EVA distrés, HADS y QLQ-C30 (señaladas cada una de ellas por tres profesionales).

El 44,4% de los servicios dispone de **indicadores de seguimiento** de la actividad psicológica. Los indicadores más utilizados son los de **periodicidad** anual (39,1%), seguidos por los trimestrales (26,1%).

GRÁFICO 16.

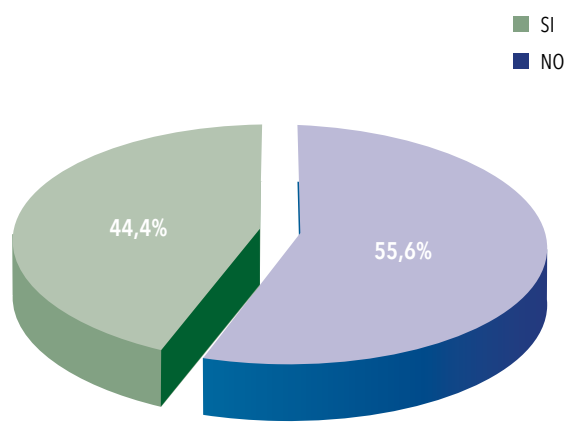
Utilización de cribado psicológico en su servicio (%)



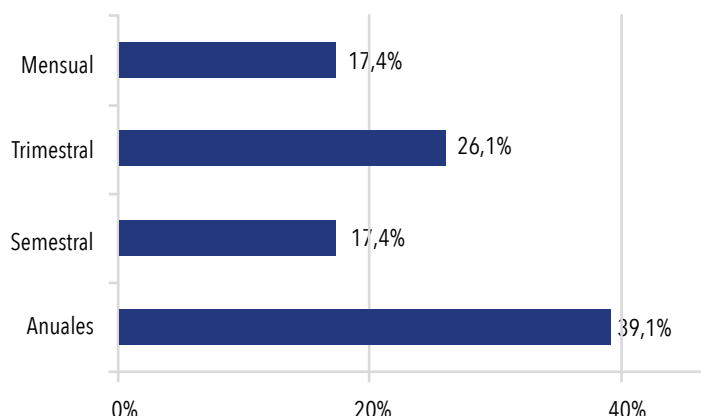
Base (n) = 54.

GRÁFICO 17.

Uso de indicadores de seguimiento de la actividad de atención psicológica (%)



Base (n) = 54.

GRÁFICO 18.**Uso de indicadores de seguimiento, según periodicidad de los indicadores (%)**

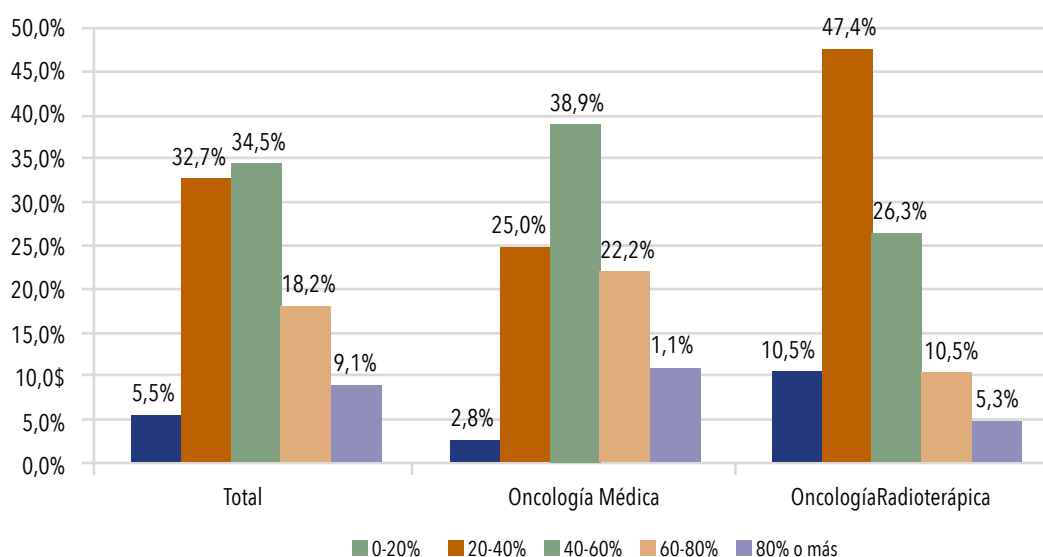
Base (n) = 23.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**SOBRE LA NECESIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SU SERVICIO**

El 61,8% de los médicos oncólogos considera que más del 40% de los pacientes de su servicio precisarían de algún tipo de ayuda o apoyo psicológico a lo largo de la enfermedad, y sólo un 5,5% cree que sería necesario en tan sólo el 0% al 20% de los casos.

Estas percepciones varían si se analizan **por especialidad**. Para el 72,2% de los oncólogos médicos, más del 40% de sus pacientes requerirían atención psicológica durante su enfermedad, en tanto que este porcentaje cae al 42,1% entre los oncólogos radioterápicos.

En este último grupo, el 57,9% de los profesionales opinan que entre sus pacientes entre el 0% y el 40% necesitarán apoyo o ayuda psicológica a lo largo de la enfermedad (27,7% entre los oncólogos médicos).

GRÁFICO 19.**Porcentaje de pacientes que precisarían apoyo o ayuda psicológica (%). Total y por especialidades**

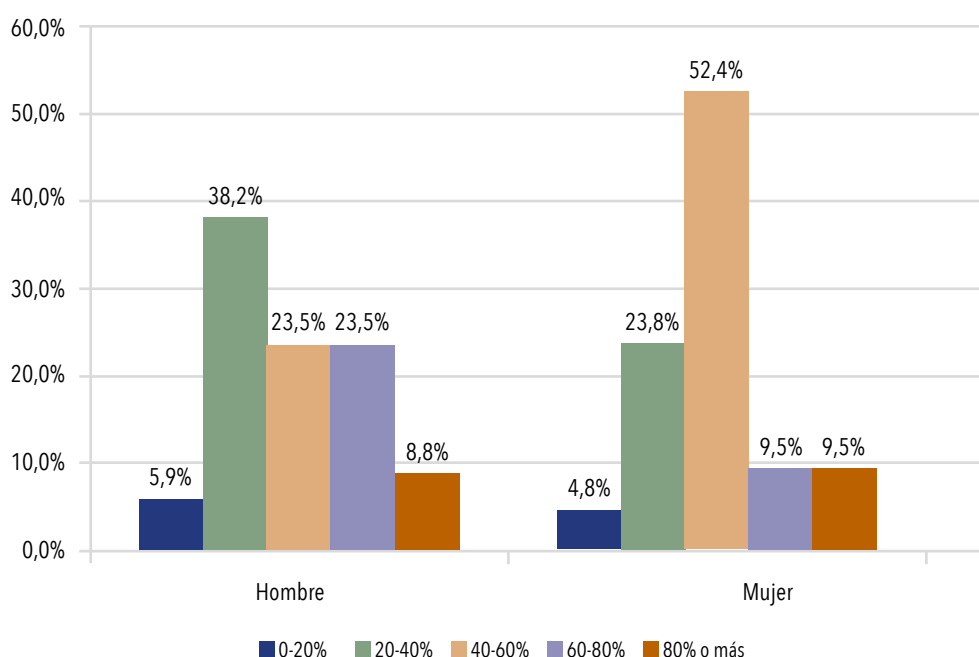
Base total (n) = 55, Base oncología médica (n) = 36, Base oncología radioterápica (n) = 19.

Estas diferencias de percepción entre oncólogos médicos y radioterápicos no son de extrañar ya que los estadios de acceso de los pacientes a los oncólogos de una y otra especialidad no son homologables, siendo la radioterapia en muchos casos, dentro del proceso de atención clínica, una segunda instancia a la que el paciente llega ya previamente diagnosticado

Las percepciones también difieren **si se analizan en función del sexo** de los profesionales. Entre los hombres, algo más de la mitad (55,9%) considera que más del 40% de los pacientes de su servicio precisarían ayuda psicológica. Entre las mujeres, este porcentaje se incrementa al 71,4%. Una posible mayor sensibilidad y empatía de las mujeres puede ser una explicación plausible.

GRÁFICO 20.

Profesionales según porcentaje de pacientes de su servicio que consideran precisarían apoyo o ayuda psicológica, por sexo (%)



Base total (n) = Hombre 34 / Mujer 21.

SEGÚN LOS ESTADIOS O FASES DE LA ENFERMEDAD

Se preguntó a todos los encuestados en qué fases o estadios de la enfermedad consideran que es/ sería más importante o necesario derivar al paciente al psicólogo. Para ello, se les pidió que valoraran de 1 (nada necesario o importante) a 5 (muy necesario o importante) el grado de importancia en cada caso.

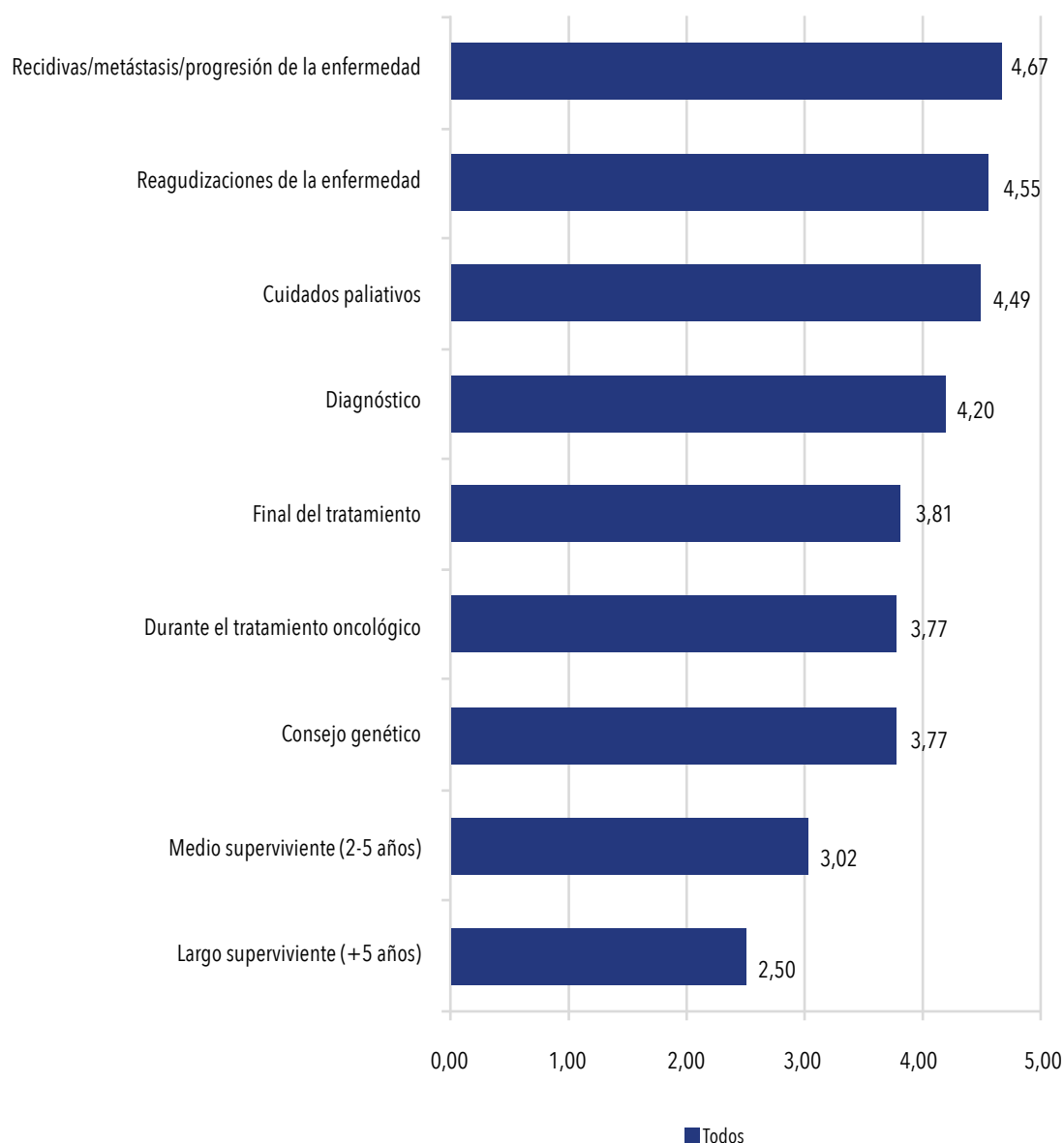
Así, para los profesionales en su conjunto, **los estadios de la enfermedad en que sería más importante o necesaria** la atención psicológica son Recidivas/metástasis/progresión de la enfermedad (4,67 de media), Reagudizaciones de la enfermedad (4,55 de media), Cuidados paliativos (4,49 de media), y algo menos Diagnóstico (4,20 de media).

Aunque en menor grado, también consideran necesario derivar al psicólogo a pacientes que se encuentran en las fases Final del tratamiento (3,81 de media), Durante el tratamiento oncológico y Consejo genético (ambos con 3,77 de media).

Por último, las fases en las que atribuyen **menor importancia a la atención psicológica** son Medio superviviente (3,02 de media) y Largo superviviente (2,50 de media).

GRÁFICO 21.

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer en diferentes estadios o fases de la enfermedad (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante) *



* El número de respuestas obtenido en cada caso puede consultarse en el anexo, en la tabla 3:

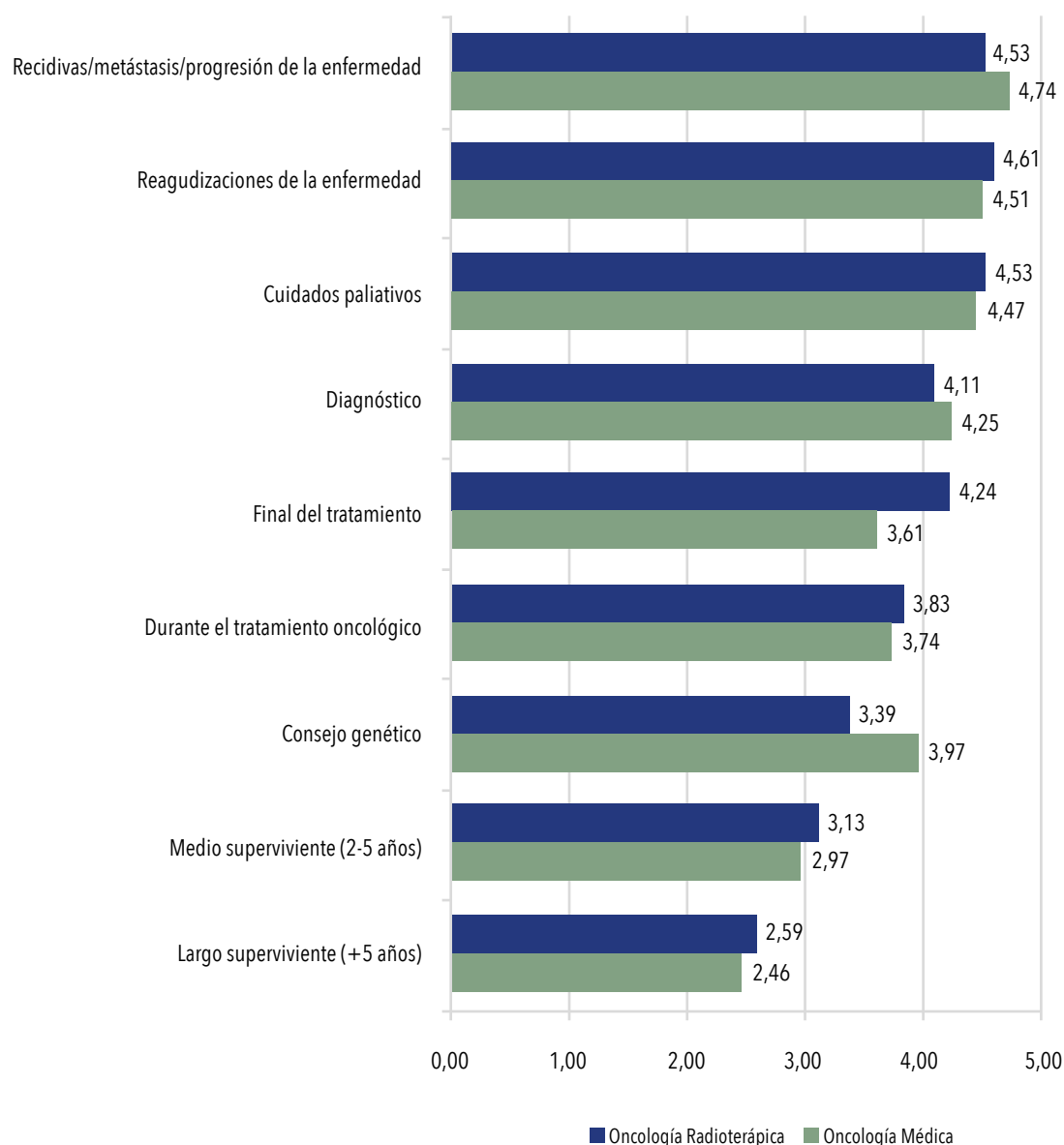
Cuando se analiza la importancia que los profesionales dan a la atención psicológica en diferentes fases de la enfermedad, **teniendo en cuenta la especialidad** de cada uno de ellos, se advierte que las discrepancias en las valoraciones medias alcanzadas en cada grupo son muy leves.

Apenas se destacan diferencias entre servicios en cuanto a la percepción de la necesidad de tratamiento psicológico a excepción de las fases, "final de tratamiento" y "consejo genético".

Atendiendo al sexo de las personas encuestadas, las percepciones no difieren considerablemente. Se observan algunas diferencias en las fases Medio superviviente, Largo superviviente y Final del tratamiento, estadios en los que las mujeres valoran algo más la atención psicológica que los hombres. Por el contrario, los hombres atribuyen mayor importancia a la atención en la fase de Diagnóstico.

GRÁFICO 22.

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer en diferentes estadios o fases de la enfermedad (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante), según especialidad *



* El número de respuestas obtenido en cada caso puede consultarse en el anexo, en la tabla 3:

SEGÚN LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA QUE PRESENTEN

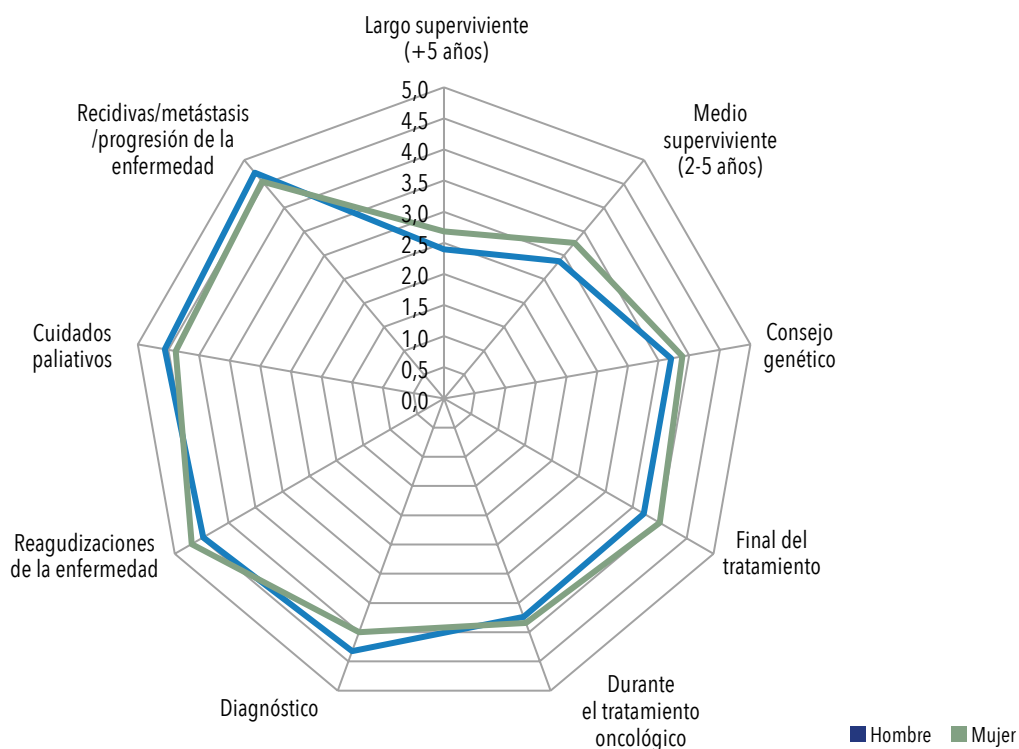
Se solicitó a los encuestados que indicaran el grado en que consideran que los pacientes necesitan atención psicológica, en función de la patología cancerígena que presenten. Para ello, se les pidió que valoraran de 1 (nada necesario) a 5 (muy necesario) la necesidad en cada caso.

En términos generales, los profesionales atribuyen un grado de importancia a la atención psicológica más o menos homogéneo entre patologías.

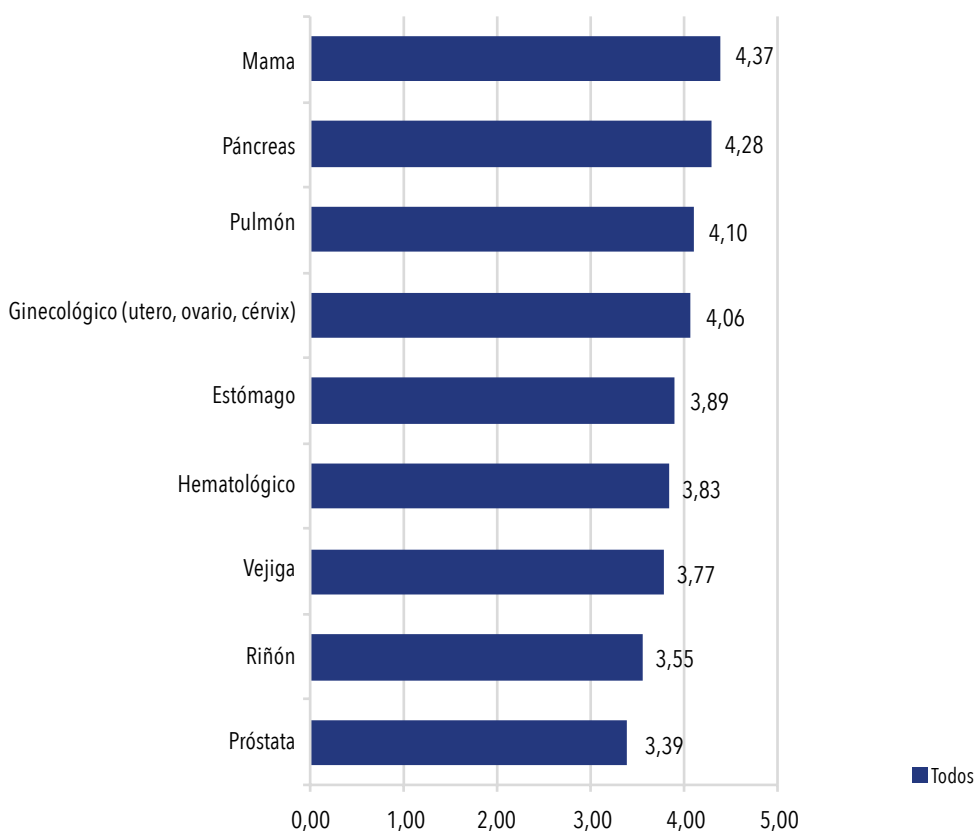
Entre las patologías en las que **la atención psicológica se considera más necesaria** destacan Mama (4,37 de media) y Páncreas (4,28 de media). Por el contrario, Riñón (3,55 de media) y Próstata (3,39 de media) son las patologías en las que **atribuyen menor relevancia a la atención psicológica**.

GRÁFICO 23.

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer en diferentes estadios o fases de la enfermedad (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante), por sexo

**GRÁFICO 24.**

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer por patología cancerígena (1 es nada necesario y 5 es muy necesario) *



* El número de respuestas obtenido en cada caso puede consultarse en el anexo, en la tabla 4:

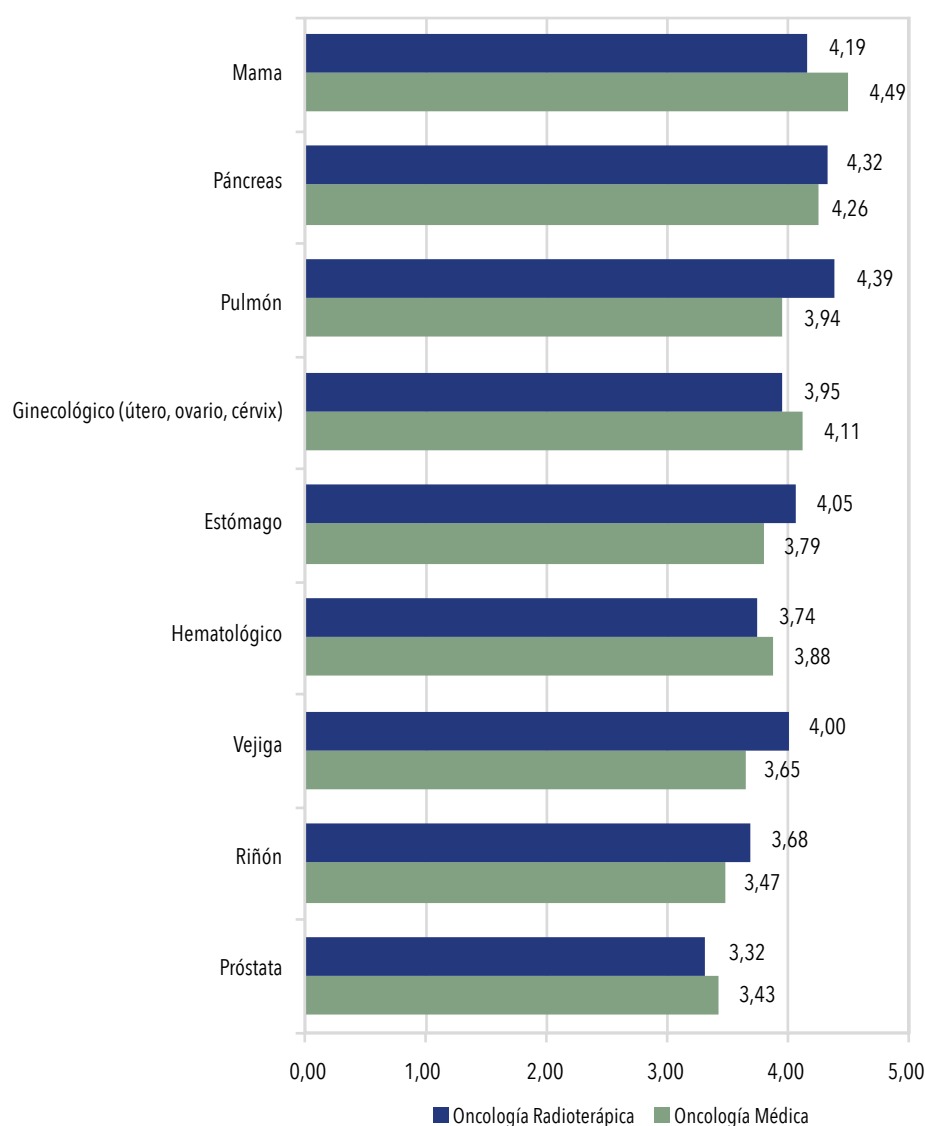
Si se analizan las valoraciones **en función de las especialidades** de los profesionales, se advierte que no existen grandes diferencias en las de ambos grupos. En este contexto, las mayores discrepancias se presentan en la importancia de la atención psicológica atribuida en casos de cáncer de pulmón, vejiga, mama y algo menos de estómago.

Concretamente, los profesionales de oncología radioterápica la consideran más necesaria en enfermos de cáncer de pulmón (4,39 frente a 3,94 de media), de cáncer de vejiga (4,00 frente a 3,65 de media) y de cáncer de estómago (4,05 frente a 3,79 de media).

En cambio, los profesionales de oncología médica consideran más necesaria, la atención psicológica en pacientes con cáncer de mama (4,49 frente a 4,19 de media). Con todo ello, como ya hemos comentado, las diferencias son muy leves y poco significativas.

GRÁFICO 25.

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer por patología cancerígena (1 es nada necesario y 5 es muy necesario), según especialidad*

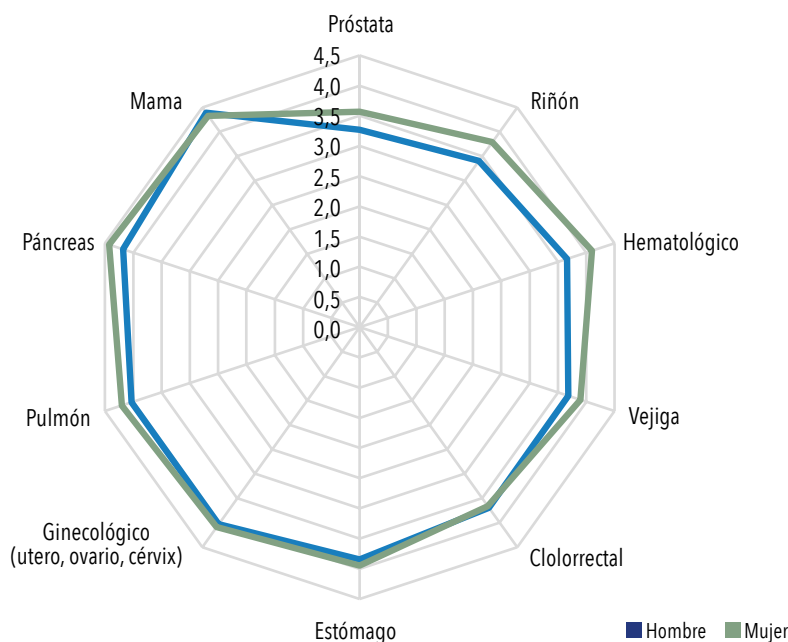


* El número de respuestas obtenido en cada caso puede consultarse en el anexo, en la tabla4:

Tampoco se advierten diferencias significativas **entre hombres y mujeres**. Entre que podrían reseñarse, ellas atribuyen mayor importancia a la atención psicológica entre enfermos de cáncer Hematológico, de Riñón, y de Próstata.

GRÁFICO 26.

Valoración media atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer por patología cancerígena (1 es nada necesario y 5 es muy necesario) por sexo



MODO EN QUE DEBERÍA PRESTARSE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER

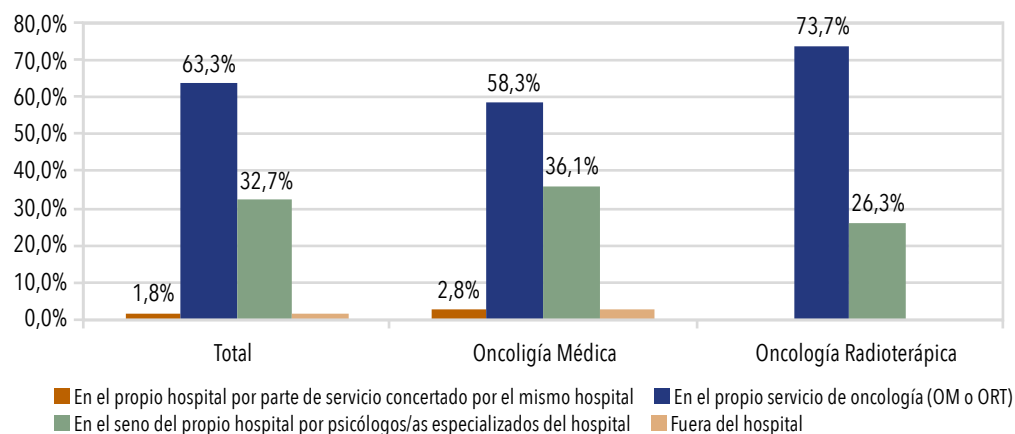
DESDE QUÉ ÁMBITO ASISTENCIAL

Se solicitó la opinión de los encuestados sobre el ámbito asistencial en que debería prestarse la atención psicológica al paciente con cáncer. El 63,6% de los profesionales consideran que **debería ser ofrecida desde el propio servicio de oncología (OM o ORT)** y un 31,7% en el seno del propio hospital por psicólogos especializados del hospital.

La opinión de que el propio servicio de oncología es el ámbito asistencial más apropiado cobra más fuerza entre los profesionales de oncología radioterápica (73,7%) y pierde algo de peso entre los de oncología médica (58,3%).

GRÁFICO 27.

Opinión sobre el ámbito asistencial en que debería prestarse la atención psicológica al paciente con cáncer (%). Total, y por especialidades

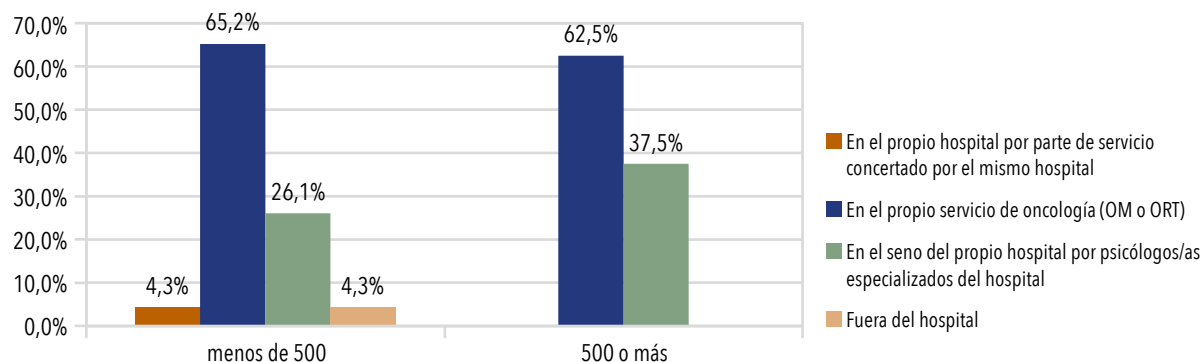


Base total (n) = 55, Base oncología médica (n) = 36, Base oncología radioterápica (n) = 19.

Por tamaño del hospital, el propio servicio de oncología sigue siendo la opción preferida donde debería prestarse la atención psicológica en ambos grupos. Particularmente, entre los hospitales de mayor tamaño, cobra algo más de fuerza la idea de que debe realizarse en el seno del propio hospital por psicólogos especializados del hospital.

GRÁFICO 28.

Profesionales según su opinión sobre el ámbito asistencial en que debería prestarse la atención psicológica al paciente con cáncer, por sexo (%)



Base total (n) = menos de 500 23 / 500 o más 32.

Sin embargo, si se compara lo que “debería ser” de acuerdo con la opinión de los especialistas con “lo que sucede” (ver Gráfico 11), se advierte que en la actualidad tan sólo en el 30,2% de los profesionales encuestados, la atención psicológica es prestada por “el propio hospital a través de personal especializado adscrito al área de oncología”, en tanto que esa opción sería la apropiada según el 63,6% de los médicos consultados.

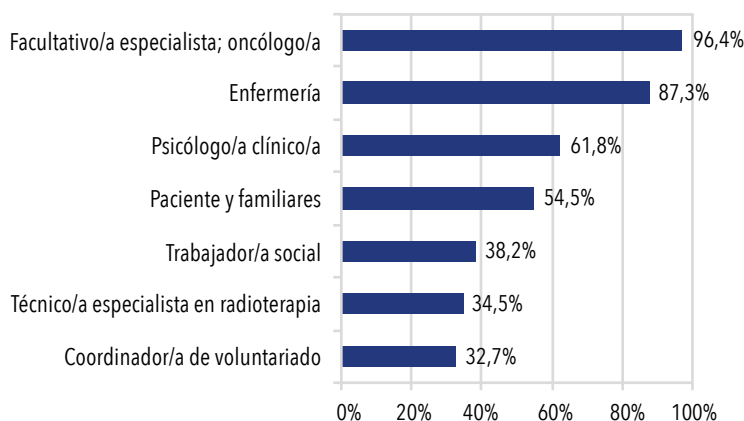
QUIÉN DEBERÍA DETECTAR LA NECESIDAD DE ATENCIÓN

Respecto a quién o quienes consideran que debería ser la persona o el profesional que detecte la necesidad de intervención psicológica en los pacientes con cáncer, prácticamente la totalidad cree que debería ser el **Facultativo especialista/oncólogo** (96,4%). Enfermería es la segunda opción más señalada (87,3%), seguida a distancia por Psicólogo clínico (61,8%) y Pacientes y familiares (54,5%).

Alrededor de una tercera parte de los profesionales menciona también al Trabajador social (38,3%), al Técnico especialista en radioterapia (34,5%) y al Coordinador de voluntariado (32,7%).

GRÁFICO 29.

Profesionales según su opinión sobre quién debería ser la persona o el profesional que detecte la necesidad de intervención psicológica en los pacientes de cáncer (%).

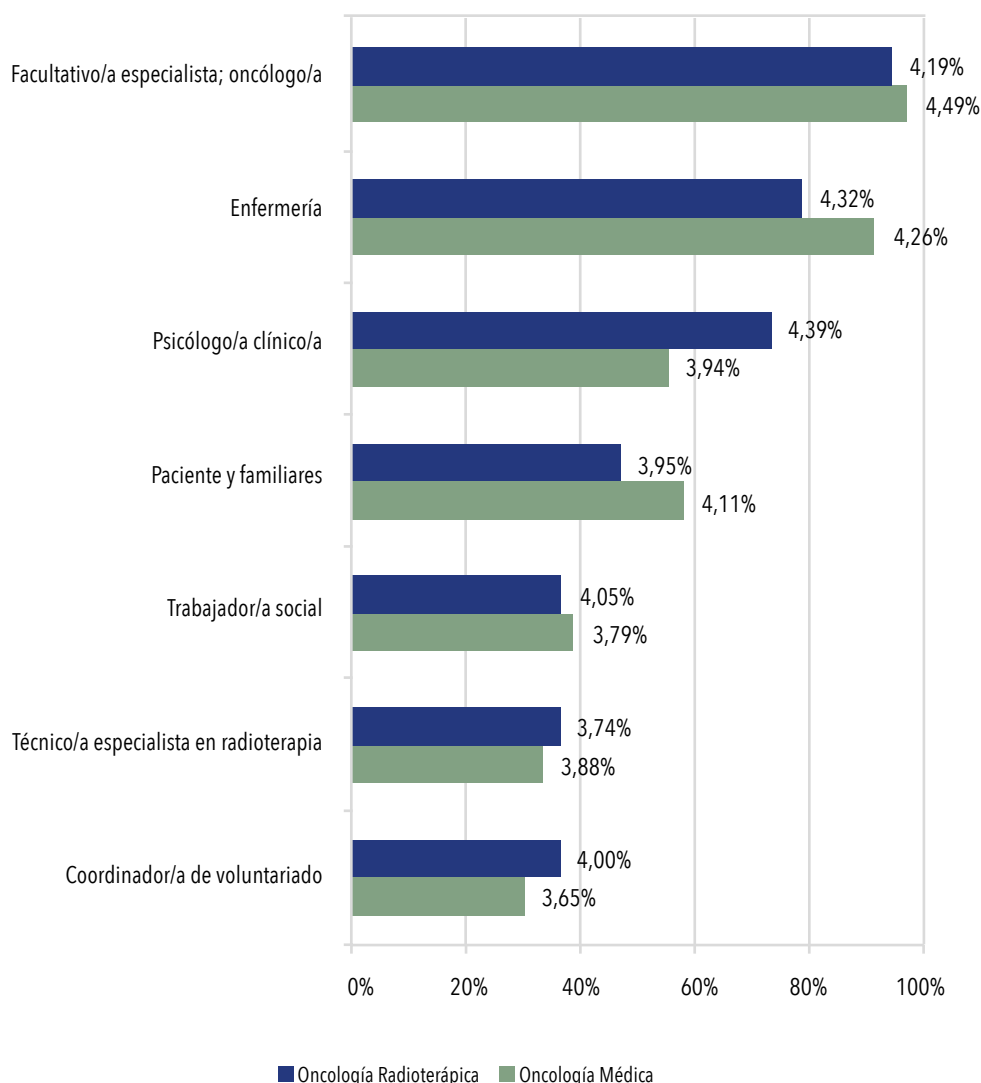


Base total (n) = 55

Atendiendo a la especialidad, se observan algunas diferencias de criterios en el papel atribuido a algunos de los agentes: Psicólogo clínico, Enfermería y Pacientes y familiares. En este sentido, el 73,7% de los profesionales de oncología radioterápica considera que el Psicólogo clínico debería ser el profesional que detecte la necesidad de intervención, frente al 55,6% de los de oncología médica. Por su parte, los oncólogos médicos otorgan mayor importancia en este sentido al personal de Enfermería (91,7% frente a 78,9%) y a Pacientes y familiares (58,3% frente a 47,4%).

GRÁFICO 30.

Profesionales según su opinión sobre quién debería ser la persona o el profesional que detecte la necesidad de intervención psicológica en los pacientes de cáncer (%), según especialidad



Base oncología médica (n) = 36, Base oncología radioterápica (n) = 19.

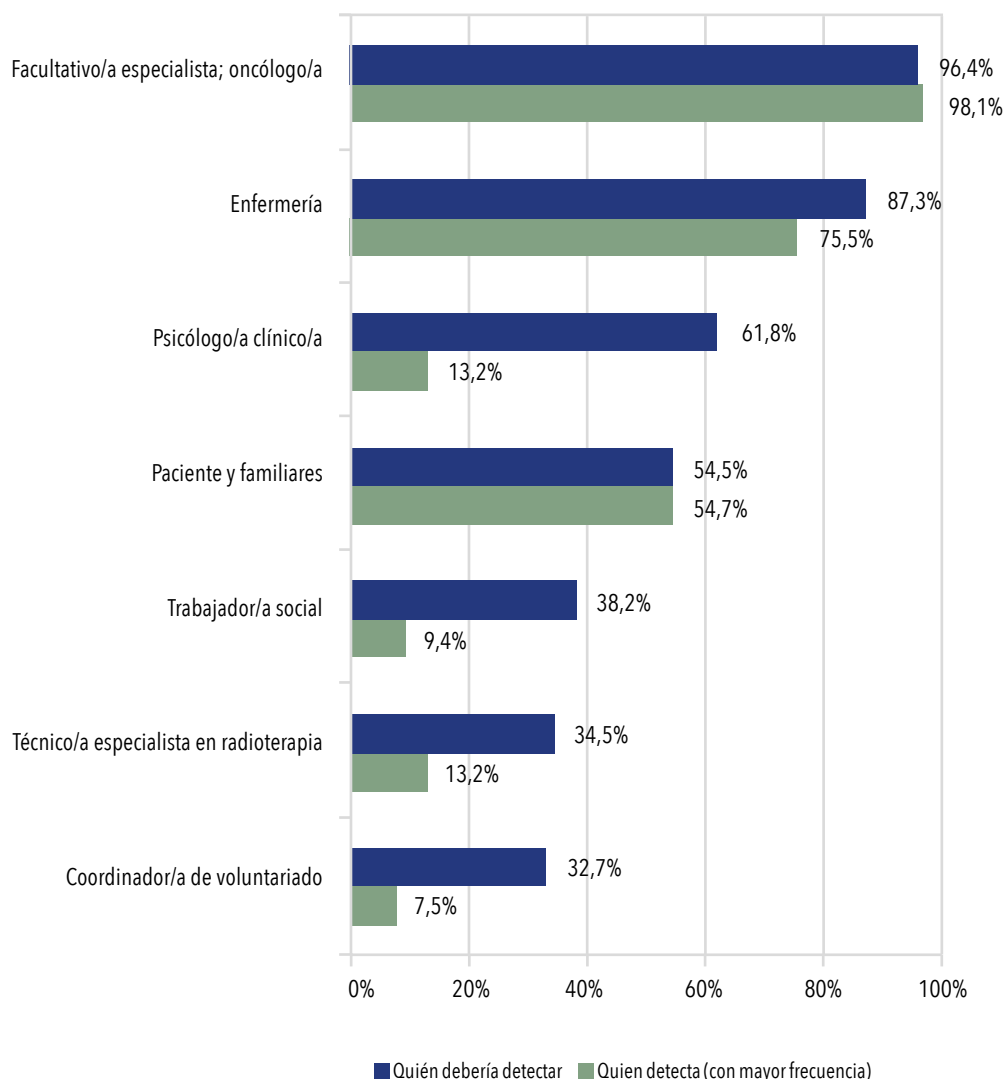
Lo que los profesionales consideran que debería ocurrir **coincide solo en parte con lo que actualmente está ocurriendo** en los diferentes hospitales que proporcionan atención psicológica a los pacientes con cáncer.

Así, las opiniones de los encuestados sobre quién debería detectar la necesidad de intervención y la realidad sobre quién la detecta (ver Gráfico 15), coinciden en los dos perfiles más señalados como apropiados, Facultativo especialista/oncólogo y personal de Enfermería. Aunque en este último caso, la situación actual está algo por debajo de lo deseado por los encuestados.

Del resto de perfiles, el psicólogo clínico, señalado como uno de los profesionales que debería detectar la necesidad por el 61,8% de los médicos y el que, por formación y especialidad, es el más capacitado para ello, solo es en la actualidad el responsable de esta función en el 13,2% de los casos. En este contraste entre realidad y conveniencia, sólo facultativos y pacientes tienen ajustado su desempeño al que se considera adecuado. En el resto de profesionales se detecta un gap entre su participación real y la que se considera que sería conveniente.

GRÁFICO 31.

Profesionales según quién detecta actualmente la necesidad de intervención psicológica en los pacientes de cáncer y su opinión sobre quién debería detectar esta necesidad (%)

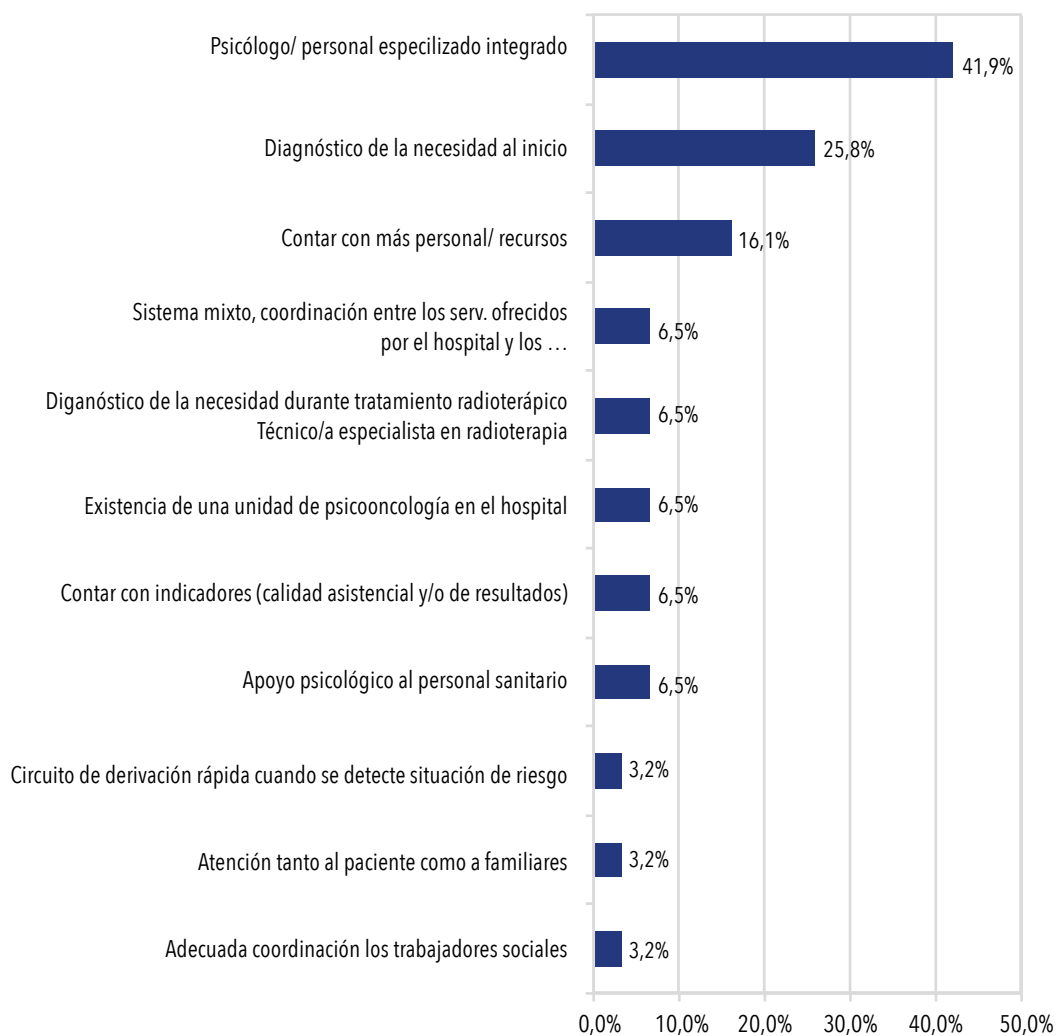


Base detecta actualmente (n) = 53, Base quié debería detectar (n) = 55.

CÓMO DEBERÍA ESTAR ORGANIZADA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Finalmente, se preguntó de manera abierta a los profesionales cómo consideran que debería estar organizada la atención psicológica en sus servicios.

Entre las **respuestas más mencionadas** destacan la necesidad de personal especializado integrado en el servicio (41,9%), la realización de un Diagnóstico al inicio del tratamiento (25,8%) y la necesidad de contar con la cantidad apropiada de recursos/ personal (16,1%).

GRÁFICO 32.**Profesionales según opinión sobre cómo debería organizarse la atención psicológica en su servicio (%)**

Base (n) = 31

RESULTADOS DESTACADOS

- Resulta obligado señalar que dado que el universo de la muestra de esta encuesta era relativamente reducido (250 Jefes de servicio de oncología), alcanzar una representatividad estándar (nivel de confianza 95% y margen de error 5%) que permitiera elevar los resultados al total de dicho universo habría requerido una tasa de respuesta tres veces superior a la alcanzada.
- No obstante, creemos que los datos obtenidos, aun cuando deben ser tomados con la lógica prudencia, ofrecen un aceptable indicador orientativo del estado de la atención psicológica desde la perspectiva de los propios facultativos máximos responsables de los servicios oncología.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS Y DE LOS HOSPITALES DONDE TRABAJAN

- Los **profesionales** son en su mayoría hombres (61,8%), de 50 o más años (82,4%), con casi dos tercios de especialistas en oncología médica (65,5%) y con una experiencia de 20 o más años en oncología (90,9%, 28 años de media).
- Los **servicios de oncología** de los facultativos que han respondido al cuestionario atienden a un promedio de 1500 pacientes nuevos al año y alcanzan una población asignada al conjunto de sus servicios de más de 20 millones de habitantes.
- Los **hospitales** recogidos (51) se distribuyen en 12 Comunidades Autónomas, principalmente Comunidad de Madrid (22,0%) y Cataluña (20,0%); la mayoría cuentan con menos de 800 camas (74,5%).

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER

- Casi todos los hospitales estudiados cuentan con atención psicológica a pacientes (96,1%).
- La atención **es prestada por** el propio hospital (66,0%), a través de su área de salud mental/psiquiatría (30,2%) o de personal especializado adscrito a oncología (30,2%). Esta modalidad de atención está más presente en los hospitales de mayor tamaño.
- El **psicólogo está integrado** en el equipo multidisciplinar del servicio (62,3%), principalmente en los hospitales de mayor tamaño, en los que la atención se presta a través de personal especializado adscrito al área de oncología y en entidades ajenas a las que se les ceden espacio y/o medios en el hospital.
- La necesidad de atención psicológica **es detectada** principalmente por los/as Facultativos/as especialistas oncólogos/as (98,1%), los/as enfermeros/as (75,5%) y los pacientes y familiares (54,7%).
- En menos de una quinta parte de los servicios (18,5%) se utiliza **cribado psicológico** y sólo un 44,4% dispone de **indicadores de seguimiento** de periodicidad anual (39,1%) o trimestral (26,1%).

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Más del 40% de los **pacientes de oncología necesitarían** algún tipo de ayuda o apoyo psicológico a lo largo de la enfermedad (61,8% de los profesionales). Esta opinión tiene más peso entre los oncólogos médicos (72,2%) que entre los oncólogos radioterápicos (42,1%).
- Según los **estadios de la enfermedad**, Recidivas/metástasis/progresión de la enfermedad (4,67 de media), Reagudizaciones de la enfermedad (4,55 de media), Cuidados paliativos (4,49 de media), y algo menos Diagnóstico (4,20 de media), son las fases en las que sería más importante o necesaria la atención psicológica.

- Por especialidades existe amplio consenso, excepto en Consejo genético y Final del tratamiento, la atención psicológica durante el primero es más relevante para oncología médica en tanto que el segundo lo es para oncología radioterápica.
- **Según la patología cancerígena**, los profesionales atribuyen un grado de importancia a la atención psicológica más o menos homogéneo entre patologías. Los pacientes con cáncer de Mama (4,37 de media) o Páncreas (4,28 de media) parecen necesitarla más, en tanto que aquellos con cáncer de Riñón (3,55 de media) o Próstata (3,39 de media) podrían necesitarla en menor grado.
- **Por especialidades**, los profesionales de oncología radioterápica consideran más necesaria que los de oncología médica la atención psicológica en enfermos de cáncer de pulmón (4,39 frente a 3,94 de media), de cáncer de vejiga (4,00 frente a 3,65 de media) y de cáncer de estómago (4,05 frente a 3,79 de media). Los profesionales de oncología médica la consideran más necesaria en pacientes con cáncer de mama (4,49 frente a 4,16 de media).

CÓMO DEBERÍA SER LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE ADULTO CON CÁNCER Y CÓMO ES EN REALIDAD

- El 63,6% de los profesionales consideran que **la atención debería ser ofrecida desde el propio servicio de oncología (OM o ORT)**, opinión mas dominante entre los profesionales de oncología radioterápica (73,7%) y menos entre los de oncología médica (58,3%).
- Esta situación difiere con la realidad: en el 30,2% de servicios la atención es prestada por personal especializado adscrito a oncología.
- Las opiniones de los encuestados sobre **quién debería detectar la necesidad** de intervención y la realidad sobre quién la detecta, coinciden en los dos perfiles más señalados como apropiados, Facultativo especialista/oncólogo y personal de Enfermería. Aunque en este último caso, la situación actual está algo por debajo de lo deseado por los encuestados.
- El psicólogo clínico es señalado como uno de los profesionales que debería detectar la necesidad (61,8%), aunque en la actualidad es responsable tan sólo en el 13,2% de los casos.
- Sobre **cómo debería estar organizada la atención psicológica** destacan la necesidad de personal especializado integrado en el servicio (41,9%), la realización de un Diagnóstico al inicio del tratamiento (25,8%) y la necesidad de contar con la cantidad apropiada de recursos/ personal (16,1%).

ANEXO I: TABLAS

TABLA 3. Valoración atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer en diferentes estadios o fases de la enfermedad (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante), todos y según especialidad (número, % y valor medio)

FASES O ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD		ONCOLOGÍA MÉDICA			ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA			TODOS		
		N	%	MEDIA	N	%	MEDIA	N	%	MEDIA
Diagnóstico	1	0	0,0%		1	5,3%		1	1,8%	
	2	2	5,6%		1	5,3%		3	5,5%	
	3	3	8,3%		3	15,8%		6	10,9%	
	4	15	41,7%		4	21,1%		19	34,5%	
	5	16	44,4%		10	52,6%		26	47,3%	
	Total	36		4,25	19		4,11	55		4,20
Consejo genético	1	1	2,9%		1	5,6%		2	3,8%	
	2	2	5,9%		2	11,1%		4	7,7%	
	3	6	17,6%		7	38,9%		13	25,0%	
	4	13	38,2%		5	27,8%		18	34,6%	
	5	12	35,3%		3	16,7%		15	28,8%	
	Total	34		3,97	18		3,39	52		3,77
Durante el tratamiento oncológico	2	4	11,4%		2	11,1%		6	11,3%	
	3	13	37,1%		5	27,8%		18	34,0%	
	4	6	17,1%		5	27,8%		11	20,8%	
	5	12	34,3%		6	33,3%		18	34,0%	
	Total	35		3,74	18		3,83	53		3,77
Final del tratamiento	1	1	2,8%		0	0,0%		1	1,9%	
	2	4	11,1%		1	5,9%		5	9,4%	
	3	11	30,6%		2	11,8%		13	24,5%	
	4	12	33,3%		6	35,3%		18	34,0%	
	5	8	22,2%		8	47,1%		16	30,2%	
	Total	36		3,61	17		4,24	53		3,81
Recidivas/metástasis/ progresión de la enfermedad	1	0	0,0%		1	5,3%		1	1,9%	
	2	1	2,9%		0	0,0%		1	1,9%	
	3	1	2,9%		0	0,0%		1	1,9%	
	4	4	11,4%		5	26,3%		9	16,7%	
	5	29	82,9%		13	68,4%		42	77,8%	
	Total	35		4,74	19		4,53	54		4,67
Medio superviviente (2- 5 años)	1	2	5,6%		0	0,0%		2	3,8%	
	2	10	27,8%		6	37,5%		16	30,8%	
	3	13	36,1%		5	31,3%		18	34,6%	
	4	9	25,0%		2	12,5%		11	21,2%	
	5	2	5,6%		3	18,8%		5	9,6%	
	Total	36		2,97	16		3,13	52		3,02

Continúa en la página siguiente

Viene de la página anterior

TABLA 3. Valoración atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer en diferentes estadios o fases de la enfermedad (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante), todos y según especialidad (número, % y valor medio)

FASES O ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD		ONCOLOGÍA MÉDICA			ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA			TODOS		
		N	%	MEDIA	N	%	MEDIA	N	%	MEDIA
Largo superviviente (+5 años)	1	5	14,3%		1	5,9%		6	11,5%	
	2	14	40,0%		7	41,2%		21	40,4%	
	3	11	31,4%		7	41,2%		18	34,6%	
	4	5	14,3%		2	11,8%		7	13,5%	
	Total	35		2,46	17		2,59	52		2,50
Cuidados paliativos	1	0	0,0%		1	5,3%		1	1,8%	
	2	2	5,6%		0	0,0%		2	3,6%	
	3	1	2,8%		0	0,0%		1	1,8%	
	4	11	30,6%		5	26,3%		16	29,1%	
	5	22	61,1%		13	68,4%		35	63,6%	
	Total	36		4,47	19		4,53	55		4,49
Reagudizaciones de la enfermedad	2	1	2,9%		0	0,0%		1	1,9%	
	3	1	2,9%		1	5,6%		2	3,8%	
	4	12	34,3%		5	27,8%		17	32,1%	
	5	21	60,0%		12	66,7%		33	62,3%	
	Total	35		4,51	18		4,61	53		4,55

TABLA 4. Valoración atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer por patología cancerígena (1 es nada necesario y 5 es muy necesario), todos y según especialidad (número, % y valor medio)

PATOLOGÍA CANCERÍGENA		ONCOLOGÍA MÉDICA			ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA			TODOS		
		N	%	MEDIA	N	%	MEDIA	N	%	MEDIA
Próstata	2	6	17,1%		6	31,6%		12	22,2%	
	3	12	34,3%		5	26,3%		17	31,5%	
	4	13	37,1%		4	21,1%		17	31,5%	
	5	4	11,4%		4	21,1%		8	14,8%	
	Total	35		3	19		3	54		3
Pulmón	2	1	2,9%		1	5,6%		2	3,8%	
	3	9	26,5%		0	0,0%		9	17,3%	
	4	15	44,1%		8	44,4%		23	44,2%	
	5	9	26,5%		9	50,0%		18	34,6%	
	Total	34		4	18		4	52		4
Mama	2	0	0,0%		1	5,3%		1	1,9%	
	3	3	8,6%		2	10,5%		5	9,3%	
	4	12	34,3%		9	47,4%		21	38,9%	
	5	20	57,1%		7	36,8%		27	50,0%	
	Total	35		4	19		4	54		4

Continúa en la página siguiente

Viene de la página anterior

TABLA 4. Valoración atribuida por todos los profesionales a la atención psicológica a pacientes con cáncer por patología cancerígena (1 es nada necesario y 5 es muy necesario), todos y según especialidad (número, % y valor medio)

PATOLOGÍA CANCERÍGENA		ONCOLOGÍA MÉDICA			ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA			TODOS		
		N	%	MEDIA	N	%	MEDIA	N	%	MEDIA
Vejiga	2	3	8,8%		2	11,1%		5	9,6%	
	3	11	32,4%		3	16,7%		14	26,9%	
	4	15	44,1%		6	33,3%		21	40,4%	
	5	5	14,7%		7	38,9%		12	23,1%	
	Total	34		4	18		4	52		4
Hematológico	1	1	3,0%		0	0,0%		1	1,9%	
	2	1	3,0%		3	15,8%		4	7,7%	
	3	4	12,1%		4	21,1%		8	15,4%	
	4	22	66,7%		7	36,8%		29	55,8%	
	5	5	15,2%		5	26,3%		10	19,2%	
	Total	33		4	19		4	52		4
Ginecológico (utero, ovario, cérvix)	2	0	0,0%		1	5,3%		1	1,9%	
	3	6	17,1%		4	21,1%		10	18,5%	
	4	19	54,3%		9	47,4%		28	51,9%	
	5	10	28,6%		5	26,3%		15	27,8%	
	Total	35		4	19		4	54		4
Estómago	2	1	2,9%		1	5,3%		2	3,8%	
	3	11	32,4%		3	15,8%		14	26,4%	
	4	16	47,1%		9	47,4%		25	47,2%	
	5	6	17,6%		6	31,6%		12	22,6%	
	Total	34		4	19		4	53		4
Riñón	2	3	9,4%		2	10,5%		5	9,8%	
	3	14	43,8%		6	31,6%		20	39,2%	
	4	12	37,5%		7	36,8%		19	37,3%	
	5	3	9,4%		4	21,1%		7	13,7%	
	Total	32		3	19		4	51		4
Páncreas	2	0	0,0%		1	5,3%		1	1,9%	
	3	6	17,1%		2	10,5%		8	14,8%	
	4	14	40,0%		6	31,6%		20	37,0%	
	5	15	42,9%		10	52,6%		25	46,3%	
	Total	35		4	19		4	54		4

ANEXO II: CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE ADULTO DE CÁNCER

- El objetivo del siguiente cuestionario es conocer la situación actual de la atención psicológica en el paciente adulto con cáncer en España, así como su propia opinión al respecto.
- Está dirigida a los máximos responsables de los servicios de las especialidades clínicas dedicadas específica y exclusivamente a la oncología.
- Todos los datos del cuestionario serán tratados con absoluta confidencialidad y la información que pueda publicarse estará totalmente anonimizada. Conforme la ley de protección de datos de carácter personal.
- Algunas de las respuestas a este cuestionario pueden ser de elección múltiple.
- El tiempo estimado de respuesta es de unos quince minutos.
- Si desea realizar alguna pregunta sobre el cuestionario, envíenos un correo electrónico a:

INFORMACION PREVIA: DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

- 1 **Fecha de nacimiento:** calendario
- 2 **Años en la especialidad de oncología (incluido periodo MIR):** 0-40
- 3 **Sexo:** Hombre / Mujer
- 4 **Especialidad:** Oncología Médica/Oncología Radioterápica
- 5 **Cargo:** Jefe de Departamento / Jefe de Servicio / Jefe de Sección
- 6 **Atendiendo a la clasificación del Ministerio de Sanidad, seleccione el tipo de hospital en el que trabaja como responsable de Oncología, según su dependencia patrimonial**
 - 6.1. Seguridad Social
 - 6.2. Instituto de Salud Carlos III
 - 6.3. Ministerio de Interior
 - 6.4. Ministerio de Defensa
 - 6.5. Comunidad Autónoma
 - 6.6. Diputación o Cabildo
 - 6.7. Municipio
 - 6.8. Entidades Públicas (incluye propiedad compartida)
 - 6.9. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP)
 - 6,10. Privado- benéfico (Cruz Roja)
 - 6,11. Privado- benéfico (Iglesia)
 - 6,12. Otro privado benéfico
 - 6,13. Privado No benéfico
 - 6,14. Otra dependencia patrimonial
- 7 **Atendiendo a la clasificación que realiza el Ministerio de Sanidad. Seleccione qué tipo de hospital es dónde trabaja, según su dependencia funcional**
 - 7.1, Instituto de Gestión Sanitaria-INGESA
 - 7.2. Servicio Andaluz de Salud
 - 7.3. Instituto Catalán de La Salud

- 7.4. Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA
- 7.5. Consellería de Sanidad. G. Valenciana
- 7.6. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA
- 7.7. Servicio Gallego de Salud-SERGAS
- 7.8. Servicio Canario de Salud
- 7.9. Instituto de Salud Carlos III
- 7.10. Otros hospitales públicos de dependencia estatal
- 7.11. Administración Penitenciaria
- 7.12. Comunidad Autónoma
- 7.13. Diputación O Cabildo
- 7.14. Municipio
- 7.15. Otros públicos (incluye gestión compartida)
- 7.16. Mutua de Accidentes de Trabajo
- 7.17. Privado-Benéfico (Cruz Roja)
- 7.18. Privado-Benéfico (Iglesia)
- 7.19. Otro Privado-Benéfico
- 7.20. Privado No Benéfico
- 7.21. Otra dependencia funcional. Nómbrala
- 7.22. Ministerio de Defensa
- 7.23. Servicio de Salud del Principado de Asturias-SESPA
- 7.24. Servicio Cántabro de Salud-SCS
- 7.25. Servicio Riojano de Salud
- 7.26. Servicio Murciano de Salud
- 7.27. Servicio Aragonés de Salud-SALUD
- 7.28. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha-SESCAM
- 7.29. Servicio Extremeño de Salud-SES
- 7.30. Servei de Salut de Les Illes Balears- IB-SALUT
- 7.31. Servicio Madrileño de Salud
- 7.32. Sanidad Castilla y León-SACYL
- 8. Volumen de población (nº de habitantes) del área sanitaria asignada al servicio: Respuesta abierta**
- 9. Número de camas de su hospital: Respuesta abierta (o por intervalos)**
 - 9.1. 200 o menos
 - 9.2. De 201 a 500
 - 9.3. De 501 a 800
 - 9.4. De 801 a 1000
 - 9.5. 1001 o más
- 10. Número de pacientes nuevos atendidos al año en su servicio: Respuesta abierta**
- 11. Nombre del hospital: Respuesta abierta**
- 12. Población: Respuesta abierta**
- 13. Municipio: Respuesta abierta**

14. Provincia: (desplegable)

15. Comunidad Autónoma: (desplegable)

1 Existe en su hospital algún tipo de atención psicológica al paciente con cáncer

- a) NO (en caso negativo, salta a la pregunta 6)
- b) SI

2 En caso positivo, quién presta este tipo de atención:

- a) El propio hospital a través de su área de salud mental/psiquiatría
- b) El propio hospital a través de personal especializado adscrito al área de oncología
- c) El propio hospital a través de personal adscrito a otro servicio o área hospitalaria
- d) El propio hospital a través de un servicio concertado
- e) Una entidad ajena al hospital a la que se le ceden espacio o medios en el hospital
- f) Una entidad ajena al hospital fuera de sus instalaciones a la que se deriva el paciente
- g) Otra situación: describir. Respuesta abierta

3 ¿El psicólogo/a forma parte del equipo multidisciplinar de su servicio?

- a) SI
- b) NO

4 En caso de que la atención psicológica al paciente la preste una entidad ajena al hospital. Indique el tipo de entidad:

- a) Gabinete de psicología privado
- b) Asociación de Pacientes (Ej. AECC, GEPAC, etc.)
- c) Otras entidades sin ánimo de lucro (Ej. Fundación la Caixa, fundaciones de investigación, etc.)

5 En su servicio ¿Quién detecta que el paciente necesita atención psicológica? (Marque los tres que lo hacen más habitualmente)

- a) Facultativo/a especialista oncólogo/a
- b) Enfermería
- c) Trabajador/a social
- d) Psicólogo/a clínico/a
- e) Paciente y familiares
- f) Técnico/a especialista en radioterapia
- g) Coordinador/a de voluntariado

6 ¿Se realiza algún tipo de cribado psicológico en su servicio?

- a) NO
- b) SI

7 En caso afirmativo, ¿qué herramientas utiliza para el cribado? (EJ. HADS, EVA distress, QLQ-C30...)
Respuesta abierta

- 8 ¿En qué fases de la enfermedad cree que es/sería más importante o necesario derivar al paciente al psicólogo? Señale el grado de importancia que considere en cada una de las fases (1 es nada necesario o importante y 5 es muy necesario o importante):

FASE O ESTADIO DE LA ENFERMEDAD	1	2	3	4	5
Diagnóstico					
Consejo genético					
Durante el tratamiento oncológico					
Final del tratamiento					
Recidivas/metástasis/progresión de la enfermedad					
Medio superviviente (2-5 años)					
Largo superviviente (+5 años)					
Cuidados paliativos					
Reagudizaciones de la enfermedad					
Ninguna					

9. ¿Dispone de indicadores de seguimiento de la actividad de atención psicológica en cáncer?

- a) SI
b) NO

- 10 En caso afirmativo indique periodicidad:

- a) Mensuales
b) Trimestrales
c) Semestrales
d) Anuales

En las siguientes preguntas, queremos conocer su opinión personal:

- 11 Considera necesaria la atención psicológica a los pacientes con cáncer

- a) SI
b) NO

Indica el grado en que cree que los pacientes necesitan mayor atención psicológica según la patología cancerígena que presenten (1 es nada necesaria y 5 es muy necesaria):

	1	2	3	4	5
Colorrectal					
Próstata					
Pulmón					
Mama					
Vejiga					
Hematológico					
Ginecológico (útero, ovario, cérvix)					
Estómago					
Riñón					
Páncreas					

- 12 Qué porcentaje de los pacientes con cáncer a los que se atiende en su servicio considera que precisarían de algún tipo de ayuda o apoyo psicológico a lo largo de la enfermedad
- a) 0-20%,
 - b) 20-40%
 - c) 40-60%
 - d) 60-80%
 - e) 80% o más
- 13 ¿En qué ámbito asistencial debería prestarse la atención psicología al paciente con cáncer?
- a) En el propio servicio de oncología (OM o ORT)
 - b) En el seno del propio hospital por psicólogos/as especializados del hospital
 - c) En el propio hospital por parte de servicio concertado por el mismo hospital
 - d) Fuera del hospital
 - e) En ninguno de los casos anteriormente citados
- 14 Quien debería ser la persona o el profesional que detecte la necesidad de intervención psicológica con los pacientes de cáncer
- a) Facultativo/a especialista; oncólogo/a
 - b) Enfermería
 - c) Trabajador/a social
 - d) Psicólogo/a clínico/a
 - e) Paciente y familiares
 - f) Técnico/a especialista en radioterapia
 - g) Coordinador/a de voluntariado
- 15 ¿Cómo organizaría la atención psicológica en su servicio? Respuesta abierta

El cáncer es una enfermedad que provoca una serie de alteraciones psicosociales relacionadas con la reacción al diagnóstico de una dolencia que tiene connotaciones de amenaza de muerte y de sufrimiento y dolor. Estas problemáticas se deben, no solo a la enfermedad, sino también al tratamiento clínico de la misma, pues éste conlleva efectos secundarios importantes, capaces de alterar la calidad de vida, a veces para siempre. Por ello, paralelamente a la atención médica, se ha ido desarrollando una disciplina que tiene que ver con la atención a estos aspectos que van más allá de los físicos, aunque muchas veces estén relacionados. Tanto el curso de la enfermedad como los propios tratamientos pueden dejar secuelas funcionales y estéticas, que pueden cambiar la vida de la persona y de su familia, y, por ello, acaban produciendo también problemáticas psicológicas derivadas de las fuertes exigencias de adaptación que suponen.

La Psicooncología ofrece varias opciones en cada fase de la enfermedad. La trayectoria de la enfermedad oncológica es compleja y ofrece múltiples posibilidades, sobre todo desde que, afortunadamente, han aumentado las tasas de supervivencia, y se ha alargado el curso de la enfermedad en pacientes no curables, pero que viven mucho más tiempo, con las consecuencias personales y familiares que ello comporta. Hay un curso clínico paralelo al médico en el que la Psicooncología puede estar presente aportando programas de promoción de la salud, intervenciones para reducir el impacto emocional en el diagnóstico, en el afrontamiento al tratamiento, en la recaída, apoyo para afrontar la vida después del cáncer en la supervivencia, así como en las etapas de final de vida y también en el duelo de familiares.

Hoy día la Psicooncología se ha convertido en una disciplina que proporciona grandes aportaciones a nivel de docencia, investigación y asistencia. Después de una revisión sistemática centrada en los últimos diez años de publicaciones científicas, hemos hallado varios trabajos que cumplen con una metodología rigurosa, que permite apuntar a varios puntos fundamentales en el aspecto psicológico del enfermo con cáncer y sus familiares.

Por una parte, se puede concluir que los tratamientos psicológicos que se aplican al paciente con cáncer y su familia son generalmente eficaces para la consecución de diversos objetivos como mejorar la calidad de vida, reducir el estrés, la ansiedad, la depresión, el insomnio, la sexualidad, la autoimagen, el miedo a la recaída, la adherencia al tratamiento y la fatiga.

Para analizar la eficacia de una intervención, es imprescindible contar con medidas objetivas del trastorno o problemática que constituye nuestro objetivo terapéutico. Nos referimos a herramientas que permitan un análisis fiable del trastorno o problemática que queremos tratar con el fin de comprobar que realmente la intervención ha logrado el propósito deseado. En este sentido, las herramientas de evaluación usadas en los estudios son diversas. Hay instrumentos objetivos para evaluar calidad de vida, ansiedad, depresión, fatiga... y algunos incluyen medidas de origen neuropsicológico, psicofisiológico o radiológico.

Los modelos más probados en Psicooncología son los de corte cognitivo-conductual con un crecimiento exponencial en los derivados actuales de éste modelo, los llamados de tercera generación, como la activación conductual (especialmente indicada para la depresión), la terapia de aceptación y compromiso o protocolos que se basan en los citados anteriormente. En este sentido, se observa sobre todo un uso muy frecuente del Mindfulness en la literatura más reciente o derivados y adaptados de éste.

Relacionado con lo anterior podemos afirmar que se están realizando modelos multimodales de tratamiento que incluyen técnicas que van más allá de las estrictamente psicológicas. Nos referimos, sobre todo al uso del ejercicio dentro de protocolos de tratamiento, aunque los objetivos sean de tipo psicológico, emocional y de calidad de vida.

Asimismo, vemos trabajos que usan algunas terapias alternativas solas o combinadas con tratamientos estándar. Así, hemos visto comparar el modelo cognitivo-conductual con aromaterapia o con Tai-chi o con técnicas de hipnosis. El yoga o la meditación también puede combinarse con el uso de Mindfulness. También se utiliza la aplicación de masajes o técnicas de Qigong Guo Lin. En algún caso se usa la relajación con musicoterapia, o la aplicación de luz de diversos colores e intensidades con el objetivo de mejorar el sueño de los pacientes.

En cuanto a los perfiles patológicos, encontramos una amplia presencia de muestras de mujeres con cáncer de mama, aunque empiezan a surgir estudios con otras localizaciones, siendo el segundo más frecuente el cáncer de próstata, seguido de pulmón, cabeza y cuello, melanoma, cervical, ovario, digestivo. Hay trabajos que combinan varias localizaciones, aunque el cáncer de mama sigue siendo el más frecuentemente estudiado en todas ellas.

Siguiendo con las características de los pacientes estudiados en la literatura revisada, en la actualidad, los estudios se centran de forma más habitual en la fase de supervivencia, aunque hallamos algunos relacionados con fases mucho más iniciales, ante el diagnóstico e incluso en consejo genético. Varios se han enfocado a intervenciones que ayuden a los pacientes a adaptarse a la fase de tratamiento y/o a sus consecuencias. Las fases avanzadas y paliativas se investigan más respecto a familiares. Hay también estudios en la fase de duelo. La presencia de trabajos dirigidos al entorno y familia, incluyendo no solo al familiar sino a éste junto con el paciente, sigue presente en la literatura sobre Psicooncología.

Sobre el ciclo vital estudiado, los trabajos se centran en adultos o jóvenes y en menor medida en niños y ancianos. En este sentido, se registra una tendencia al cambio, pues hay toda una serie de grupos de trabajo dirigidos específicamente a las repercusiones del cáncer en los adolescentes y en los más mayores. En niños, llama la atención que los estudios se dirigen más a los padres que a los propios pacientes. También cabe señalar, la falta de estudios con modelos de tratamiento oncológico estandarizados y la mayor atención a aspectos neuropsicológicos, consecuencia de los tratamientos recibidos, en edades en las que las secuelas en este aspecto pueden ser importantes. En ancianos las terapias habituales en adultos no parecen responder a las expectativas y se están diseñando protocolos basados en la etapa evolutiva de la vejez para conseguir más adherencia y mejores resultados. Ya hay grupos de reminiscencia y otros que se basan en estos principios más prevalentes en la vejez.

Muchos trabajos empiezan a incluir como modalidad de aplicación las nuevas tecnologías, tanto para centrar la terapia psicológica, como para reforzarla, pues el seguimiento presencial a corto y largo plazo es con frecuencia muy costoso. Hay varios programas que utilizan el ordenador, internet, teléfono y aplicaciones móviles. Los usos son diversos, desde la estimulación cognitiva, hasta ejercicios de relajación, pautas de conducta o pensamientos y regulación emocional, recordatorios de aspectos trabajados en terapia, etc. En este sentido, el modelo más probado es igualmente el basado en las terapias de corte cognitivo-conductual o alguna de sus versiones en nuevas terapias.

El uso de nuevas tecnologías es creciente en Psicooncología, porque permite el seguimiento de la terapia a personas con dificultades para trasladarse a las consultas, o cuyos trabajos les hagan incompatible asistir de modo frecuente a tratamientos, siendo también adecuados para personas que precisen de aislamiento (por ejemplo, bajo un trasplante de médula ósea).

La mayoría de los estudios indican algún seguimiento para comprobar la eficacia de los tratamientos a corto, medio y/o largo plazo. Sin embargo, no todos lo incluyen y no todos demuestran que la mejoría inmediata se mantenga con el tiempo. La Psicooncología ofrece programas de tratamiento eficaces dirigidos a diversos objetivos que suponen un reto para la calidad de vida de los pacientes y familiares. Los más eficaces se encuentran en los modelos cognitivo-conductuales y sus derivadas de tercera generación. Hay que seguir promoviendo la realización de ensayos clínicos randomizados y el seguimiento posterior de los pacientes con el fin de incorporar estrategias que permitan implantar las mejoras a largo plazo.

La inclusión de programas con diversas estrategias y técnicas que vayan más allá de las meramente psicológicas debe tenerse muy en consideración. El ejercicio físico ha demostrado poder mejorar aspectos varios psicológicos. Es recomendable que se incluya en programas con técnicas propias de la Psicología. Tanto desde la perspectiva de la investigación, como desde la práctica terapéutica, consideramos necesario promover y potenciar la figura del psicooncólogo como eje principal de la aplicación de estos estudios y tratamientos, siempre dentro del ámbito multidisciplinar de la asistencia y tratamiento clínicos de los pacientes oncológicos.

La atención o apoyo psicológico al enfermo de cáncer, tanto en el momento de su diagnóstico, durante el tratamiento y posterior evolución, se incluye de manera muy generalizada en los distintos documentos del Sistema Nacional de Salud en España y de los Servicios de Salud de cada una de las Comunidades Autónomas, desarrollados para el abordaje integral de esta patología, formando parte de los objetivos de su Planificación Estratégica.

En la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, los documentos que suelen recoger esta asistencia y en los que se hace mención de forma explícita a la importancia y necesidad de la atención psicológica al enfermo de cáncer y sus familiares, son los Planes, Estrategias y Programas de Atención al Cáncer y a los Cuidados Paliativos, en concreto, en sus apartados dedicados a la mejora de la Calidad de Vida de estos pacientes.

También encontramos mención al enfermo de cáncer y a su atención psicológica en los Planes y Estrategias dedicados a la Salud Mental, Cronicidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria, donde el cáncer queda incluido en un grupo de patologías consideradas como susceptibles de esta atención.

En algunas de las Guías y Protocolos de Actuación frente a esta enfermedad encontramos la Atención Psicológica como adyuvante de los tratamientos estrictamente médicos, como la quimioterapia y/o radioterapia, de cada tipo de cáncer. Aunque pocos documentos sobre atención al cáncer olvidan recoger la necesidad y conveniencia de esta atención al paciente, son muy diversas las formas de integración de los profesionales de la psicooncología en el diseño organizativo de la atención sanitaria.

La falta de recursos y la limitada presencia de psicólogos clínicos en los hospitales parece determinar en ocasiones una cierta inconcreción en los propios documentos en cuanto a la forma en que esta atención debe ser prestada, aludiéndose con mucha frecuencia a equipos multidisciplinarios que en muchos casos no se convierten en realidad o no actúan como tales. Aunque existe práctica unanimidad en la necesidad de la presencia del psicólogo, no siempre denominado psicooncólogo, lo que refleja escasa concreción respecto a su especialización, hay cierta variabilidad en cuanto a la titularidad de esta prestación, que unos documentos sitúan dentro del SNS y otros en agentes externos al mismo.

La limitación de recursos para la atención psicológica a los pacientes de cáncer parece enfrentada a una ampliamente compartida declaración respecto a su conveniencia y necesidad. La lógica priorización de recursos de atención médica al paciente parecen relegar a una función secundaria la atención psicológica, lo que limita el pleno cumplimiento de la implantación de la Atención Psicológica y la inclusión del psicólogo clínico en la nueva concepción multidisciplinar de la atención oncológica.

Por ello, en muchos casos este servicio se realiza a través de Organizaciones externas para la lucha contra el cáncer, en ocasiones de carácter local, Asociaciones de pacientes, Centros de apoyo, etc., que, por lo general, no se encuentran ubicados en el centro hospitalario donde se lleva a cabo el seguimiento del paciente, lo que probablemente refuerza una cultura entre los propios pacientes, familiares e incluso en parte del personal sanitario respecto a que este tipo de asistencia es una función de entidades de carácter humanitario, ajenas al sistema sanitario.

Sin embargo, si nos atenemos a la visión que proyectan los propios facultativos, jefes de servicio de oncología de los propios hospitales, parece haber una opinión dominante respecto a la necesidad de

que el personal profesional de la Psicooncología esté presente, no solo dentro de los hospitales, como una asistencia de soporte, sino especialmente adscrito al área de oncología y plenamente integrado en el equipo de este departamento.

No se puede negar que algún tipo de asistencia psicológica al paciente de cáncer está presente en una gran mayoría de hospitales. Sin embargo, la deseada integración de los profesionales capacitados para proporcionar esta atención, los psicooncólogos, dentro de un equipo multidisciplinar integrado en los servicios de oncología parece una realidad solo en una tercera parte de los hospitales.

La figura del psicooncólogo se percibe todavía como poco conocida y escasamente implantada. La ausencia de sistemas de cribado psicológico en una mayoría de hospitales y su muy limitada presencia real como persona encargada de detectar las necesidades de los pacientes en esta materia, permite afirmar que existe un cierto déficit de profesionalización y especialización en este tipo de atención.

A modo de resumen final podemos subrayar la relevancia de las tres propuestas demandadas con mayor frecuencia por los propios facultativos jefes de servicio de oncología respecto a cómo debería estar organizada la atención psicológica: en primer lugar, destacan la necesidad de personal especializado integrado en el servicio; en segundo lugar, consideran necesaria la realización de un diagnóstico psicológico o cribado al inicio del tratamiento oncológico y, por último, demandan contar con los recursos necesarios para poder proporcionar la atención psicológica adecuada a los pacientes. A ello, podríamos añadir la necesidad de una mejor definición del diseño organizativo e institucional de la prestación de la asistencia psicooncológica.

