



PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO DE CÁNCER

GRUPO MADRILEÑO DE PSICOONCOLOGÍA.
COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID

Octubre de 2003

PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO DE CÁNCER

1.- INTRODUCCIÓN:

El cáncer es una enfermedad grave y compleja, con una evolución y pronóstico inciertos, que produce un gran impacto no solo físico sino también psicológico y social en la persona que lo padece, en su entorno familiar y social y en los profesionales que le atienden. Esta realidad exige un abordaje interdisciplinar para lograr la atención integral que el enfermo oncológico necesita.

2.- LEGISLACIÓN SOBRE EL TEMA:

La legislación vigente en nuestro país establece la atención integral y la promoción de la calidad de vida como derechos fundamentales y como medio para garantizar los principios de dignidad, intimidad y autonomía mediante el desarrollo de Planes Integrales de Salud (Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid (LOSCAM); Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y el Plan Nacional de Cuidados Paliativos del 18 de diciembre de 2000).

En la Orden Ministerial SCO/1225/2003 publicada el 8 de mayo de 2003, que regula las directrices para la elaboración del Plan Integral de Cáncer se establecen como objetivos reducir las inequidades ante el riesgo de padecer la enfermedad, lograr una mejor atención al paciente, fomentar la investigación básica y aplicada para rehabilitar y cuidar al enfermo, rehabilitar y reinsertar socialmente a quienes ya han desarrollado la enfermedad y, cuando sea el caso, paliar su sufrimiento.

3.- REFERENCIA A LA POLÍTICA MINISTERIAL ACTUAL:

La Ministra de Sanidad y Consumo, D^a Ana Pastor, ha señalado la importancia de evaluar las necesidades tanto físicas como emocionales del paciente oncológico, para establecer un perfil individual y un plan de cuidados, que debe ser periódicamente revisado por equipos interdisciplinares (Jano On-line, 2003).

4.- INICIATIVAS EN DESARROLLO:

Existen otras iniciativas en este sentido que ya se están desarrollando dentro y fuera de nuestro país, y que establecen la atención psicológica como un componente necesario de la atención oncológica que debe formar parte de la oferta asistencial:

- El Plan Director de Oncología en Catalunya (2001-2004).
- La Ley del Parlamento Catalán (Junio,2002) sobre la regulación y potenciación del ejercicio profesional de la Psicooncología en los centros de salud y hospitales.
- El Plan Autonómico de Galicia 2002-2005, Xunta De Galicia.
- El Decreto 122/2002, de 7 de noviembre, del Boletín Oficial de Castilla y León por el que se aprueba la Estrategia Regional contra el cáncer 2002-2004.
- El Informe sobre el cáncer de mama que el pasado 5 de Junio (2002/2279 INI) se aprobó en el Parlamento Europeo, en el que se incluye la atención psicológica como parte de la atención integral a las pacientes.
- La declaración conjunta sobre la promoción y cumplimiento de los derechos de los pacientes de cáncer firmada por 39 países miembros de la Asociación de Ligas Europeas contra el cáncer (ECL) que considera que *“los aspectos médicos y psicosociales tienen la misma importancia para el paciente de cáncer. Los pacientes oncológicos, allegados y sus familiares necesitan asesoramiento, apoyo y cuidados especiales durante y después del tratamiento”*.

5.- JUSTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

La evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología (psicooncología) avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a éstos, en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia, así como en la prevención del *síndrome de desgaste profesional* en el personal sanitario (1-15).

El psicólogo lleva a cabo estos objetivos en el ejercicio de las siguientes **funciones**:

- a) Funciones asistenciales dirigidas a la atención psicooncológica del paciente con cáncer y su familia, así como a los miembros del personal sanitario que lo requieran. La atención psicológica debería estar disponible para los enfermos de todas las edades (niños, adolescentes, adultos y ancianos) y durante todo el proceso de enfermedad, desde los primeros síntomas hasta la supervivencia o situación terminal.
- b) Funciones docentes dirigidas a:
 - 1.- Profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras).
 - 2.- Profesionales médicos y de enfermería (p.e. formación específica en técnicas de comunicación, prevención del *burnout*, detección de depresión en enfermos oncológicos, etc...) así como técnicos, trabajadores sociales, etc... que colaboren en el cuidado del enfermo.
 - 3.- Formación de voluntarios interesados en trabajar con enfermos con cáncer y familias.

- c) Funciones de investigación encaminadas a facilitar el avance del campo y a mejorar la actividad preventiva y asistencial.
- d) Funciones de prevención: el psicólogo debe proporcionar recursos teóricos y técnicos al ciudadano para evitar factores de riesgo (tabaquismo...), fomentar hábitos saludables, favorecer la detección precoz del cáncer, y el asesoramiento genético, a través de programas de educación para la salud y de modificación de conducta.

6.- ATENCIÓN INCOMPLETA EN LA REALIDAD ASISTENCIAL:

Sin embargo la realidad asistencial evidencia una situación muy diferente:

- Los recursos públicos dedicados a programas de Psicooncología en España son prácticamente inexistentes.
- Existen pocos psicólogos especializados en Psicooncología trabajando en hospitales y centros de salud, a pesar de que cada día hay un número creciente de profesionales especializados en este campo de la psicología clínica.
- Los pocos que existen cuentan con unas condiciones laborales precarias y con poco apoyo institucional para poder desarrollar adecuadamente sus actividades profesionales.

7.- RESUMEN DE LAS EVIDENCIAS A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

La investigación clínica ha demostrado que las intervenciones psicológicas favorecen la calidad de vida y teniendo en cuenta que la calidad de vida puede predecir la supervivencia del cáncer ⁽¹⁶⁻²³⁾ *¿por qué no facilitar la inclusión de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del cáncer?* Cuando además se ha demostrado que éstas proporcionan un considerable ahorro a largo plazo de los costes del sobrecargado sistema de salud ⁽²⁴⁾ pudiendo evitar el alargamiento de la estancia hospitalaria.

8.- NECESIDAD URGENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL CON INCLUSIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR:

Para ofrecer un cuidado integral óptimo al enfermo con cáncer y a su familia sería necesario que se facilitara el acceso a atención psicológica *especializada* a todos los enfermos de cáncer y familiares en Centros de atención primaria, Centros de salud mental, Centros hospitalarios, Unidades de atención domiciliaria y Centros y consultas privadas.

Para ello se necesitaría:

1. Una mayor dotación de profesionales de la salud mental especializados en Psicooncología, tanto en atención primaria como en atención especializada.
2. Reforzar los servicios ya existentes de Psicooncología.

Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer.

Grupo Madrileño de Psicooncología. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Octubre 2003

3. Informar a la población general y a la población oncológica acerca de las funciones de la Psicooncología y de los beneficios de participar en los programas psicooncológicos disponibles, ya sea a nivel terapéutico o preventivo.
4. Favorecer el desarrollo de programas de formación del personal sanitario que trabaja con el enfermo con cáncer, en aspectos psicológicos básicos que permitan optimizar el cuidado del enfermo y de la familia a la vez que se entrena a dichos miembros del personal sanitario a prevenir e identificar el *burnout* y a desarrollar habilidades básicas de comunicación con el enfermo y familia y de manejo de situaciones difíciles con ellos.

Por todo lo anteriormente expuesto y conscientes de los beneficios que la Psicología como disciplina científica puede aportar al ámbito de la Oncología, instamos a las autoridades competentes y a todas aquellas personas vinculadas al plan integral de cáncer a que incluya al psicólogo como profesional integrante del equipo de atención oncológica.

En Madrid, octubre de 2003

Grupo Madrileño de Psicooncología. Colegio oficial de Psicólogos de Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devine S, Cook P. Clinical and cost-saving effects of psychoeducational intervention with surgical patients: a metaanalysis. *Res. Nurs. Health* 1986; 9:89-105.
2. Fawzy F. Psychosocial Interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur. J. Cancer*. 1999; 35: 1559-64.
3. Holland JC, editors. *Handbook of Psycho-oncology: Psychological Care of the patient with cancer* Oxford: University Press, 1998.
4. Jacobsen P, Holland JC. Psychological Reactions to cancer surgery. En: Holland JC editor. *Handbook of Psychology: Psychological Care of the patient with cancer*. Oxford: University Press; 1998; p. 35-47.
5. Kash KM, Holland JC, Beitbart W, Erensnosn S. Stress and burnout in oncology. *Oncology* 2000; 14 (11): 1621-37.
6. León C, Farrús B, Roviroso A, Verger E, Casas F, Biete A. Terapia cognitiva y técnicas de relajación y visualización en pacientes con cáncer en tratamiento con radioterapia. *Oncología* 1999;22 (8):363-69.
7. Leubbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-relate symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001;10: 490-502.
8. Maccormack T, Simonian J, Lim J, Remond L, Roets D, Dunn S, Butow P. Someone who cares: a qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy. *Psycho Oncology* 2001; 10:52-65.
9. Lyckholm L. Dealing with stress, burnout and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncology* 2001; 2:750-755.
10. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments. *Health Psychology* 1995; 14 (2): 101-108.
11. Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J. Clin Oncol* 1990; 8: 356-64.
12. Schmitt C, Wooldridge J. Psychological preparation of surgical patients. *Nurs. Res* 1973 22:108-16.
13. Walker LG, Ratcliffe MA, Dawson A. Relaxation and hypnotherapy: long term effects on the survival of patients with lymphoma. *Psychooncology* 2000; 9: 355-64.
14. Wells A, Howard C, Nowlin K, Vargas P. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a shell modulation procedure. *J.Consult.clin. psychol* 1986; 54:831-35.
15. Whippen L, Canellos C. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncolosist. *J Clin Oncol* 1991; 9:1916-20.
16. Buccheri GF, Ferrigno D, Tamburini M, Brunelli C. The patient's perception of his own quality of life might have an adjunctive prognostic significance in lung cancer. *Lung Cancer* 1995; 12 (1-2):45-58.
17. Degner LF, Sloan JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *J Pain and Symptom Manage* 1995; 10 (6): 423-31.
18. Ganz PA, Kee JJ, Siau J. Quality of life assesment: an independient prognosis variable for survival in lung cancer. *Cancer*1991; 67 (3): 131-35.
19. Greer S, Moorey S, Baruch JDR. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J* 1992; 304: 675-80.
20. Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC. Effects of the psychosocial treatment on survival of patients with metastasic breast cancer. *The Lancet*. 1989; 2: 888-91.

21. Stanley K. Prognostic factors for survival in patients with inoperable lung cancer. J Natl. Cancer Ins 1980; 65:25-32.
22. Tamburini M, Brunelli C, Rosso S y Ventafridda V. Prognostic value of quality of life scores in terminal cancer patients. J Pain Symptom Manage 1996; 11(1): 32-41.
23. Dreher H. The scientific and moral imperative for Broad-based Psychosocial Interventions for Cancer. J Mind- Body Health 1997; 13 (3): 38-49.
24. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes 2003; 17:8-22.

SE ADJUNTA DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

