

LA DEPRESION EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Universidad De La Sabana

Manuela Reyes Díaz

Chía, Enero De 2006

Resumen

El cáncer es hoy en día una enfermedad que causa mucho daño tanto a nivel físico como psicológico y social y esta asociada la mayoría de las veces a muerte. Debido al gran avance de las ciencias en los años 60 surge una interacción entre la oncología y la psicología, dando origen a la psico-oncología. El objetivo de la psico-oncología es la de darle un mejor tratamiento tanto a los pacientes con cáncer como a sus familiares teniendo en cuenta tanto la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos, información e intervención psicológica a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Sin embargo surgen trastornos mentales que afectan a pacientes, familiares e incluso al cuerpo médico y que deben ser tratados por un psicólogo. Uno de los más frecuentes es la depresión. Este trastorno tiene un gran impacto a nivel emocional y puede tener connotaciones muy negativas en el paciente oncológico, por esta razón se trata con terapia psicológica y en algunos casos con terapia farmacológica la cual ha mostrado muy buenos resultados. Muy relevante es también la familia y la información que se suministra en estos casos y por esto el psico-oncólogo y el médico deben trabajar conjuntamente con el fin de brindar el mejor apoyo al paciente y sus familiares.

Palabras Clave: Cáncer, psico-oncología, depresión, intervención psicológica, familia, fase terminal, cuidados paliativos, calidad de vida.

Abstract

Cancer is an illness that has negative effects in many aspects like physical, psychological and social and it is related to death. During the 60's appear the psycho oncology because the interaction between psychology and oncology. The aim of psychooncology is to give patients and family a better treatment having in mind prevention, promotion, diagnosis, treatment, palliative care, information and psychological intervention during the process of the disease. However appears mental disorders that involve such as patients, family and also specialists that must be treat by a psychologist. One of the most frequent is depression. Depression has a great impact in an emotional standard and may has negative effects on oncology patients. For this reason patients may be treat with psychological therapy and pharmacology therapy that seems like a good option. Very important is also the family and the information, that is why the psychooncology and the doctor must work together to improve and give the better support to family and patients.

Key Words: Cancer, psychooncology, depression, psychological intervention, family, terminal stage, palliative care, quality life.

LA DEPRESION EN PACIENTES ONCOLOGICOS

El Cáncer

Las enfermedades de mayor impacto en nuestra sociedad son el cáncer, los problemas cardiovasculares y el SIDA. (Kleinman, 1988). El cáncer en la actualidad es una de las enfermedades mas temidas por el hombre. Es una enfermedad que afecta a una de cada tres personas (Sanz & Modolell, 2004). Esta enfermedad esta asociada a muerte, daño, sufrimiento, síntomas amenazadores, tratamientos agresivos y prolongados en el tiempo e incluso desfiguración en algunas ocasiones. Aunque se sabe mucho sobre el cáncer hoy en día, debido a los avances de la ciencia, sigue siendo un tabú y faltan muchos interrogantes por resolver. (Woodburn, 1964 Bruera, 2003 Franco, 2002).

La característica fundamental de la célula cancerosa es la perdida de la capacidad de controlar su crecimiento y división. Las células malignas se dividen cuando y donde no deberían hacerlo, siendo el resultado de su proliferación desorganizada la formación de un tumor. (Santos & Villanueva, 1986).

El cáncer tiene como característica común la alteración y el crecimiento incontrolado de células, tejidos y órganos en los cuales se originan, sin embargo se pueden clasificar en cuatro tipos: carcinomas que afectan la piel, el aparato digestivo y respiratorio; los linfomas que son los canceres del sistema linfático; los sarcomas que involucran tejido muscular, óseo o conectivo y las leucemias relacionados con la sangre. (Cruzado y Olivares, 2000 Bruera, 2003b & Franco, 2002).

Según El Instituto Nacional de Cancerología (1995): Una vez se establece el diagnostico de la enfermedad neoplásica maligna es importante determinar su extensión anatómica o estadio de la enfermedad. Este esta basado en la historia natural, su diseminación, el significado y la importancia de los parámetros utilizados como factores pronósticos y su valor en la escogencia de los diferentes sistemas de tratamiento. (p.12)

Así mismo existe una clasificación que indica el avance de la enfermedad dividida en estadios que van desde el estadio I al estadio IV siendo este el más grave y de peor pronóstico. Debido a los tratamientos disponibles hoy en día, los pacientes diagnosticados con cáncer, dependiendo del tipo de cáncer y de un diagnóstico a tiempo, se logran recuperar hasta un 50%. (Cruzado y Olivares, 2000).

La mayoría de las enfermedades de tipo degenerativo están relacionadas con la edad avanzada, sobre todo con respecto a la frecuencia y a la severidad de la misma. Se realizó un estudio y se encontró que un 80% de los cánceres ocurren o aparecen después de los cincuenta años de edad. (Macieira-Coelho & Nordenskjold, 1990). Es importante que después de esta edad las personas se hagan chequeos médicos para detectar cualquier anomalía.

Hay algunos tipos de cáncer que si son detectados a tiempo se pueden curar como: el de mama, de útero, de boca y de piel. (World Health Organization [WHO], 1993). En la actualidad se le atribuye al cáncer una décima parte de las muertes en el mundo. En los países desarrollados es la segunda causa de muerte y ha crecido tanto que estos trabajan conjuntamente para lograr disminuir el índice de mortalidad por esta enfermedad creando por ejemplo el “National Cancer Control Program” que ha requerido de dos décadas de la implementación del conocimiento sobre el cáncer. Cuenta con actividades como prevención primaria, diagnóstico temprano y tratamiento y cuidados paliativos. (WHO, 1993).

Psico-oncología

En las últimas dos décadas ha habido un gran interés en temas relacionados con el cáncer, principalmente para lograr un óptimo nivel en calidad de vida y atención al paciente enfermo o diagnosticado. (Holland, J. 2001 (*Obtenido en Octubre 2005, de* <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000029&ocurrencia=1>)).

Esto llevó a la constitución de una disciplina llamada psico-oncología. (DeVita, Hellman, & Rosenberg, 2005).

Las diferentes necesidades clínicas y preventivas que llevaron al desarrollo de esta área de la psicología se pueden resumir en las siguientes: la relevancia social y sanitaria, los acontecimientos estresantes y dolorosos que padecen tanto el paciente como sus familiares, la atención en cuidados paliativos, la necesidad de que el paciente tenga información y participe en las decisiones terapéuticas, el mejoramiento en competencias y habilidades de los profesionales con el fin de mejorar la comunicación con el enfermo y el manejo de situaciones estresantes, el adecuado afrontamiento de estrés profesional y burnout y por último la importancia del nivel de prevención, la promoción y la educación en salud. (Holland, 1992)

Para Holland (1992): “la Psico-oncología es una subespecialidad de la oncología que atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de los familiares y del personal sanitario que las atiende y del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad del cáncer” (P. 1-13).

Sin embargo Cruzado (2004) argumenta algunas limitaciones en esta definición, ya que considera que: no es una especialidad sino más bien un campo interdisciplinar en el que interactúan psicólogos, oncólogos y otros profesionales de la salud, por otra parte la atención no solamente está en los problemas emocionales sino también comportamentales y aspectos cognitivos que son objeto de intervención y finalmente la no inclusión de la prevención dentro de la definición.

Por otro lado (Greer en Cruzado 2004) también le da una definición a la psico-oncología como la disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico.

Cruzado (2004) definió la Psico-oncología así: como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

Áreas y Disciplinas Relacionadas Con La Psico-oncología

Navarro (2004) afirma que: La Psico-oncología no es solo una posibilidad de tratamiento de apoyo que se utiliza en casos determinados, sino un área de conocimiento que interviene en todo el proceso asistencial contribuyendo al diseño de los mismos e integrándose de forma decisiva en la toma de decisiones desde el primer momento asistencial.

Dentro de las áreas de la Psico-oncología esta la de la asistencia clínica tanto al paciente con cáncer como a sus familiares con el objetivo de mejorar su calidad de vida y adaptación frente a la situación; la docencia, es decir las habilidades de comunicación y el manejo de situaciones estresantes; la prevención para una adecuada educación en salud y apoyo y por ultimo la investigación en cuanto a aspectos sociales y comportamentales presentes en los casos de cáncer. (Cruzado, 2004).

En cuanto a las disciplinas relacionadas con la Psico-oncología están las siguientes: la bioética, el consejo genético oncológico, el counseling, los cuidados paliativos, la hematooncología, la medicina conductual,, la oncología medica, la oncología quirúrgica, la oncología radioterapica, la psicología clínica y de la salud y la psiconeroimmunologia. (Cruzado, 2004).

Según Navarro (2004): La enfermedad oncológica, por sus específicas características, necesita no solo un abordaje biológico de la misma, mediante el mejor arsenal terapéutico posible, sino la consideración holística del hombre. En este ámbito, solo mediante un abordaje integral mediante el trabajo en equipo en el que se encuentren incluidos las perspectivas psicológicas puede asegurarnos un alto nivel de éxitos.

Trastornos Psicológicos Frecuentes En El Paciente Oncológico

Las investigaciones arrojan que el 51% de las personas diagnosticadas con cáncer, presentan alguna alteración mental. Sin embargo se han encontrado una serie de factores de riesgo principales como el estado avanzado de la enfermedad, los

síntomas físicos y dolorosos, el tipo de cáncer y su localización, los factores relacionados con el tratamiento, los antecedentes psiquiátricos y los factores de tipo social como el apoyo y las experiencias vividas a lo largo de la vida. (Rodríguez, Ortiz & Palao, 2004).

Trastornos de Ansiedad: es el más frecuente en pacientes con cáncer. Los síntomas más frecuentes son nerviosismo, temblor, palpitaciones, diarrea, entumecimiento de miembros inferiores, sensación de muerte inminente y fobias entre otros. La ansiedad se asocia frecuentemente con problemas médicos como dolor, alteraciones metabólicas, fármacos y abstinencia. (Rodríguez, Ortiz & Palao, 2004)

La ansiedad por ejemplo es una respuesta emocional que prepara a las personas para actuar y reaccionar ante situaciones desconocidas y adversas. Es una reacción adaptativa que nos permite dar una respuesta adecuada. (Mate, Hollestein & Gil, 2004) Sin embargo la ansiedad aun cuando permite adaptarse y darle solución a determinados problemas, también puede estar en la base de algunas enfermedades ya que se ve comprometido el bienestar psicológico de las personas al mantenerse por un tiempo prolongado un nivel de activación generado por la ansiedad que puede sentir una persona al enterarse de un diagnóstico de cáncer. (Cano, Mate, Hollestein & Gil, 2004).

Así mismo dice Cano (2004): Hoy sabemos que la ansiedad juega un papel importante en muchos problemas de salud. La excesiva frecuencia, intensidad o duración de las reacciones de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, los trastornos mentales con mayor prevalencia en todo el mundo, sino que va a estar asociada frecuentemente a los trastornos del estado de ánimo o depresivos.

En un estudio sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que pueden tener los pacientes oncológicos ante el diagnóstico, (Moorey y Greer, 1989 en Cruzado, 2000) distinguieron cinco tipos que pueden ser evaluadas mediante entrevista y por medio de la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) y son los siguientes: espíritu de lucha; negación; fatalismo, estoicismo o aceptación pasiva;

indefensión y desesperanza; y preocupación ansiosa. Estos van a determinar la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el pronóstico de adaptación del paciente. Hay que tener en cuenta que las estrategias de cada individuo son como una respuesta de autoprotección para poder adaptarse a una nueva situación, como por ejemplo la negación en un principio es una herramienta muy eficaz para protegerse del sufrimiento.

Estas estrategias van a estar determinadas por la personalidad del paciente, los modelos de crianza, una historia de cáncer personal, y a su vez por eventos estresantes experimentados. Los objetivos más importantes a tener en cuenta son el de facilitar un proceso de adaptación, una promoción en el compromiso a los tratamientos, velar por una estabilidad emocional y facilitar el cambio de estrategias si definitivamente la utilizada no está dando óptimos o adecuados resultados. (Cruzado, 2000)

Delirium y Trastorno por Déficit Cognitivo: es el segundo en frecuencia. Lo más frecuente es que sea de origen multifactorial. Por una parte por causas relacionadas indirectamente con la enfermedad como por ejemplo alguna falla en un órgano como el hígado y los pulmones o por alteraciones hidroelectrolíticas, o por otro lado por el efecto de los fármacos como los son los hipnóticos, los analgésicos opiáceos, los compuestos esteroideos y los agentes quimioterapéuticos. (Rodríguez, Ortiz & Palao, 2004).

Otro trastorno de gran importancia por sus características y complejidad del cual se hará referencia más adelante es el depresivo ya que se presenta con mucha frecuencia y el cual es altamente incapacitante.

Depresión: cuando el ánimo del paciente se acompaña de sentimientos de desesperanza, abatimiento, culpa e ideas suicidas. La incidencia es de alrededor del 25%. Los síntomas físicos como el insomnio, la anorexia, la fatiga y la pérdida de peso, se confunden fácilmente con los síntomas propios del cáncer. (Rodríguez, Ortiz & Palao, 2004).

Suicidio e Ideación Autolítica: los profesionales temen un poco tratar este tema con sus pacientes por creer que de alguna manera se le este sugiriendo al paciente la toma de decisión en cuanto al suicidio; sin embargo en muchos pacientes se siente el alivio al poder expresar emociones y sentimientos acerca del suicidio con el profesional. Los factores de riesgo son la enfermedad avanzada, la morbilidad psiquiátrica, el dolor incontrolado, la pérdida de control, la fatiga y la ideación autolítica e intentos previos. (Rodríguez, Ortiz & Palao, 2004).

La Depresión en el Paciente Oncológico

Los pacientes oncológicos son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento. “En los pacientes con cáncer avanzado los trastornos depresivos oscilan entre el 25% al 40%, e incluso hasta el 85% en las fases terminales”. (Cruzado & Olivares, 2000).

El trastorno depresivo es uno de los más frecuentes en pacientes que sufren de cáncer. Este trastorno está tipificado en el DSM IV dentro de los trastornos del estado de ánimo y requiere de las siguientes características para ser diagnosticado: a) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, b) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, c) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito, d) insomnio o hipersomnia casi cada día, e) agitación o enlentecimiento psicomotores, f) fatiga o pérdida de energía, g) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, h) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, i) pensamientos recurrentes de muerte. (Sue, Sue & Sue, 1996, DSM IV)

Otros criterios para tener en cuenta son que los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de actividades importantes para la persona, que dichos síntomas no sean producto o causa de una enfermedad o ingesta de drogas o medicamentos y que la persona no esté atravesando por un duelo. (DSM-IV-R, Mendels, 1977)

Barreto & Soler (2004): “La depresión del mismo modo que la ansiedad, puede ser una reacción adaptativa a la situación o puede ser severa debido, entre otras causas a la historia previa de trastorno afectivo, la larga duración del estado o a la administración de narcóticos durante largos periodos de tiempo” (p.142).

En las últimas décadas se realizaron muchos estudios acerca de la presencia de trastornos mentales en los pacientes con cáncer, sin embargo sigue siendo complicado el diagnóstico diferencial sobre todo en trastornos de ansiedad y depresión debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que causan ese malestar emocional y que requiere de una intervención psicológica y psiquiátrica. “El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos” (Mate, Hollestein & Gil, 2004).

Es menester del psicooncólogo tanto el conocimiento como la utilización de herramientas para diferenciar los trastornos mentales de los psicopatológicos debidos a la enfermedad médica.

Mate, Hollestein & Gil (2004): “El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas” (p.223).

Un paciente puede sentirse triste y es lo esperado en una situación como estas, pero cuando lo que está presentando son síntomas depresivos, se requiere de una intervención inmediata. (Kubler-Ross, 1997). “La incidencia de depresión en los pacientes con cáncer es aproximadamente de un 25% pero se incrementa cuando aumenta la discapacidad, avanza la enfermedad o aparece el dolor” (Vega, 2004)

La atención psicológica prestada tanto al paciente como a sus familiares es un aspecto fundamental tanto para prevenir como para mejorar la adaptación al proceso. (Flach & Draghi, 1975). Mate, Hollestein & Gil (2004): “La relación médico-paciente es el elemento a considerar más importante en la atención a

pacientes con cáncer” (p.225). Así el objetivo de los psicooncólogos es la de optimizar al máximo dicha relación y lograr responder a las necesidades del paciente de manera global.

Vega (2004) afirma a propósito del tema: “El tratamiento adecuado de la depresión en pacientes oncológicos requiere la combinación de psicoterapia y fármacos antidepresivos” (p.270). En cuanto a la psicoterapia esta se puede hacer de manera tanto individual como grupal, pero se deben cumplir algunos aspectos importantes como son la mejora de autoestima, la adaptación a la enfermedad, la disminución de aspectos negativos como la depresión, una técnica para la resolución de problemas y la transmisión y expresión de emociones. (Vega, 2004).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los psicofármacos que se utilizan son los inhibidores de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos y los psicoestimulantes. (Mendels, 1970) Los ISRS son los antidepresivos de primera elección debido a la baja sedación que producen y a los pocos efectos autonómicos secundarios; los psicoestimulantes como la dextroanfetamina y metilfenidato, se usan en el paciente neoplásico para disminuir la fatiga, aumentar el sentido de bienestar y estimular el apetito. (Mate, Hollestein & Gil, 2004 Asociación Médica Argentina, 2004).

También existen medidas no farmacológicas como la terapia cognitiva, la conductual, la psicoterapia de orientación dinámica, la psicoterapia interpersonal, la terapia psicológica coadyuvante, la psicoterapia existencial, la psicoterapia grupal de apoyo expresiva y las técnicas tales como la hipnoterapia, psicoeducación, relajación y biofeedback. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Mate, Hollestein & Gil, (2004): “La depresión clínica en pacientes con cáncer se maneja de manera óptima con la combinación de psicoterapia de soporte, técnicas cognitivo-conductuales y medicación antidepresiva” (p.225).

La terapia psicológica puede ser a la larga más beneficiosa que una quimioterapia, pues el paciente puede aprender de su propia experiencia psicoterapéutica. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las

falsas creencias que están por debajo de la cognición. Así la terapia cognitiva tiene una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales con el objetivo de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) “Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos mas graves, no solo para modificar la conducta, sino también para elicitación cogniciones asociadas a conductas específicas”. (p. 14)

Relación Entre Depresión y Fumar

Desde hace tres décadas se ha encontrado la relación estrecha que hay entre el fumar y una cantidad de enfermedades entre ellas el cáncer. Becoña & Miguez (2004): “Sin embargo, en los últimos años, también se ha encontrado una importante relación entre el consumo del tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo” (p.99). En 1997 se comercializa el bupropion, el primer antidepresivo para tratar específicamente a los fumadores.

También puede suceder que algunos fumadores que dejan el cigarrillo caen en un cuadro depresivo pues aparece como uno de los síndromes de abstinencia de la nicotina y con mucha frecuencia se confunde con el síntoma del trastorno; la nicotina cumple una función antidepresiva. Algunos estudio indican que la nicotina actúa como un antidepresivo natural en los pacientes depresivos, aun cuando desde una perspectiva clínica no sería recomendable debido a los daños que causa en la salud. (Becoña & Miguez, 2004).

Otra teoría plantea que la nicotina alivia algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor por su acción sobre el sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico. Becoña & Miguez (2004): “A pesar de que la nicotina no modifica la respuesta a este fármaco, el sistema de refuerzo cerebral puede ser disfuncional en los sujetos con trastorno depresivo mayor, sean o no fumadores, y que la severidad de la depresión esta significativamente correlacionada con el incremento de los efectos subjetivos reforzantes de la d-anfetamina” (p.101).

También se ha encontrado una clara relación entre fumar y el trastorno bipolar y que va en la línea de encontrar en los pacientes psiquiátricos el doble de dependencia de la nicotina que la que presenta la población general. Otro aspecto muy preocupante es la relación que existe entre fumar y la depresión en adolescentes. Existe la evidencia de una relación bidireccional en el sentido que la depresión es un factor de riesgo para comenzar a fumar y lo contrario, esto quiere decir que existe una vulnerabilidad que es común a ambos trastornos. Sin embargo hoy todavía no se ha encontrado la relación entre fumar y la depresión, solamente sabemos de factores de riesgo como son la edad, el género y el estado de ánimo por citar algunos. (Becoña & Miguez, 2004).

A manera de conclusión Becoña & Miguez (2004) afirman lo siguiente: “La asociación entre fumar y los distintos trastornos psicopatológicos abre una nueva área de trabajo y de dificultades para el tratamiento. A estos fumadores les resulta más difícil dejar de fumar y se obtienen niveles de abstinencia más bajos que con fumadores que no presentan psicopatología asociada”. (p.108).

Información Al Paciente Oncológico

Un aspecto fundamental dentro de la intervención psicológica es la información suministrada al paciente de cáncer acerca de su diagnóstico, pronóstico y posterior tratamiento. En la información que se le da al paciente se debe tener en cuenta el contenido que se va a comunicar, quien debe dar esa información, cuando, como y a quien se le debe dar. Vale la pena decir que la información debe ser veraz y realista, teniendo en cuenta la condición y estado del paciente. (Cruzado & Olivares, 2000).

En cuanto al contenido es muy importante el diagnóstico y sus características, los procedimientos, las razones y los efectos tanto beneficiosos como colaterales. Con respecto a quien se debe informar, los interesados son el paciente directamente y sus familiares. El que informa debe ser el profesional, más exactamente el médico quien es el conocedor de la enfermedad y los aspectos psico-sociales deben ser comunicados por el psicólogo. Se debe tener en cuenta que la información debe darse de manera secuencial de tal forma que el paciente pueda asimilar lo que le esta

ocurriendo y por ultimo el cómo se debe informar va a depender del estilo de afrontamiento de cada paciente. (Cruzado & Olivares, 2000)

Para (Cruzado & Olivares 2000): “Las estrategias básicas consisten en mostrar empatía, evaluar en cada momento la información que el paciente puede asimilar y esta preparado para escuchar, así como su atención y comprensión de lo que se va diciendo, ir haciendo preguntas para asegurarnos del adecuado seguimiento de la información, escuchar al paciente, permitir y facilitar que el enfermo y sus familiares expresen sus preocupaciones y emociones, rectificar errores conceptuales o de comprensión y graduar la información negativa que se le proporciona” (p.362).

Sin embargo se le debe aclarar al paciente y a su familia que este es un proceso de adaptación a la enfermedad en el cual el equipo interdisciplinario esta para apoyarlos de manera constante y permanente. Otro aspecto importante es el lenguaje no verbal que se maneja, sobre todo la postura, la expresión facial y el contacto visual. La información suministrada en un primer momento puede causar ansiedad, pero a largo plazo estos pacientes y familiares logran una mejor adaptación al proceso. (Cruzado & Olivares, 2000).

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el individuo esta inmerso en una sociedad la cual ejerce una influencia directa o indirecta en cada una de las personas y la presencia de una enfermedad va a estar determinada por una cultura especifica. (Foster, Anderson, 1978). Las personas reaccionan de acuerdo al significado del síntoma el cual no se da de manera individual sino que es un constructo que se comparte con un grupo de personas y adquiere un significado especial para cada cultura en particular. (Freund & McGuire, 1999).

Kleinman afirma con respecto a lo anterior (1997) que no importa tanto la causa y la enfermedad en si mismas sino mas bien la reacción social, cultural y psicológica frente a esta. Y concluye argumentando que la enfermedad siempre será un constructo cultural. La cultura incluso puede afectar los procesos psicológicos y fisiológicos en el momento de padecer una enfermedad.

Intervención Psicológica En Pacientes Oncológicos

La intervención psicológica cobra gran importancia en los pacientes oncológicos ya que se encuentran en un proceso desconocido y en la mayoría de los casos no se tiene conocimiento alguno acerca de la enfermedad ni de las herramientas necesarias para sobrellevar este momento.

García-Conde & García-Conde (2004) “El paciente con cáncer es ante todo una persona debilitada por su enfermedad y por la incertidumbre de su proyecto vital” (p.149). La atención clínica más compleja es sin lugar a dudas la que se tiene con los pacientes con cáncer, pues requiere de un profundo conocimiento científico y una personalización individualizada y humana a lo largo de todo un proceso. Para lograr humanizar el proceso es necesario hacer uso de la libertad del paciente. Este proceso de humanización atraviesa por varias etapas en la medida que avanza la enfermedad y en este intento el objetivo es que se alcancen los fines y objetivos que se plantean entre el médico y el enfermo. (García-Conde & García-Conde, 2004).

El objetivo principal del psicólogo es el de mejorar la calidad de vida y la adaptación a las nuevas situaciones tanto del paciente como de sus familiares y personas más cercanas. A su vez, la intervención psicológica debe hacerse de manera integral trabajando interdisciplinariamente. (Barreto & Soler, 2004).

Los objetivos específicos se pueden dividir en dos: por un lado teniendo en cuenta las necesidades más frecuentes en esa etapa de la vida y por otro lado una atención dirigida a alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión entre otras. (Barreto & Soler, 2004).

En el primero de los casos es preciso el counseling el cual facilita la expresión de necesidades, también las intervenciones psicoeducativas, las técnicas de reestructuración cognitiva y de modificación de conducta. Para la ansiedad se utiliza la relajación inducida mediante verbalizaciones de sugestión y la hipnosis, también se puede proporcionar información con el fin de cambiar ideas irracionales. En el caso de la depresión, la intervención debe incluir una evaluación muy cuidadosa del componente funcional para así detectar componentes cognitivos y conductuales. Una

de las cosas mas importantes en estos casos es buscar el apoyo de las familias ya que son un soporte incondicional y afectivamente relevante para el paciente y su recuperación. (Barreto & Soler, 2004).

Para (Cruzado & Olivares, 2000) “el estilo de afrontamiento y el nivel de adaptación del paciente depende de ciertos factores, tales como: el grado de patología a nivel clínico, de los efectos de los tratamientos, del nivel y el modo de información que reciba, del apoyo social y recursos ambientales y de las competencias del paciente frente al estrés y por supuesto de la disponibilidad de tratamiento psicológico” (p. 355-356).

Cruzado & Olivares, (2000) proponen a su vez unas líneas de intervención psicológica a saber: a) intervenciones preventivas cuyo objetivo es la adquisición de conductas adecuadas de salud y la eliminación de hábitos de riesgo, b) información adecuada al paciente para lograr adherencia y confianza al tratamiento y la adaptación del paciente, c) la preparación para la hospitalización y los tratamientos cuyo objetivo es controlar las reacciones emocionales, d) tratamiento para prevenir respuestas emocionales desadaptativas y trastornos psicopatológicos con el objetivo de reducir ansiedad, lograr un sentido de control personal y participación activa, e) tratamientos asociados a la patología del cáncer, en el cual las áreas de mayor aplicación son el control de reacciones condicionadas, el afrontamiento del trasplante de medula ósea, el dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos, dolor crónico producto de la patología del cáncer, anorexia, problemas sexuales y adaptación a amputaciones, f) intervención en la fase terminal que se refiere a el mantenimiento de la calidad de vida y asegurarle al paciente una muerte digna, g) selección y entrenamiento del personal voluntario que sirve de apoyo social y ayuda a las intervenciones medicas y psicológicas y h) entrenamiento en afrontamiento del estrés para personal medico y de enfermería.

La Familia

La enfermedad de cáncer no solamente afecta al paciente oncológico sino a sus familiares, amigos y cuidadores. (Figley, Bride & Mazza, 1997). Desde hace dos décadas aproximadamente se estudio el efecto que tiene la enfermedad en las

personas cercanas al paciente y se encontró que se pueden incluso afectar en mayor medida que el mismo paciente. Es muy probable que estas personas se cuestionen sobre la probabilidad de padecer la enfermedad, bien sea por factores genéticos o de conducta como compartir el mismo ambiente o tener los mismos hábitos como pueden ser el consumo de alcohol o tabaco. (Soto, Planes & Gras, 2004).

Las alteraciones emocionales que sufren los familiares y amigos pueden producir tanto cambios positivos como negativos ya que las estrategias de afrontamiento al estrés son muy variadas y dependen de las herramientas de cada persona y del rol que desempeña dentro o fuera de la familia. Dichas reacciones emocionales pueden llegar a ser de gran importancia porque en algunas situaciones son de carácter adaptativo y de autoprotección. Primero que todo tienen un carácter subjetivo ya que dependen de la experiencia de cada individuo; en segundo lugar se relaciona con la expresión externa que puede ser percibida por los demás miembros de la familia debido a sus diversas manifestaciones como pueden ser la ira, el miedo etc. y en tercer lugar, los cambios fisiológicos que afectan al ser humano y lo preparan para la acción. (Soto, Planes & Gras, 2004).

Vega (2004) lo describe de la siguiente manera: “La intervención psicoterapéutica se entiende aquí desde una perspectiva ecológica que nos permite contemplar el proceso de afrontamiento de la muerte desde el lado del paciente, de los miembros de su familia y entorno significativo y del médico, enfermería y demás personal sanitario. Uno se muere para sí mismo pero también para los otros, sean estas personas significativas o meros testigos de su acto de morir”. (p.274).

Además como se menciono con anterioridad el trabajo interdisciplinario es fundamental para estos casos en particular ya que la salud es un fenómeno que trasciende lo meramente individual y biológico. Así como lo resume Muñoz (1993): “el profesional tiene que entrar a intervenir en el problema del manejo de situaciones que se alteran como son el manejo del hogar, el desempeño de roles, el colapso de la comunicación, el aislamiento de los miembros y la confusión personal” (p.57).

Una psicóloga que se refirió al apoyo psicológico ante la inminencia de muerte fue Fonnegra (1999) al decir que: “Se trata mas bien de la posibilidad de

construir entre dos – el enfermo y el psicólogo, o en su defecto la trabajadora social, el medico o la enfermera con entrenamiento en tanatología – un espacio de confianza, definitivamente terapéutico” (p.157). El objetivo según Fonnegra es romper con las barreras de la incomunicación y facilitarle al enfermo hablar y así depositar en otro los miedos, angustias, terror, sin la preocupación de dañar o empeorar las cosas. Fonnegra, (1999) “Esto genera un espacio favorable para la introspección, para la revisión del presente y del futuro y para la construcción de una actitud mas decidida a favor de adueñarse de su muerte y poderla vivir” (p.157).

Desafortunadamente no todos los pacientes con cáncer tiene la posibilidad y oportunidad de recibir apoyo psicológico a lo largo del proceso y sobre todo al final de sus vidas debido a innumerables causas como lo pueden ser de carácter económico, de falsas creencias, por tiempo, etc. Sin embargo se ha comprobado la importancia de esta ayuda profesional tanto para el paciente como para su familia pues les facilita mas el proceso de adaptación y posterior duelo por el fallecimiento del enfermo. Además no solamente es la ayuda del psicólogo sino de un equipo interdisciplinario donde el medico y el personal sanitario cumplen una función definitiva. (Fonnegra, 1999).

Fonnegra (1999): “También es cierto que muchos han muerto con el secreto anhelo de haber contado con compañía, terapéutica o no, y no la encontraron ni en su familia, que no comprendió la importancia de su necesidad, la desvalorizo y no le presto atención, ni en el personal medico y paramédico que los atendió en su enfermedad” (p.158).

Para la familia esto llega a ser un impacto muy grande y difícil de manejar y controlar pues se parte de que todo es desconocido para ellos y no cuentan con las herramientas necesarias ni adecuadas para enfrentar una situación como la de la enfermedad y posterior muerte de la persona. (Kubler-Ross, 1997). “ Ninguna familia que haya tenido que vivir una enfermedad fatal sale ilesa de la experiencia, pues debe enfrentar permanente y frecuentemente desgastantes exigencias y cambios” (p.159). Fonnegra (1999) hablo de cuatro tipos de problemas a los cuales las familias se ven sometidas, como la desorganización, la ansiedad, la fragilidad emocional y la tendencia a la introversión. Fonnegra (1999) “Una crisis familiar, en

cualquier etapa del ciclo vital en que se produzca, es una poderosa fuerza centrípeta que congrega a sus miembros” (p.163).

Los factores que afectan la reacción familiar a la enfermedad y la muerte son: en primer lugar, saber quien es y que papel desempeña en la familia, que representa para los demás miembros del grupo, en segundo lugar, la causa de la enfermedad que en este caso sería el cáncer y como muere también, pues eso varía de una persona a otra, en tercer lugar, las creencias y los valores que se tienen frente a la muerte, a su vez el funcionamiento familiar, que clase de vínculos tenían entre ellos, los recursos con los que cuentan, el momento en el que ocurre la pérdida de ese ser querido, pues dependerá del ciclo vital de cada persona y por supuesto del momento por el cual estén atravesando. (Fonnegra, 1999).

La Fase Terminal

“Si vis vitam, para mortem”

(Si quieres soportar la vida, prepara la muerte)

Freud en Aresca, L. (2004) *Cuidados Paliativos en el Final de la Vida*. en (<http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>)

El concepto de paciente terminal aparece cuando la ciencia racional, experimental de la modernidad, perturba la secuencia lógica de la vida: nacer, crecer, reproducirse y morir. La ciencia ha creado herramientas para evitar en lo posible que una persona muera y así prolongarle su existencia. Ateortua (1993) asegura que: “Si se discute hoy el tema del paciente terminal, algo que no tenía cabida hace poco tiempo, es porque tenemos medios para prolongar los signos vitales, no la vida que es algo muy distinto” (p. 6).

El objetivo en esta fase es la de procurar la mejor calidad de vida posible en el paciente y en los familiares que lo acompañan.

Para Barreto & Soler (2004): “La intervención debe contemplar sin duda la evaluación cuidadosa del componente funcional del cuadro, detectando los aspectos cognitivos y conductuales que están en la base del mismo. Es fundamental ofrecer

apoyo emocional manteniendo desde el counseling, actitudes empáticas y con dialogo abierto a la expresión de preocupaciones ya que desde estas actitudes se previenen o mitigan las reacciones depresivas” (p. 142).

La intervención psicológica en esta fase debe complementarse con el apoyo a las familias quienes son la fuente de afecto mas sincero e incondicional y son muy relevantes para el cuidado del paciente. Si llegase a existir riesgo de suicidio se debe evitar mediante un adecuado control ambiental y una intervención en crisis. Barreto & Soler (2004) “El soporte psicológico recomendado incluye el contacto continuo con una persona de apoyo que se relevante para el paciente, que le hable de forma tranquila y reconfortante, ayudándole a orientarse respecto a objetos y personas del entorno” (p.143).

En las intervenciones dirigidas a la familia se deben tener en cuenta las necesidades personales y las relaciones como por ejemplo la comunicación con el enfermo y las situaciones en crisis. También es de gran importancia el apoyo que se brinda tras la perdida del ser querido y seguidamente el acompañamiento durante el proceso de duelo. Barreto & Soler (2004) “La excelencia en el cuidado de la familia redundara en un claro beneficio para el paciente y también en la prevención de posibles dificultades o complicaciones en el desarrollo del duelo”. (p.144).

Según Barreto, Martínez y Pascual (1990) en Cruzado (2000): el papel del psicólogo puede resumirse entres puntos: a) fomentar los recursos del paciente; b) detectar necesidades psicológicas y problemas específicos del enfermo, del equipo terapéutico y c) dar apoyo emocional. Para conseguir estos objetivos ha de hacerse uso de técnicas cognitivo-conductuales, tales como adaptaciones de la APT o de la Inoculación de Estrés, así como de componentes de relajación e hipnosis, para controlar niveles de ansiedad y de técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas, tanto del paciente como de las personas de su entorno.

Son muchos los aspectos que se deben tener en cuenta al momento de iniciar un trabajo con un grupo familiar y el paciente en fase terminal. Se hace indispensable el concurso de varias disciplinas que aporten conocimientos y estrategias necesarias para lograr una calidad de vida. Molina (1993): “el hecho de morir es un evento de

gran magnitud en la vida del ser humano y acarrea un sin número de situaciones variables de persona a persona y según el tipo de familia comprometida” (p.26). El profesional debe tener muy en cuenta estas variables y formular a su vez muchas preguntas que pueden ser muy pertinentes, tales como: quien cuida al enfermo, con que recursos cuenta, si hay dolor o no, si hay o no temor a la muerte, que papel juega la religión, etc.

Vargas (1993): “El trabajo psicológico con pacientes en fase terminal parte de reconocer que surgen una serie de problemas y dificultades que tienen que ver no solo con la enfermedad y el dolor, sino fundamentalmente con la estructura psíquica del individuo que las padece” (p.38). La personalidad no solo esta formada por las primeras experiencias de la vida de cada individuo sino también de un desarrollo social y cultural particular. Desde esta perspectiva se habla del lenguaje psicológico como un factor relevante para el paciente terminal, ya que la psicología reconoce al individuo como un ser único y esto esta muy relacionado con un comportamiento subjetivo y específico a la hora de entablar una comunicación efectiva para tratar al paciente terminal. El lenguaje viene a ser el mediador de la relación terapéutica. (Vargas 1993).

Calidad De Vida y Cuidados Paliativos

A través de las ciencias sociales y la psicología surge en medicina el concepto de calidad de vida. Para Velásquez (1993): “como la capacidad de un individuo para participar y funcionar en las distintas actividades sociales e involucra también la gratificación que de ello pueda derivar” (p. 19).

La calidad de vida y los cuidados paliativos hacen parte fundamental a tener en cuenta en pacientes oncológicos y ha cobrado gran importancia en las últimas décadas permitiendo que los pacientes reciban una atención integral.

Aresca (2004) “La calidad de vida en el paciente oncológico, significa para la medicina paliativa, la parte central de su atención y esta presente cuando las esperanzas, planes o expectativas de los pacientes son satisfechos por su experiencia” (<http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>).

El objetivo para la medicina ha sido el de ayudar al paciente a vivir y a morir, sin embargo esta se ha centrado en tratar las enfermedades y curarlas, dejando a un lado a los enfermos por los cuales consideran seria un fracaso seguir prestándoles el apoyo necesario. Así pues en los años 60 aparece una nueva forma de hacer medicina denominada Cuidados Paliativos con el propósito de atender al enfermo y a su familia de manera integral procurándole así cuidados físicos, sociales, espirituales y psicológicos para lograr el mayor bienestar posible en esas condiciones. Para evaluar la calidad de vida es necesario tener en cuenta la funcionalidad tanto física como psíquica y social ya que son esferas en las cuales el paciente desea sentirse mejor y que se garanticen las necesidades básicas como mínimo. (Aresca, 2004 en (<http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>).

El termino calidad de vida es un concepto multidimensional ya que cubre aspectos tanto objetivos como subjetivos y que esta relacionada con la satisfacción vital pero sobre todo con la salud percibida y la capacidad de autonomía con que se cuenta.

Villamizar (1992): “La atención y cuidado que necesita un paciente con enfermedad en fase terminal es ante todo el alivio de su sufrimiento. Ello implica una mejoría en su calidad de vida y un respeto a su dignidad” (p.45).

Los cuidados paliativos están orientados al control de síntomas físicos como dolor, fatiga debilidad, problemas relacionados con el sueño y anorexia entre otros. Los cuidados paliativos han sido definidos también de la siguiente manera: como el conjunto de intervenciones medicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por mas tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un lapso corto de tiempo. (Aresca, 2004 en (<http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>).

Citando a la Organización Mundial de la Salud (1990):

“El tratamiento paliativo consiste en la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible”. (p.56).

Sin embargo todavía tenemos un sistema de salud que no nos permite gozar de ciertos privilegios. Velásquez (1993) a propósito del tema: “El modelo biomédico actual hace énfasis en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero desconoce aspectos psicosociales, que comprenden lo económico, lo emocional, lo espiritual, lo intelectual y las relaciones interpersonales, sociales y culturales” (p. 20).

A propósito de esto Villamizar (1992) se pregunta: ¿Por qué razón el sufrimiento ha sido relegado de la formación del médico y de otros profesionales del área de la salud? (p. 45). Villamizar (1992) “Es el ser humano quien, cuando sufre, sufre como un todo” (p.46).

Villamizar (1992) “El tratamiento integral y efectivo del paciente terminalmente enfermo implica que, para la medicina y el quehacer de los médicos, la consideración del sufrimiento es realmente relevante” (p.45).

Es de amplio conocimiento que el ejercicio del cuidado paliativo no es una tarea fácil en ningún momento, pues implica un proceso de una continua toma de decisiones donde debe hacerse un manejo ético de cada una de las situaciones y en cada decisión que se vaya a tomar. (Villamizar, 1992). La ética está presente en todo acto médico procurando por un lado el respeto a la vida y por otro el de no producir daño.

En los países llamados tercermundistas, todavía existe una carencia de una conciencia activa acerca de la necesidad en cuidados paliativos como un área de la atención en salud (Bejarano, 1992). Sin embargo en Colombia existen tres modelos diferentes de atención siendo estos: La Fundación Omega en Bogotá fundada en

1987, El programa de cuidados paliativos de la Fundación casa de recuperación La Viga en Cali y El programa de la Clínica de alivio de dolor y cuidado paliativo del Hospital San Vicente de Paul en Medellín. (Bejarano, 1992).

Por lo tanto y debido a las necesidades de la población en la cual estamos inmersos, valdría la pena desarrollar nuevos programas para la asistencia en pacientes terminales donde lo fundamental sea el de proporcionar una calidad de vida optima y por supuesto cuidados paliativos en pacientes terminales. Bejarano (1992), hace unas sugerencias específicas para el desarrollo de dichos programas, los cuales ofrecen un marco para la constitución de los mismos.

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo se abre un amplio panorama a nivel de conocimiento acerca de la psico-oncología como rama esencial en el manejo de pacientes con la enfermedad de cáncer por un lado, pero también acerca de las necesidades y carencias que hay en cuanto al tratamiento médico y psicológico en enfermos, como en sus familiares. La psico-oncología ofrece y permite a su vez, la intervención de la psicología como herramienta fundamental tanto a nivel físico, social, espiritual y emocional en personas que atraviesan por una enfermedad tan abrumadora como lo es el cáncer en la actualidad, pues aun cuando la medicina ha avanzado mucho con relación a este, se requiere de investigaciones y resultados que permitan un mayor entendimiento para obtener óptimos resultados en personas que lo padecen y así lograr en su totalidad la recuperación de las mismas.

También el psicólogo que apoya a pacientes oncológicos tiene una gran tarea en cuanto al manejo de trastornos mentales que se presentan a raíz de un diagnóstico de cáncer, entre los cuales se encuentra el trastorno depresivo, uno de los más frecuentes. Debido a las características de este, es muy importante su oportuna detección tanto como su posterior intervención durante el proceso y finalmente un seguimiento a las personas afectadas también por la enfermedad, que vienen siendo familiares y amigos más cercanos del paciente, los cuales también la pueden padecer. Los síntomas del tratamiento del cáncer muy fácilmente se confunden con los del trastorno, por esto es importante la información necesaria y suficiente y la experiencia del psicólogo para determinar su origen y por supuesto dar un diagnóstico acertado y así intervenir al paciente y si se requiere a su familia.

Otro aspecto importante en psico-oncología es la fase terminal y los cuidados paliativos, donde nuevamente el psicólogo tiene y debe apoyar a los pacientes oncológicos, donde intervienen un amplio grupo de profesionales del área de la salud para brindar el apoyo que se requiere en estos casos de alta complejidad como el cáncer y las implicaciones que tiene la enfermedad.

La calidad de vida y los cuidados paliativos son en nuestro medio todavía campo de exploración ya que no se ha avanzado mucho en los países llamados del tercer mundo por diversas razones, como por ejemplo de índole económico, de políticas gubernamentales, pero sobre todo por la carencia de información que se tiene con respecto al tratamiento de personas desahuciadas. Este es un espacio muy amplio en el cual los psicólogos deben investigar y en esa medida prestar un mejor servicio a la comunidad en general.

La psicología nos permite y nos abre un gran espacio para brindar ayuda a pacientes que lo requieren y en general a una comunidad que desconoce en su mayoría situaciones adversas que generan ciertos trastornos mentales como los citados a lo largo del artículo. Es una disciplina que permite intervención en varios niveles y en diversas situaciones de enorme complejidad. Sin embargo también es necesaria una mayor investigación en temas relacionados con calidad de vida y cuidados paliativos en nuestro medio porque no es solamente conocer el tema a profundidad sino generar el compromiso de una comunidad.

Referencias

- Aresca, L. (2004) *Cuidados Paliativos en el Final de la Vida. Psicooncología: Diferentes Miradas* en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>
- Ateortua, H. (1993) *El Paciente Terminal. Memorias del 1 Encuentro Interdisciplinario sobre la Fase Terminal y la Muerte. Medellín: Cátedra Fernando Zambrano Ulloa. 5-18.*
- Barreto, M., & Soler, M. (2004). *Psicología y Fin de Vida. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 0 1, 135-146.*
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclee de Brouwer: Bilbao*
- Becoña, E., & Miguez, C. (2004). *Consumo de Tabaco y psicopatología Asociada. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 1 1, 99-112.*
- Bejarano, P., & Jaramillo, I.(1992). *Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo. El Desarrollo del Cuidado Paliativo en Países del Tercer Mundo: Una cuestión de definición de objetivos. Amazonas Editores Ltda: Bogota*
- Bruera, E., Fisch, M. (2003a) *Handbook of Advanced Cancer Care. Cambridge University Press.*
- Bruera, E., Portenoy, R. (2003b) *Cancer Pain: Assessment and Management. Cambridge University Press.*
- Cano, A. (2004) *Control Emocional, Estilo Represivo de Afrontamiento y Cáncer: Ansiedad y Cáncer. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid 2 1, 71-80.*

- Cruzado, J. (2004). *La Formación en Psico-oncología. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid*, 0 1, 9-19.
- Cruzado, J. & Olivares, M. (2000). *Evaluación y Tratamiento Psicológico del Cáncer. Enn Baceta, J., Mas, B. (eds). Intervención Psicológica en Trastornos de Salud. Madrid: Dukinson-Psicología (341-402).*
- DeVita, Jr. V., Hellman, S., & Rosenberg, S. (2005). *Cancer. Principles and practice of Oncology (7th Ed.)* Lippincott Williams and Wilkins.
- Estape, T. (2004). *El Perfil del Psico-Oncologo. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid* 1 2-3, 291-292.
- Figley, C., Bride, B., & Mazza, N. (1997). *Death and Trauma: The Traumatology of Grieving. Taylor & Francis: United States of America*
- Flach, F., & Draghi, S. (1975) *The Nature and Treatment of Depression. John Wiley & Sons: New York*
- Fonnegra, I. (1999). *De Cara a la Muerte: Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir mas plenamente. Bogota: Intermedio Editores*
- Foster, G., & Anderson, B. (1978). *Medical Anthropology. John Wiley & Sons: New York.*
- Franco, E., Rohan, T. (2002) *Cancer Precursors: Epidemiology, Detection and Prevention. Springer-Verlag New York.*
- Freud, S. en *Nosotros y la muerte, correo de FEPAL (inédito), en Revista Relaciones 134, Montevideo, 1995 en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>*
- Freund, P., & McGuire, M. (1999). *Health, Illness, and Social Body: A Critical Sociology. Prentice-Hall: New Jersey*

- García-Conde, J., & García-Conde, A. (2004). *Humanización en la Asistencia Clínica Oncológica. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid 2 1*, 149-156.
- Gil, M., & Portellano, A. (2004). *Evaluación Neuropsicologica de la Alexitimia y del Procesamiento Emocional en Pacientes Oncológicos. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid 2 1*, 33-48.
- Holland, J. (1992) *Psychooncology: Overview, Obstacles and Opportunities. Psychooncology 1 1-13*.
- Holland, J. (2001). *Improving the Human Side of Cancer Care: Psychooncology Contribution. Obtenido en Octubre 2005, de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/bd/veracceso.php?mfn=000029&ocurrencia=1>*
- Informe de un Comité de Expertos de la OMS (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. 56*
- Instituto Nacional de Cancerología. (1995). *Hemopatías Neoplásicas: Bases Diagnosticas y Terapéuticas. Leonel Ospina (ed)*.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books: United States of America*
- Kleinman, A. (1997). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anhtropology, Medicine, and Psychiatry. California Press: Berkeley*
- Kubler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families. Simon & Schuster Inc.*
- Macieira-Coelho, A. & Nordenskjold, B. (1990). *Cancer and Aging. CRC Press*

Manual de Diagnostico de Enfermedades Mentales DSM-IVR

Mate, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). *Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid* 1 2-3, 211-230.

Mendels, J. (1970). *Concepts of Depression. John Wiley & Sons:New York.*

Mendels, J. (1977). *La Depresión. Herder: Barcelona*

Modolell, E., Sanz, J., & Casado, S. (2004). *Las Emociones en la Entrevista en Psico-oncología. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid* 1 2-3, 205-210

Molina, M. (1993). *Asistencia Interdisciplinaria en la Fase Terminal: Encuentro Interdisciplinario sobre la fase Terminal y la Muerte, Medellín: Cátedra Fernando Zambrano Ulloa, 25-34.*

Moorey & Greer (1989) en Cruzado, J. & Olivares, M. (2000). *Evaluación y Tratamiento Psicológico del Cáncer. Enn Baceta, J., Mas, B. (eds). Intervención Psicológica en Trastornos de Salud. Madrid: Dukinson-Psicología (341-402).*

Muñoz, A. (1993). *Asistencia Sociofamiliar en la Fase Terminal. Memorias del I Encuentro Interdisciplinario sobre la fase Terminal y la Muerte, Medellín: Cátedra Fernando Zambrano Ulloa, 55-57.*

Navarro, A. (2004). *Ayudando a los Pacientes con Cáncer. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 0 1, 151-155.*

Revista de la Asociación Medica Argentina (2004) La llamada Depresión Mayor en el Curso de la Enfermedad de Cáncer Diseminado con Metástasis Numerosas

- Rodríguez, B., Ortiz, A. & Palao, A. (2004) *Atención Psiquiátrica y Psicológica al Paciente Oncológico en las Etapas Finales de la Vida. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 1, 2-3, 263-282.*
- Santos, E. & Villanueva, J. (1986). *El Cáncer: Libros de Investigación y Ciencia. Prensa Científica.*
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). *Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 1 1, 3-12.*
- Soto, J., Planes, M., & Gras, M. (2004). *Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid, 0 1, 75-82.*
- Suarez, A. (2005, Agosto) *Psico-oncología. Diplomado en Psicología de la Salud. Universidad de la Sabana, Bogota, Colombia.*
- Sue, D., Sue, D.y Sue, S (1996) *Comportamiento Anormal (4ª Ed.)* Mc Graw Hill
- The World Health Organization Global Programme For Cancer Control (1993). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines.*
- Vargas, O. (1993). *El lenguaje Psicológico en la Fase Terminal. . Memorias del I Encuentro Interdisciplinario sobre la fase Terminal y la Muerte, Medellín: Cátedra Fernando Zambrano Ulloa, 35-40.*
- Vega, B., Ortiz, A., & Palao, A. (2004). *Atención Psiquiátrica y Psicológica al Paciente Oncológico en las Etapas Finales de la Vida. Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología de Madrid 1 2-3, 263-282.*

Velásquez, O. (1993) *Calidad de Vida en la fase Terminal. Memorias del I Encuentro Interdisciplinario sobre la fase Terminal y la Muerte, Medellín: Cátedra Fernando Zambrano Ulloa, 19-24.*

Villamizar, E. (1992). *Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo. Sufrimiento a calidad de vida, los derechos del enfermo terminal. Amazonas Editores Ltda: Bogota.*

Woodburn, J. (1964). *Cancer: The Search for its Origins. Holt, Rinehart and Winston: New York.*