

REVISTA INTERDISCIPLINAR

PSICOONCOLOGÍA

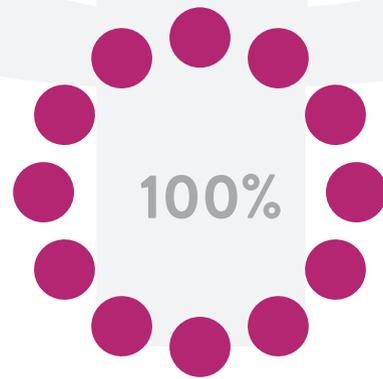
RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES ORALES

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA:
APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PALAU DE CONGRESSOS DE GIRONA
28, 29 Y 30 DE ABRIL DE 2016

PSIC ONCOLOGIA

Vol. 13, Suplemento 1, 2016



ORGANIZA



CON EL APOYO DE



ENTIDADES DIFUSORAS



El coste de cuidar en oncología: apoyo a los equipos asistenciales

VII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

PSIC ONCOLOGIA

PROGRAMA Y RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES

PALAU DE CONGRESSOS DE GIRONA | 28, 29 y 30 de abril de 2016

www.sepogirona2016.com // #SEPO2016

Actividad acreditada por el Consejo Catalán de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias y la Comisión de Formación continuada del Sistema Nacional de Salud con 0,8 créditos



CON EL APOYO DE



La editorial Asociación de Psicooncología a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo de la vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquiera de las páginas de (nombre de la revista o periódico), o partes de ellas, sean utilizadas para la realización de revistas de prensa.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar, escanear, reproducir, distribuir, transformar o poner a disposición en Internet algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).



PSICOONCOLOGÍA

INVESTIGACIÓN Y CLÍNICA BIOPSICOSOCIAL EN ONCOLOGÍA

Volumen 13, Suplemento 1, 2016

Edita: Asociación de Psicooncología de Madrid
Facultad de Psicología. Buzón 24. Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. España
Tfno: 00 34 913 943 126

Dirección de Internet: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia>
http://revistas.ucm.es/portal/modulos.php?name=Revistas2_Editorial&id=PSIC
E-mail: psicooncologia@psi.ucm.es

© Asociación de Psicooncología de Madrid.

ISSN: 1696-7240
S.V.: 46/03-R-CM

Depósito Legal: M. 35130-2003
Imprime: COMPOBELL, S.L. Murcia

JUNTA DIRECTIVA SEPO

Francisco Luís Gil Moncayo
Presidente SEPO

Agustina Sirgo
Vicepresidenta SEPO 1º

Juan Antonio Cruzado
Vicepresidente SEPO 2º

Manuel Hernández
Secretario

Nuria Sánchez
Tesorera

María Die-Trill
Vocal

Fabiola Cortes-Funes
Vocal

COMITÉ CIENTÍFICO

Cristina Bierge Casas
Josep Maria Borràs Andrés
Candela Calle Rodríguez
Fabiola Cortés-Funes y de Urquijo
Juan Antonio Cruzado Rodríguez
María Die-Trill
Francisco Luís Gil Moncayo
Manuel Hernández Blázquez
Jun Lluch Salas
Núria Sánchez Abad
Agustina Sirgo Rodríguez
Francesc Soler Rotllant

COMITÉ ORGANIZADOR

Mireia Bosch Fábregas
Eva Juan Linares
Ana Moral Torres
Jun Lluch Salas
Cristina Pallí Monguilod
Sabina Pedrola Martí

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICONCOLOGÍA: “EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA, APOYO A LOS EQUIPOS

Estimados compañeros y compañeras,

El congreso de este año, que presentamos bajo el lema “**El coste de cuidar en oncología: apoyo a los equipos profesionales**”, está dirigido a todos los profesionales que dan su apoyo a las personas que padecen cáncer y a sus familias: psicooncólogos/as, médicos especialistas, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, fisioterapeutas, etc. Este encuentro pretende crear un espacio de reflexión para tratar, y ofrecer recursos para gestionar, el desgaste personal y de equipo que trabajar en oncología supone para dichos profesionales, por su proximidad con el sufrimiento ajeno y el propio.

Con este objetivo, el congreso planteará temas cruciales sobre el coste del cuidar, analizando las necesidades existentes en este campo y cómo se están abordando en la actualidad a nivel estatal e internacional. Muy especialmente, se presentarán distintas contribuciones para ayudar a los profesionales a comprender y gestionar mejor este coste, a nivel individual y grupal, desde una pluralidad de enfoques. Para todo ello hemos desarrollado un programa científico que cuenta con personas referentes en cada uno de los temas propuestos, y con una amplia oferta de talleres sobre temas específicos dirigidos por formadores con amplia experiencia, diversas conferencias, debates y reuniones con expertos.

Como en cada edición, hemos procurado favorecer en todo lo posible las iniciativas de nuestros socios y de otros profesionales implicados en la asistencia a personas con cáncer y a sus familias. No cabe duda de que la presentación de vuestros trabajos de investigación, presentados como Comunicaciones Orales y Pósters, son imprescindibles para que este Congreso logre el objetivo de mejorar nuestra intervención psicológica y práctica profesional.

Agradecemos vuestra participación y estamos seguros de que este nuevo encuentro será un magnífico escenario para compartir y reflexionar, para enriquecernos profesionalmente y ofrecer así una mejor respuesta asistencial a nuestros pacientes y equipos.

Bienvenidos al VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología y a esta bella ciudad que es Girona.



Francisco Luís Gil
Presidente de la SEPO



Jun Lluch
Presidenta del Comité Organizador

PROGRAMA

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICONCOLOGÍA

JUEVES 28 DE ABRIL

- 09:00 h. Apertura de la Secretaría Técnica
- 10:00-11:30 h. Talleres
- TALLER 1
Autocompasión: Cuidando de ti ya cuidas de otros. Autocuidado del profesional
Fidel Delgado
- TALLER 2
Afrontando la muerte
Lama Jinpa Gyamtso
- 11:30-12:00 h. Café de trabajo
- 12:00-14:00 h. Talleres (*seguimiento talleres*)
- 14:00-15:30 h. Almuerzo libre
- 15:00-16:00 h. Acreditación y entrega de documentación
- 15:30-16:30 h. **Acto inaugural**
Francisco Luís Gil Moncayo Presidente de la Sociedad Española de Psicooncología.
Candela Calle Directora general del Instituto Catalán de Oncología.
Josep Maria Borràs Director del Plan Oncológico de Catalunya.
Marc Simón Director corporativo del Área Social de la Fundación Bancaria “la Caixa”.
Jun Lluch Presidenta del Comité Organizador.
- Ponencia: **Luzia Travado**
IPOS Standard of Quality Cancer Care: the challenges for psycho-oncology in Europe
- 16:30-17:30 h. **Conferencia inaugural**
La Soledad del Cuidador
Moderadora: Jun Lluch
Ponente: **Vicente Prieto Cabras**
- 17:30-19:00 h. **Sesión plenaria**
Apoyo al profesional: contexto y recursos
Moderador: **Xavier Gómez Batiste**

Ponentes 1: **Dolors Mateo**
Revisión actual e internacional
Ponente 2: **Teresa Morandi**
Recursos y riesgos del cuidar: experiencia equipos PADES
Ponente 3: **Anna Escolà**
EAPS-Experiencia en el apoyo a los equipos

20:00 h. Recepción de bienvenida

VIERNES 29 DE ABRIL

- 9:00-09:45 h. **Conferencia**
La empatía bien entendida empieza por uno mismo
Moderadora: **María Die-Trill**
Ponente: **Fidel Delgado**
- 09:45-11:00 h. **Encuentros con expertos**
Autocuidado y autocompasión
Moderador: **Francisco Luís Gil Moncayo**

Ponente 1: **Fidel Delgado**
Ponente 2: **Lama Jinpa Gyamtso**
Ponente 3: **Anna Ollé**
- 11:00-11:30 h. Café de trabajo
- 11:30-12:15 h. **Conferencia**
El coste emocional de cuidar: ¿Cómo nos afecta? Una mirada resiliente
Moderador: **Eva Juan**
Ponente: **María Estrella Fernández**
- 12:15-14:00 h. **Sesión plenaria**
La gestión del coste de cuidar
Moderadora: **Cristina Bierge**

Ponente 1: **José Luís Bimbela**
Cuidarme y cuidar con toda el alma
Ponente 2: **Mario Salvador**
Mindfulness, Compasión y Autosanación
Ponente 3: **Teresa López-Fando**
Apoyo al profesional: la importancia de la comunicación
- 14:00-15:30 h. Almuerzo
- 15:30-17:00 h. **Comunicaciones Orales**
Moderadora: **Concha León**
- 17:00-17:15 h. Descanso

- 17:15-18:45 h. **Comunicaciones Orales**
Moderadora: **Tània Estapé**
- 18:30-20:00 h. **Asamblea SEPO**
- 19:30 h. **Visita guiada por Girona**

SÁBADO 30 DE ABRIL

- 09:00-09:45 h. **Conferencia**
Reflexiones sobre la muerte
Moderadora: **Núria Sánchez**
Ponente: **Josep Maria Terricabras**
- 09:45-11:15 h. **Sesión plenaria**
Afrontando las pérdidas
Moderadora: **Anji Carmelo**
- Ponente 1: **Mònica Cunill**
Vivir el duelo con sentido
Ponente 2: **Sergi Navarro**
Un niño se está muriendo ¿Estoy preparado?
Ponente 3: **Núria Carsí**
Gestión diaria del desgaste profesional
Ponente 4: **Lujan Comas**
Conciencia, vida y muerte: ¿Nuestra existencia acaba cuando morimos?
- 11:15-11:45 h. **Café de trabajo**
- 11:45-13:00 h. **Diálogo reflexión**
Espacio patrocinado por la Fundación Oncolliga Girona
El valor de las relaciones interpersonales entre profesional y paciente

El periodista **Gaspar Hernández** en conversación con **Dolors Navarro** y **Maite Fruitós**
- 13:00-13:30 h. **Entrega premios SEPO**
Mejores Comunicaciones Orales y Pósters del VII Congreso #SEPO2016
- 13:30 h. **Clausura del congreso**
Francisco Luís Gil Moncayo Presidente de la Sociedad Española de Psicooncología
Cristina Pallí Vicepresidenta del Comité Organizador

CALENDARIO DE COMUNICACIONES ORALES

MESA 1 · VIERNES 29 DE ABRIL · DE 15:30 A 17:00 HORAS

Tema: Equipo

1. Haciendo equipo, un proyecto compartido en oncología pediátrica (Comunicación 6).
2. Suport Virtual en Dol Dirigit a Professionals de la Salut d'una Unitat de Cures Pal·liatives (Comunicación 11).
3. Autocuidado del profesional de la salud (Comunicación 8).
4. Resolución de un caso con factores de riesgo (Comunicación 9).
5. Cuidar al que cuida. Técnicas de *mindfulness* en personal sanitario (Comunicación 5).
6. Nuestras emociones ante el paciente con cáncer: perspectiva del profesional joven (Comunicación 1).
7. Toma de decisión compartida entre oncólogo y paciente: SDM-Q-9 y SDM-Q-doc. (Comunicación 14).

MESA 2 · VIERNES 29 DE ABRIL · DE 17:15 A 18:45 HORAS

Tema: Evaluación e intervención psicológica

1. Estudio sobre la eficacia terapéutica del protocolo estandarizado de intervención psicosocial de Fawzy en pacientes con cáncer de mama (Comunicación 7).
2. Explorando la desmoralización en pacientes paliativos: visión de profesionales de la salud (Comunicación 10).
3. Modelo de Psicoterapia Centrada en el Sentido/Compasión para pacientes de cáncer con enfermedad avanzada (Comunicación 2).
4. Cambios en la vida familiar tras la muerte de un hijo (Comunicación 3).
5. Seguimiento de la calidad de vida de pacientes con cáncer ginecológico tras una terapia grupal psicoeducativa (Comunicación 4).
6. Aplicación de un programa de realidad virtual como herramienta de reducción de la ansiedad anticipatoria a una sesión de quimioterapia (Comunicación 12).
7. Predictors of psychological distress and suicidal ideation in oncologic patients (Comunicación 13).

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 1

Título: NUESTRAS EMOCIONES ANTE EL PACIENTE CON CÁNCER: PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL JOVEN.

Autores: ÁLVAREZ O.; ARCE M.; HERNÁNDEZ M.; Y LÓPEZ A.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO, BILBAO.

RESUMEN

Alumnos de primer curso del Máster de Psicología General Sanitaria presenciaron un caso clínico de Psicooncología. El objetivo fue analizar la perspectiva del profesional joven tras presenciar por primera vez una entrevista clínica entre un psicooncólogo y un paciente enfermo de cáncer. En estas presentaciones clínicas asistieron pacientes que habían sido diagnosticados en el hospital de Basurto de Bilbao y que actualmente se encontraban libres de enfermedad. Estos pacientes expusieron su caso por medio de una entrevista con el psicooncólogo que les trató durante su enfermedad. Previo a la entrevista, se indicó a los alumnos que recogieran los aspectos que consideraran más relevantes. La metodología utilizada para el análisis de los datos fue la recogida literal de las impresiones de los alumnos de un total de cuatro clases. Éstas fueron ordenadas en una tabla en función de diversas categorías: clínica, recursos personales, tratamientos, ámbito social, transferencia, sentimientos, subjetividad e historia personal. Posteriormente se analizaron cuantitativamente para observar el

impacto que había producido la entrevista en los profesionales jóvenes. Las conclusiones generales que se extraen son las siguientes: 1) este tipo de casos provoca un impacto emocional en la mayoría de los alumnos, 2) les hace plantearse su capacidad profesional en esta especialidad de la psicología, 3) este tipo de experiencias vivenciales son útiles para comparar las expectativas del psicólogo joven con la realidad clínica y 4) la formación del psicólogo en psicooncología se beneficia de un enfoque práctico, con asistencia a entrevistas con enfermos, y discusiones de casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jackson V, Mack J, Matsuyama R, Lakoma M, Sullivan A, Arnold R, Weeks J, Block S. A. Qualitative Study of Oncologists' Approaches to End-of-Life Care. *J Pall Med* 2008;11: 893-906.
- Hernández M. Nuestro encuentro con el paciente con cáncer: una orientación psicoanalítica. En *Días MR* Díaz y Durá E. *Territorios da Psicología Oncologica*. Tomo II. Lisboa (Portugal), Climepsi Editores, 2014.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 2

Título: MODELO DE PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO/COMPASIÓN PARA PACIENTES DE CÁNCER CON ENFERMEDAD AVANZADA.

Autores: FRAGUELL, C.; CASTILLO, M.S.; LIMONERO, J.T.; y GIL, F.

Centro de trabajo: MUTUAM, BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diagnosticados de cáncer avanzado (Estadio IV) presentan un mayor grado de complejidad, en relación al manejo de síntomas físicos y psicológicos. Por ello, requieren de un modelo de intervención ajustado a sus necesidades. Mantener y promover el sentido, una actitud compasiva, aceptar la ayuda y desarrollar una actitud autocompasiva, tiene importantes ventajas.

OBJETIVOS

Conocer el beneficio del Modelo de Psicoterapia Centrado en el Sentido/Compasión (MPCSC) para pacientes con cáncer avanzado a nivel del bienestar emocional y espiritual.

MATERIAL Y MÉTODO

46 pacientes asistieron al grupo, de los cuales 9 han contestado al cuestionario post-intervención (tras la octava semana). El formato del grupo es de carácter abierto, semi-estructurado, teniendo como principal objetivo promover y mantener el sentido y la actitud compasiva/autocompasiva.

Los pacientes son evaluados en tres ocasiones: antes de la primera sesión, tras la octava, y tras la decimosexta sema-

na. Los cuestionarios del estudio fueron: HADS, IES-R, FACIT-sp-12, HAI, ECSS y SCS.

RESULTADOS

Después de la octava semana de participación en el grupo, se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en compasión ($p=0,032$) (ECSS), el 77,8% ($n = 7$) puntúan por debajo del punto de corte de la escala de depresión, y el 44,4% ($n = 4$) de la escala de ansiedad (HADS), el 55,5% ($n=5$) presentan una puntuación mayor en sentido (FACIT). Conclusiones: Los pacientes afirman haber logrado un mayor bienestar emocional y espiritual después de su participación en el grupo. El MPCSC aporta importantes ventajas. Entre ellas, un seguimiento psicoterapéutico semanal, una mayor adaptación a los temas o preocupaciones propias de los pacientes, y a diferencia de los grupos de psicoterapia cerrados, aparece la figura del "paciente experto", como aquel paciente, integrado dentro del grupo, que valida y normaliza las preocupaciones o emociones negativas de los nuevos participantes dentro del grupo.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 3

Título: CAMBIOS EN LA VIDA FAMILIAR TRAS LA MUERTE DE UN HIJO.

Autores: BARAHONA CLEMENTE, T; MARTÍNEZ BESTEIRO, E.; MONTORO MARTÍNEZ, C.; y BARRETO MARTÍN, P.

Centro de trabajo: JUNTA ASOCIADA PROVINCIAL DE VALENCIA DE LA AECC Y UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN

Cuando acontece el fallecimiento del niño, se crea un gran vacío y un desconcierto que difícilmente es asumible por la familia. Así, uno de los procesos por los que atraviesan los padres ante la muerte del hijo es el de conservación, intentar mantener los roles y el funcionamiento familiar (Price, Jordan, Prior y Parkes, 2011), aunque en muchas ocasiones no se puede conseguir.

OBJETIVOS

Analizar la existencia de cambios en la vida de la familia, especialmente en los padres, después del fallecimiento de un niño por cáncer y su relación con el duelo complicado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se administró el cuestionario IDC (Inventario de Duelo Complicado, Prigerson et al. 1995, adaptación de Limonero et al. 2009).

La muestra estuvo formada por 10 padres/madres de unos 50 años de media (M=50,60; DT=9,54) que vivían en pareja y residían en Valencia.

RESULTADOS

La mayoría de los padres/madres presentaron duelo complicado. Se observan

diferencias significativas en IDC en función de:

Realización de cambios en la habitación ($p \leq 0,01$; $t = -3,167$)

Cambios drásticos en el estilo de vida ($p \leq 0,05$; $t = 2,79$)

DISCUSIÓN

Pensamos que sería conveniente:

- a) analizar detalladamente la puntuación de cada ítem por si no se ajusta a una muestra de padres, ya que el cuestionario original y su adaptación se centran en el análisis de duelo en adultos.
- b) estudiar más en profundidad las variables analizadas y, en su caso, cuál sería el momento adecuado de realizar estos cambios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Limonero JT, Lacasta M, García-García JA, Maté J., Prigerson HG. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa* 2009;16:291-7.

Prigerson, H.G., Maciejewski P.K., Reynolds, C. F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., Frank, E, Doman, J, Miller M. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59: 65-79.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 4

Título: SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO TRAS UNA TERAPIA GRUPAL PSICOEDUCATIVA.

Autores: GARCÍA-CONDE, A.; ROMERO, R.; LLOMBART, P.; IBÁÑEZ E.; y POVEDA, A.

Centro de trabajo: FUNDACIÓN INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA, VALENCIA.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

En la actualidad resulta un requisito fundamental la evaluación de la calidad de vida (y el concepto de patient-reported outcomes) en la inclusión de cualquier ensayo (Deshpande, Rajan, Sudeepthi y Nazir, 2016). Describir las características sociodemográficas y psicológicas de las pacientes con cáncer ginecológico. Tras un programa de intervención psicoeducativo grupal basado en la Terapia Psicoeducativa de Fawzy se estudia el seguimiento de la calidad de vida de dichas pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron aquellas pacientes recién diagnosticadas de cáncer ginecológico (ovario, cérvix, vulva y endometrio), en estadios I, II, III. Se les ofreció participar en una terapia de grupo psicoeducativa y se realizaron evaluaciones en línea base, 1 mes y 3 meses. La evaluación se realizó mediante un registro de variables ad hoc, el BSI-18 y el FACT-G.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 mujeres con cáncer ginecológico con una media de edad

de 51 años. El 34% tiene un nivel de estudios de enseñanza obligatoria, el 26% formación profesional, el 26% primarios y el 14% universitarios. Aproximadamente la mitad de la muestra ha sido diagnóstica de un trastorno mental (adaptativo, estrés postraumático, depresión, distimia y ansiedad generalizada). Con respecto a la calidad de vida los resultados muestran un empeoramiento global de la misma a lo largo de las evaluaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nos resulta especialmente interesante poder valorar la calidad de vida en relación a las subescalas de estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, y capacidad de funcionamiento personal, dado que ello proporciona una visión específica de cómo en el curso del empeoramiento físico del paciente (al estar sometido a tratamientos médicos agresivos) se le puede proporcionar soporte psicoterapéutico para mejorar y/o mantener su estatus emocional y familiar/social (Hersch, Juraskova, Price y Mullan, 2009).

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 5

Título: CUIDAR AL QUE CUIDA. TÉCNICAS DE *MINDFULNESS* EN PERSONAL SANITARIO.

Autores: LEON, C.^{1,4}; MIRAPEIX, R.^{1,4}; JOVELL, E.²; BLASCO, T.³, ARCUSA, A.¹; y SEGUÍ, M.A.⁴

Centro de trabajo: ¹ IOV – CONSORCI SANITARI DE TERRASSA, ² EPIDEMIOLOGÍA – CONSORCI SANITARI DE TERRASSA, ³ DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA BÁSICA UAB, ⁴IOV – HOSPITAL PARC TAULÍ SABADELL.

OBJETIVOS

El personal sanitario está sometido a fuerte presión y estrés y su desgaste es muy común. El uso de la atención plena para reducir la angustia emocional y prevenir el desgaste ha demostrado ser muy eficaz. Este estudio tiene como objetivo probar si 10 minutos de meditación diaria es útil para disminuir la ansiedad y la depresión y prevenir el *burnout* en profesionales de la salud.

MÉTODO

Durante el periodo comprendido entre el 2013 y el 2015 se han ofrecido talleres de atención plena al personal del Instituto Oncológico del Vallés (IOV), para reducir el desgaste y mejorar el estado emocional. Intervención: 10 minutos de práctica de la atención plena al día, durante 6 semanas previa firma del consentimiento informado. La ansiedad, la depresión y el agotamiento fueron evaluados con los test STAI, BDI y MBI previa y post-intervención.

RESULTADOS

92 participantes de 7 grupos realizados entre el 2013 y el 2015 completaron

el estudio. La depresión (pre= 12,30, post 8,52), la ansiedad estado (STAI-E: pre=23, post 16,63)) y la ansiedad rasgo (STAI-R: pre=21, post 18,25) disminuyeron significativamente al comparar sus valoraciones iniciales y finales ($p = 0,000$). Esta población de estudio no mostró tasas de *burnout* en los cuestionarios administrados al inicio de la intervención y no se encontraron diferencias significativas en los instrumentos de medida en ninguna de las tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en la valoración pre-post intervención.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la depresión y la ansiedad pueden reducirse después de un programa de *mindfulness* de 6 semanas, pero no muestra ningún efecto en el *burnout* en personal sanitario que no presenta signos de agotamiento. Se requieren estudios con mayor potencia estadística para demostrar eficacia en personal sanitario que muestre signos de agotamiento profesional.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 6

Título: HACIENDO EQUIPO, UN PROYECTO COMPARTIDO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Autores: MADRID MARTÍN, M.C.

Centro de trabajo: IOV HOSPITAL DE TERRASSA Y HOSPITAL PARC TAULÍ DE SABADELL.

RESUMEN

Se ha visto que el contacto diario con el dolor ajeno junto con otras variables laborales y personales puede incrementar el riesgo del personal sanitario de las unidades de oncología de desarrollar burn out o fatiga por compasión que pueden tener una repercusión negativa en su contexto laboral y personal. Este proyecto surgió para dar respuesta a la demanda en el 2013 del propio equipo sanitario del Hospital General Universitario de Alicante de actividades formativas que les ayudaran a mejorar su trabajo con las familias y reducir su sufrimiento emocional.

OBJETIVOS

Mejorar la atención a los niños oncológicos y sus familias. Fortalecer el vínculo entre los miembros del equipo. Reducir el riesgo de padecer Burn Out o Fatiga por Compasión.

Dotar de estrategias de gestión emocional y comunicación. Incrementar la conciencia de la necesidad de autocuidado.

METODOLOGÍA

En el 2013 el equipo sanitario fue evaluado con el cuestionario PRO-QOL, una escala para medir estrategias de autocuidado y una pregunta abierta para detectar necesidades. Los resultados indicaron que pese a que la puntuación en la escala de Satisfacción por compasión era muy alta (48,90%), la mayoría del personal evaluado

presentaba un riesgo alto de padecer Burnout (28%) o Fatiga por Compasión (51%) en el futuro. Tras analizar estos resultados en Febrero del 2013 se pusieron en marcha los talleres con personal sanitario. Estos talleres se realizan dentro del Hospital con una frecuencia mensual y tienen una duración de hora y media. Se programan fuera del horario laboral y abarcan diferentes temas que el personal sanitario ha valorado como de interés para su desarrollo personal y profesional (Inteligencia emocional, Trabajo en equipo, Coaching, mindfulness...)

RESULTADOS

Hasta el momento actual se han realizado 23 sesiones y dos encuentros al aire libre. Han asistido más de 35 personas entre médicos y enfermeras de la Unidad de Oncología Pediátrica y la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Cada curso ha sido valorado con una escala Likert de 5 alternativas de respuesta cuya puntuación total ha sido de 4,6 sobre 5 y cuatro preguntas abiertas destinadas a programar los objetivos para el siguiente curso. Con estos resultados, el EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) de ASPANION (Asociación de Padres de niños con cáncer) puede concluir que los talleres desarrollados son percibidos por el personal sanitario como una herramienta útil para incrementar sus competencias, reducir el desgaste emocional y mejorar la atención a las familias.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 7

Título: ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DEL PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE FAWZY EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Autores: MORALES, R.¹; LLUCH, A.¹; MARTÍNEZ, P.²; GALDÓN, M.J.²; ANDREU, Y.²; y ROMERO, R.³

Centro de trabajo: ¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. ²UNIVERSIDAD DE VALENCIA. ³INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA (IVO).

RESUMEN

La OMS señala que las repercusiones del cáncer van mucho más allá de lo meramente físico, a pesar de los continuos avances en el tratamiento de muchos tumores, su diagnóstico y tratamiento genera importantes consecuencias emocionales en la vida de los pacientes y sus familias.

En los últimos años se han realizado importantes avances en la elaboración de programas de intervención psicológica para reducir el distrés de los pacientes de cáncer. Estos programas fundamentalmente incluyen técnicas educativo-informativas, técnicas cognitivo-conductuales y técnicas basadas en el concepto de apoyo social, que se aplican tanto en formato individual como en pequeños grupos. Las propuestas más recientes abogan por desarrollar protocolos estandarizados que integren una combinación de varias de estas técnicas.

OBJETIVOS

El presente trabajo, tiene como objetivo presentar los resultados preliminares del estudio piloto de la eficacia terapéutica del programa estandarizado de intervención psicosocial desarrollado por Fawzy, para su aplicación en pacientes con cáncer de mama.

MÉTODO

Se lleva a cabo un diseño controlado aleatorizado, intentando seguir las

recomendaciones CONSORT, en el que participan 38 mujeres recientemente diagnosticadas de cáncer de mama, que muestran niveles clínicamente significativos de distrés. Las participantes, son asignadas a una de las dos condiciones experimentales –grupo experimental (tratamiento) o grupo control (lista de espera)– y completan una batería de instrumentos que incluye: información sociodemográfica, el BSI-18 (Derogatis, 2000), el FACT-G (Brucker et al., 2005) y el Inventario de afrontamiento de la enfermedad (Namur et al., 1987), en dos momentos temporales: pre-tratamiento y post-tratamiento.

RESULTADOS

Ofrecemos los datos preliminares de este estudio, ya que continuamos aplicando el protocolo y recogiendo datos. Se presentan descriptivos sobre las variables sociodemográficas, médicas y psicológicas contempladas y datos sobre la eficacia de la terapia –intergrupo e intragrupo–.

CONCLUSIONES

Analizamos los resultados y ofrecemos las impresiones clínicas de la evolución de las pacientes, así como las dificultades en la práctica del seguimiento de las recomendaciones CONSORT.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 8

Título: AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.

Autores: RODRÍGUEZ MARTÍN, M; ARCE ELORZA, M; ZUGADI BÁRCENA, A.; ARRIETA ASTORKIA, A.; ÁLVAREZ GAMINDE, O; LABRADA LERMA, A.; MÁRQUEZ RODRÍGUEZ, M.; NOVO CORRAL, A.; GARDOKI SOUTO, I; y IRIARTE DE PEDRO, M.

Centro de trabajo: BILBAO. UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO – OSI BILBAO BASURTO.

RESUMEN/OBJETIVOS

El objetivo principal es hacer una exposición teórica que justifique la importancia del autocuidado de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, aportando técnicas específicas centradas en la autoconciencia, gestión de emociones y control del estrés.

MÉTODO

Mediante la revisión de diversas referencias bibliográficas utilizadas en el Máster de Psicooncología de la Universidad Complutense de Madrid y la aportación de la experiencia práctica en la Unidad de Psicooncología del Hospital Universitario de Basurto, se recogieron conceptos teóricos y extrajeron conclusiones de la propia experiencia.

Esta revisión fue presentada como formación en la reunión semanal de la Unidad, con la intención de generar una concienciación sobre la responsabilidad del autocuidado en los asistentes.

RESULTADOS

Se recogieron las impresiones del equipo al finalizar la sesión, que fue valorada positivamente y se inició un debate sobre la importancia y los beneficios de las pautas presentadas.

CONCLUSIONES

Hoy en día se evidencia una base neurológica que explica que la asistencia a los pacientes con un alto nivel de sufrimiento, afecta a los profesionales pudiendo dar lugar a lo que se ha definido en los últimos años como síndrome de *burnout* o fatiga por compasión. Diversos estudios avalan que las técnicas como la meditación y las conductas dirigidas al autocuidado del profesional, pueden prevenir o restablecer esta problemática. Entre las principales herramientas, elegimos exponer unas pautas para la gestión emocional, el manejo del estrés y el entrenamiento en meditación.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 9

Título: RESOLUCIÓN DE UN CASO CON FACTORES DE RIESGO.

Autores: ROMERO RODRÍGUEZ, Y.; MARTÍN DE ROSALES MARTÍNEZ, J.; MARTÍN SÁNCHEZ, M.A.; LÓPEZ TAPIA, F.; PÉREZ ORDOÑEZ, F.; y ROMERO COTELO, J.

Centro de trabajo: UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. COMPLEJO HOSPITALARIO GRANADA.

RESUMEN/DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años, casado, padre de 3 hijos: 12, 7 y 4 años. Convive con su mujer e hijos. Ingresos económicos bajos y nivel cultural bajo. Su hijo de 7 años padece una enfermedad rara. Diagnosticado de glioblastoma, intervenido en dos ocasiones y tratado con radiocirugía y radioterapia, debido a la progresión de su enfermedad es incluido en cuidados paliativos. El paciente presenta hemiparesia derecha, dificultad para comunicarse y dependencia total. Su mujer, cuidadora principal, tiene más cargas familiares. Recibe ayuda esporádica de algún familiar. Presenta malestar emocional por la progresión de enfermedad de su marido. En la Valoración psicosocial se detectan factores de riesgo para el cuidado y ajuste emocional, supone riesgo de claudicación familiar. El paciente presenta gran deterioro en los últimos 15 días, no se alimenta prácticamente, tiene una desconexión del medio, no respondiendo a estímulos. Su médico de Atención Primaria solicita a Cuidados paliativos ingreso en planta para control de síntomas, ante la complejidad del caso. No informa si esta decisión es la que prefiere su mujer.

OBJETIVOS:

Reflexionar sobre cómo las emociones de los profesionales pueden influir en la toma de decisiones.

Ayudar en la toma de decisiones en un caso de complejidad psicosocial, barajando dos premisas:

1. Donde quería fallecer el paciente, si tenía voluntad vital anticipada o se había reflejado en su historia clínica una planificación de voluntades anticipadas.
2. Responsable en la toma de decisiones: su mujer, basándose en preferencia y valores de su marido.

RESULTADOS:

El caso se deriva a atención psicológica (EAPS) y se acuerda vista domiciliaria.

La intervención trascurrió en el salón de casa con la presencia normalizada de toda la familia, los niños entendieron la situación de enfermedad a su manera, la mujer quería cuidar de su marido allí en casa, con sus hijos.

Valoración positiva de los cuidados que se estaban prestando y su ambiente era favorable para que el desenlace ocurriera allí. El paciente falleció esa noche junto a su mujer, mientras sus hijos dormían.

CONCLUSIONES:

Como profesionales debemos barajar nuestras emociones para ayudar en procesos fin de vida, separando nuestros valores personales y ayudando como profesionales, en la toma de decisiones por parte del paciente y/o familiares responsables. El valor en este caso era permanecer junto a su familia. Los profesionales deben respetar la decisión al final de vida y dar recursos para todos los miembros familiares.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 10

Título: EXPLORANDO LA DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS: VISIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

Autores: RUDILLA, D.¹; GIMENO, P.²; MARTÍNEZ, A.; FERNÁNDEZ, S.; SIGNES, P.; DEL BARRIO C.³; y OLIVER, A.⁴

Centro de trabajo: CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIOVALENCIA¹, UNIVERSIDAD DE VALENCIA², ASOCIACIÓN CARENA (VALENCIA)³. UNIVERSIDAD DE VALENCIA⁴.

RESUMEN/INTRODUCCIÓN

La importancia del diagnóstico de síndrome de desmoralización radica en discriminar entre un estado de ánimo "normal", una depresión o un síndrome de desmoralización.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de los profesionales acerca del estado de ánimo de sus pacientes. Encontrar diferencias en cuanto a la discriminación por profesión y sexo.

METODOLOGÍA

Se administró un cuestionario con preguntas acerca de la percepción del estado de ánimo de sus pacientes 50 profesionales sanitarios de diferentes UHD de la Comunidad Valenciana de medicina, enfermería, psicología y trabajo social (M edad=39,43;62% mujeres, 34% hombres). Se llevó a cabo un análisis cualitativo y cuantitativo de las respuestas. Los cálculos se realizaron en SPSS 20 y consistieron en descriptivos en las variables cuantitativas, y frecuencias relativas expresadas en porcentajes para describir la prevalencia de modalidades de variables categóricas. Se calcularon correlaciones y tablas de contingencia con chi cuadrado y medidas de tamaño del efecto para valorar la asociación de categorías diagnósticas y características sociodemográficas y profesionales. Se calcularon MANOVAS para influencia de género y disciplina profesional sobre la importancia concedida a determinadas competencias del profesional en la atención paliativa.

RESULTADOS

En cuanto a la prevalencia de las palabras aportadas "in vivo" por los propios profesionales, encontramos "tristeza" como la primera palabra definitoria elegida por los profesionales. El Análisis Factorial de Correspondencias muestra "debilidad" como más empleado por médicos, mientras que "tristeza" lo es por los psicólogos. Las correlaciones sobre las 9 competencias (AECP) más significativas fueron entre postura ante la vida y la muerte y autonomía (.873**), comunicación y dignidad (.634**) y entre calidad de vida y autonomía (.602**). El MANOVA entre sexo de los profesionales y las dos competencias (personales y relacionales) mostró la traza de Pillai para $F(2, 24)$ de .167 con $p=017$ no solo significativa sino con un tamaño de efecto con eta cuadrado de .134.

CONCLUSIONES

La exploración de los profesionales avala la idoneidad del constructo de desmoralización para discriminar entre matices que implican la existencia de un síndrome de estado de ánimo. Existe conexión entre algunas competencias, sugirió conformar dos nuevas variables: competencias personales (autonomía, dignidad, postura vida-muerte) y competencias relacionales (como comunicación, educación pública en estos temas,...). Aunque no se obtuvieron resultados significativos en cuanto a la profesión, ni al comparar las respuestas en función del género; no obstante, en relación con este aspecto se observó que las mujeres confieren más valor a la relación paciente-profesional que los hombres.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 11

Título: SUPORT VIRTUAL EN DOL DIRIGIT A PROFESSIONALS DE LA SALUT D'UNA UNITAT DE CURES PAL·LIATIVES.

Autores: SOLER AUGUET, J. PSICÒLEG DE L'AECC – CATALUNYA CONTRA EL CÀNCER DE GIRONA.

Centro de trabajo: UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SANTA CATERINA DE SALT (INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA).

RESUMEN

La mort continua essent un dels tabús de la societat actual. Ja sigui per motius religiosos o bé culturals, és un tema difícil de gestionar, que no s'inclou en el sistema educatiu ni tampoc es tracta en l'àmbit familiar. En la formació dels professionals de la salut tampoc ocupa un lloc rellevant. En alguns casos ni tan sols forma part del pla d'estudis.

Quan aquests professionals treballen en una unitat de cures pal·liatives, la relació amb la mort augmenta. I aquesta intensificació genera reflexions personals, sobretot en moments en què un connecta amb experiències pròpies que plantegen qüestions emocionals i existencials. El més adequat en aquests moments és poder treballar la pròpia relació amb la mort i elaborar processos de dol quan són necessaris.

El dol és un procés natural que apareix després d'una pèrdua. En l'àmbit sanitari els professionals poden veure desautoritzat aquest procés quan es produeix la mort d'un pacient, en primer lloc, perquè la relació no és reconeguda, però també perquè es considera que el professional està preparat per afrontar la situació de forma eficient i sense impacte emocional. Com diu Gómez (2006) a "El hombre y el médico ante la muerte", un alt percentatge del personal sanitari té moltes dificultats per informar sobre una situació de final de vida a un pacient i, a més, aquesta comunicació els genera nerviosisme, estrès i sentiment de fracàs. Quan un professional de la salut treballa la relació amb la mort pot transitar el dol de manera natural té una millor relació amb el pacient i

els familiars, a més el nivell d'estrès associat al treball disminueix.

En aquest sentit, i amb l'objectiu de donar suport als professionals de la salut d'una unitat de cures pal·liatives (UCP), es proposa de crear una eina virtual, en forma de pàgina web (acompanyament), inclosa dins la Intranet de l'hospital. Atès que el contingut està relacionat amb informació confidencial dels pacients, l'accés a la plataforma és restringit al personal de la UCP, garantint així el respecte a la intimitat i la privacitat de les dades.

La portada explica el funcionament de la pàgina i redirigeix l'usuari a les diverses seccions, concretament quatre pestanyes que poden ser de gran utilitat pels professionals. La Pestanya 1 (El perquè) mostra una explicació teòrica dels avantatges de treballar aspectes relacionats amb la mort i el dol. La Pestanya 2 (El racó) és un lloc interactiu que, a més d'informar el personal sanitari dels decessos ocorreguts a la unitat i de les comunicacions dels familiars a posteriori, serveix perquè el personal pugui expressar opinions i sensacions de cares a la resta de companys. La Pestanya 3 (Propostes) facilita eines literàries, audiovisuals, cursos, articles, etc., per poder aprofundir en el tema de la mort. Finalment la Pestanya 4 (Suport Individual) permet, a aquells que ho creguin convenient, de fer consultes individuals al servei de psicologia de la unitat. Aquest suport virtual pretén ser una eina d'ajuda que contribueix a rebaixar l'estrès associat a la mort, a gestionar les emocions de manera adequada i a possibilitar un creixement personal als professionals de la salut de la UCP que així ho desitgin.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 12

Título: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REALIDAD VIRTUAL COMO HERRAMIENTA DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD ANTICIPATORIA A UNA SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA.

Autores: TORRES GARCÍA, A.^{1,3,4}; ESTAPÉ MADINABEITIA, T.²; GUTIERREZ-MALDONADO, J.¹; ABAD ESTEVE, S.³; y GARCÍA PEÑALVER, M.⁵

Centro de trabajo: ¹ UNIVERSIDAD DE BARCELONA; ² FEFOC, (FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN PÚBLICA Y LA FORMACIÓN EN CÁNCER), BARCELONA. ³ UNIDAD DE CONSEJO Y CUIDADO ONCOLÓGICO SANITAS MILENIUM IRADIER BARCELONA ⁴ PSIOUS- BARCELONA. [HTTPS://WWW.PSIOUS.COM/](https://www.psious.com/) ⁵ UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

RESUMEN/INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han planteado la eficacia y utilidad que tiene la realidad virtual en entornos oncológicos, con el objetivo de reducir síntomas y nivel de estrés, así como promover la disminución de emociones negativas y favorecer el afrontamiento de la enfermedad durante el tratamiento.

OBJETIVOS

Describir las características de un programa de realidad virtual mediante intervención psicológica en pacientes oncológicos que van a ser sometidos a quimioterapia. A partir del objetivo principal planteamos objetivos de intervención consistentes en:

- Disminuir las emociones negativas que produce el pensar en el primer día de tratamiento quimioterapia mediante la aplicación de una intervención en la que los pacientes obtendrán una vista previa de 360 grados antes del procedimiento de quimioterapia, con el fin de recrear la situación y por lo tanto anticipar y tener más control de su tratamiento a nivel perceptivo, favoreciendo el afrontamiento a la ansiedad mediante estrategias *Mindfulness*.

MÉTODO

El programa de intervención se ha planteado en 3 sesiones individuales de 30 minutos, con 3 módulos de tratamiento cada una: Anticipación (dos entornos virtuales: sala de espera y box de tratamiento). Distracción (entornos virtuales) y *mindfulness* con pautas.

Se establecen tres grupos de análisis: grupo control (psicoeducación), grupo 1 (anticipación con realidad virtual) y grupo 2 (anticipación con realidad virtual y *Mindfulness*)

MATERIALES

Se valorará la ansiedad y depresión, el afrontamiento, el estado biofeedback durante la sesión virtual y estado de ánimo a través de escalas visuales.

RESULTADOS

El estudio se encuentra en fase inicial. Actualmente se están analizando los resultados.

CONCLUSIONES

Esta propuesta de intervención considera la posibilidad de incorporar la realidad virtual en las unidades de Oncología, y reforzar mediante esta herramienta los propios recursos de los pacientes.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 13

Título: PREDICTORS OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND SUICIDAL IDEATION IN ONCOLOGIC PATIENTS.

Autores: DÍAZ-FRUTOS, D.; LÓPEZ-CASTROMAN, J.; BACA-GARCÍA, E. GARCÍA FONCILLAS, J.

Centro de trabajo: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. BARCELONA, CHRY MONTPELLIER, FRANCIA. HOSPITAL JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID.

AIM:

To investigate the factors associated with psychological distress and the severity of suicidal ideation in cancer patients under curative and palliative treatment.

METHODS:

We comprehensively assessed the demographic, cancer diagnoses psychosocial (stressful events, hopelessness, anxiety, depression, body image, quality of life, personality, etc.), and health factors of 202 in-patients with cancer in a medical oncology ward. The characteristics of inpatients with high and low suicidal ideation were retrospectively compared. Of the total, 158 patients under palliative treatments, with high and low distress, according to the Hospital Anxiety and Depression Scale (two cut-off points, >13 and >20), were compared. First, a regression model was built to examine the relationship between the significant factors and suicidal ideation retained after the univariate analyses. Finally, a second logistic regression model was constructed to identify the best predictors of psychological distress.

RESULTS:

Half of the participants were female, most of them receiving palliative care and older (>61 years). Patients had lung cancer (30%), colon-rectum (25%), male genitourinary system (11%) and female genitorurinary system (32%). One of every four patients presented high scores of suicidal ideation. Logistic regression analyses retained depression, hopelessness, and

advanced age as the main risk factors for high suicidal ideation.

Advanced cancer is a stressful experience that affects all life's domains: physical, mental, financial, spiritual and marital. 158 patients were under palliative treatments, of them 128 presented high psychological distress (HADS>13) and 68 (HADS>20). For both cut-offs, the multivariate model retained for emotional functioning, hopelessness and body image distortions.

CONCLUSIONS:

In this exploratory study, the results confirm the excessive prevalence of suicidal ideation (25.2%) in oncologic patients, estimated to be 17-25%. Patients with advanced cancer fulfilled depression and anxiety symptomatology, hopelessness and low quality of life which are predictors of suicidal behaviors. Patients feel detached from their social background during prolonged hospitalizations, this loss could be translated in emotional disturbances. As well, the special situation of patients at the end of their lives affects their integrity together with the emotional distress and loss of body image. Advanced lung cancer patients may have very poor prognosis and low survival and presented higher levels of psychological distress. Psychological interventions from a psycho-oncology perspective for patients and family caregivers is considered to be an important tool in palliative care units. Well-designed palliative care units provide the necessary comfort for the patients and their relatives with a reduced cost.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

COMUNICACIÓN Nº 14

Título: TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA ENTRE ONCÓLOGO Y PACIENTE: SDM-Q-9 Y SDM-Q-DOC.

Autores: GARCÍA, S.; CASTELO, B.; BEATO, C.; GARCÍA, T.; SORIANO, M.C.; MUÑOZ, M.C.; ROGADO REVUELTA, J.; CARMONA, A.; JARA, C.; y CALDERÓN, C.

Centro de Trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID; GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN, SEVILLA; HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, MURCIA; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ, CUENCA; HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ, CUENCA; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA, MADRID; HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, MURCI; FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN, MADRID; UNIVERSIDAD DE BARCELONA, BARCELONA.

OBJETIVO:

El cambio de paradigma en la relación médico-paciente ha permitido una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso de su enfermedad, favoreciendo un incremento de la satisfacción de médico y paciente. Herramientas específicas como el SDM-Q-9 (versión paciente) y el SDM-Q-doc (versión médico) permiten evaluar dicha relación. El objetivo del estudio es la adaptación al castellano de ambas escalas y analizar sus propiedades psicométricas.

MÉTODOS:

Los participantes fueron pacientes (n=111) con cáncer no metastásico y sus médicos (n=24) de 11 centros españoles (proyecto-NEOCOPING). Las variables consideradas en el estudio fueron: sociodemográficas, clínico-patológicas, personales y sociales. La satisfacción con la toma de decisión compartida se evaluó con: Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q) versión paciente y versión médico.

RESULTADO:

La edad media fue 57.8 años (SD=12.7), un 56% eran mujeres. Principalmente fueron: cáncer de mama (35%), colon (35%) y estómago (15,3%), estadio I-II (50%). Los resultados

indican que la versión en castellano del SDM-Q-9 ($\alpha=0.86$) y SDM-Q-doc ($\alpha=0.91$) tiene buenas propiedades psicométricas. El análisis de la estructura factorial mediante el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett indican que ambas escalas presentan buenas propiedades. Tanto paciente como médico estuvieron satisfechos con la toma de decisión compartida (85% y 82%, respectivamente) y no se hallaron diferencias significativas según sexo, pero sí en función del tumor. Los médicos con paciente con cáncer de colon estuvieron más satisfechos en la toma de decisión compartida que los médicos con pacientes con cáncer de mama (p=.006).

CONCLUSIONES:

Estos resultados sugieren que la utilización conjunta de ambas versiones del SDM-Q pueden ser un instrumento fiable y válido para evaluar la satisfacción con la toma de decisión compartida.

REFERENCIAS

Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. Patient Educ Couns. 2010;80:94-9.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 1

Título: ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES BIOPSIKO-SOCIALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES ATENDIDOS POR UN EAPS.

Autores: AVILÉS, E.¹; CASTELLANO, R.¹; VICENTE, L.¹; FERNÁNDEZ, L.¹; AROCA, A.²; y VALERA, M.³

Centro de trabajo: ¹EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (EAPS). REGIÓN DE MURCIA. OHSJD/FISJ; ² ENFERMERA SERVICIO MURCIANO DE SALUD; ³ ENFERMERA HOSPITAL GENERAL REINA SOFÍA (MURCIA).

RESUMEN/INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La existencia de enfermedad puede producir un impacto en la persona ocasionando cambios a nivel físico, psicológico, conductual y social, pudiendo disminuir su calidad de vida. Así, se hace necesario el estudio de la relación entre variables somáticas y emocionales, con el fin de ayudar a mejorar la calidad de la intervención con el paciente.

Se plantea como objetivo analizar si existe correlación entre determinadas variables socio demográficas y de salud (edad, sexo, apoyo familiar y social, tipo de asistencia, diagnóstico y existencia de enfermedad avanzada) y la percepción de calidad de vida (CV).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio correlacional de una muestra de 143 pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios, oncológicos y no oncológicos en diferentes fases de la enfermedad, entre abril y junio de 2015. Los instrumentos de medida fueron el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EuroQol-5D (EQ-5D) y un cuestionario diseñado ad-hoc para la obtención de datos socio demográficos y clínicos para el estudio.

RESULTADOS

Las dimensiones de CV peor valoradas son “actividades cotidianas” (71%) y “ansiedad/depresión” (59%). Se evidencia una relación negativa entre edad y CV ($r_{xy}=-0.217$,

$p=0.009$). Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones: apoyo socio/familiar ($T(141)=2.670$, $p=0.008$), tipo de asistencia ($T(141)=-4.264$, $p=0.000$), diagnóstico ($T(141)=2.132$, $p=0.035$) y enfermedad avanzada ($T(141)=-6.024$, $p=0.000$). No existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo en la valoración de CV ($T(141)=-1.843$, $p=0.067$).

CONCLUSIONES

El análisis estadístico de los datos señala la existencia de correlación entre CV y apoyo social/familiar, tipo de asistencia, diagnóstico y enfermedad avanzada. El análisis de regresión mostró que las variables “enfermedad avanzada” y “tipo de asistencia” constituyen un buen conjunto de predictores para pronosticar la CV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delgado-Sanz MC, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo Pérez F, Fernández-Mayoralas G, et al. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:555-68.
- Morcillo, V., Lorenzo, A., Domínguez, P., Rodríguez, R. & Torijano, M.J. Desigualdades en la salud auto percibida de la población española mayor de 65 años. *Gac San* 2014;28:511-21.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 2

Título: MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE AL *BURNOUT*: ¿ES NECESARIO INTERVENIR?

Autores: CANO, A.; CARBAJO, I.; GARCÍA, S., GOLOBARDES, M.; LEIVA, M.; BELMONTE, S.; MARÍN, A.; GONZÁLEZ, A.; y LÓPEZ-FANDO, T.

Centro de trabajo: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC)

RESUMEN/INTRODUCCIÓN:

Existe amplia evidencia sobre la elevada prevalencia del síndrome de estar quemado (*burnout*) entre los profesionales sanitarios dedicados a la oncología en comparación con otros profesionales (1). El *burnout* es un trastorno con síntomas tanto psicológicos como físicos diagnosticado en base a tres aspectos: desgaste emocional, despersonalización y percepción de pobre realización personal (2). La literatura describe como los principales predictores de la aparición de dichos síntomas la percepción de una elevada exigencia o de expectativas irrealistas sobre el trabajo a desempeñar, la sensación de escaso control en el ambiente laboral, y la percepción de poco reconocimiento y apoyo por parte de los responsables y compañeros (3). Como indicó S. Proust recientemente (4), una de las misiones de los psicólogos del ámbito de la salud es no sólo identificar los factores de riesgo psicosocial frente al estrés ocupacional, si no promover las herramientas y recursos que contribuyen a su prevención. Así el objetivo del presente estudio es valorar en qué medida dichos factores de protección son conocidos y utilizados a nivel individual, de equipo y organizacional, por los profesionales de los centros sanitarios donde la asociación española contra el cáncer (AECC) de Barcelona colabora como proveedora de servicio de apoyo psicológico al enfermo oncológico y su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello llevaremos a cabo un estudio descriptivo transversal en el que relacionaremos variables socio demográficas y características de la labor asistencial de los perfiles implicados (médicos, enfermeras y auxiliares) y de los responsables de la gestión de equipos y de la institución sanitaria (jefes de servicio, gerentes y directores), con su

satisfacción laboral, y el uso y conocimiento de las medidas preventivas descritas en la literatura específica (5). La muestra será recogida por los psicólogos de la AECC implicados en 6 hospitales comarcales de Barcelona y 2 centros socio-sanitarios a través de un cuestionario *ad hoc*.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA:

Conocer el nivel de información y de aplicación de ciertos factores protectores frente al *burnout* en estos centros nos permitirá, como entidad encargada de prevenir o disminuir el impacto del cáncer en la población, valorar la necesidad de intervenir mediante la formación en estrategias personales y organizacionales en dichas instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eelen S, Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Jacobs E, Verzelen A. The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology* 2014; 23:1415-22.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
- Le Blanc PM, Peeters MCW. Towards a match between job demands and sources of social support : a study among oncology care providers. *Eur J Work Org Psychol* 2001;10:53-72.
- Proust S. Prévenir l'épuisement professionnel par la mobilisation des ressources psychosociales: l'organisation du travail dans son rôle potentiellement bienveillant. *Psycho-Oncologie* 2015;9:69-75.
- Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS). Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support, 12 décembre 2014. Copyright AFSOS.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 3

Título: DETECTANDO EL MOTIVO DE INTERCONSULTA PSICOONCOLÓGICA EAPS, UNA AYUDA AL PROFESIONAL ONCÓLOGO.

Autores: CASTELLANO ÁLVAREZ, M.R.

Centro de trabajo: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, MURCIA.

RESUMEN/INTRODUCCIÓN

Detectar los motivos emocionales subjetivos que el paciente trae a consulta oncológica puede ser complejo. ¿Esto se realiza en condiciones difíciles para el enfermo?

OBJETIVO

Ayudar al profesional oncólogo a discriminar los motivos de interconsulta psicooncológica. Facilitando la detección.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio trasversal descriptivo mediante encuesta de los motivos de la demanda al psicooncólogo, 120 cuestionarios (encuesta) sin cumplimentar 63%. N= 75.

Se crea una interconsulta (*ad hoc*).

RESULTADOS

En las respuestas a la encuesta, se mostró que en un 90,74% la demanda al psicooncólogo se realizaba en condiciones extremas y/o difíciles para el enfermo. De 2966 pacientes en 1ª consulta oncología

(2013-2015), se derivan con interconsulta 911 pacientes

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados una interconsulta psicooncológica específica ayuda al profesional clínico en el abordaje holístico del enfermo de cáncer. El trabajo psicológico es interdisciplinar y multidimensional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso C. Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico. En V. Valentín V, Alonso C, Murillo MT, Pérez P, Vilches, Y. editores. Oncología en atención primaria Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología., 2003. p. 771-783.
Instituto Catalán de Oncología (ICO), 2008. Revista Medicina Clínica. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/Uno-de-cada-cuatro-pacientes-con-cancer-presentan-ansiedad-o-depresion>.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 4

Título: INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA Y FALTA DE APOYO SOBRE EL ESTADO ANÍMICO DE PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL, EAPS.

Autores: CASTELLANO ÁLVAREZ, M.R.

Centro de trabajo: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, MURCIA.

RESUMEN/INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La enfermedad onco-hematológica puede producir impacto en la persona ocasionando cambios a nivel psicológico y social, pudiendo disminuir su calidad de vida.

Objetivo conocer si las variables sobre carga y falta de apoyo percibido por el paciente influyen en su estado anímico.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio forma parte del plan de calidad del Servicio de Onco-hematología donde se realiza cribado psicooncológico y social analizándose mediante diseño correlacional transversal, N: 82.

Instrumentos; escala hospitalaria de ansiedad y depresión HAD. Cuestionario CDNS detección de necesidades sociales (ad hoc) dos subescalas: sobrecarga y falta de apoyo.

RESULTADOS

Se da correlación, al 0,01, entre ansiedad y depresión, “sobrecarga” y depresión. No se haya significación entre “falta de apoyo” y el resto de variables.

Se encuentra que existe “falta de apoyo” y “sobrecarga” percibida en sujetos con depresión y ansiedad significativas (≥ 11). Las medias obtenidas en las variables son más elevadas en los adultos que

en ancianos. Existiendo diferencias entre los niveles de ansiedad, más elevados en adultos. Ambos grupos de edad presentan un nivel de ansiedad mayor al de depresión, y una falta de apoyo percibido superior a la sobrecarga percibida.

CONCLUSIONES

Existe relación significativa, al 0,01, entre sobrecarga y depresión.

Teniendo en cuenta la edad los enfermos adultos onco-hematológicos perciben más falta de apoyo cuando se da ansiedad elevada (≥ 11).

El cribado social y psicooncológico del enfermo parece que ayuda a identificar relaciones entre dimensiones importantes en su estado de ánimo que pueden influir en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kapfhammer HP. Comorbid depressive and anxiety disorders in patients with cancer. *Nervenarzt.*, 2015;86:291-2, 294-8, 300-1.

Stefani, D., Seidmann, S., Acrich, L. (2000). Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos. *Interdisciplinaria*, 2000;17: 21-8.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 5

Título: MODELO CONCEPTUAL DE RELACIÓN COMUNICATIVA CON EL ENFERMO ONCOLÓGICO: INFORMACIÓN, EMOCIÓN, DELIBERACIÓN Y COMPASIÓN (IEDC).

Autores: GÓMEZ COLLDEFORS, M.

Centro de trabajo: AECC-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LA ARRIXACA”.

RESUMEN/INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La comunicación es el fundamento de una buena relación clínica y de cualquier intervención terapéutica. Nuestro objetivo es definir un modelo comunicativo para su aplicación en la relación clínica con el enfermo oncológico y su familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos y libros en español e inglés junto a la experiencia clínica de los autores de más de 20 años de asistencia clínica en todas las fases de la enfermedad oncológica.

RESULTADOS

Con la información de la revisión bibliográfica, hemos publicado un libro (“Guía clínica de comunicación en Oncología”; Editorial Desclée de Brower, Bilbao, 2014) que define los objetivos y las mejores estrategias comunicativas en los diferentes momentos de la trayectoria de la enfermedad: fundamentos generales, información de alto impacto emocional (“malas noticias”), toma de decisiones sobre el tratamiento, información sobre el pronóstico de la enfermedad, preparación

anticipada del final de la vida, relación con la familia, gestión de conflictos. Posteriormente, definimos un modelo comunicativo que diferencia el contenido de la información (“lo que decimos”), la relación emocional con el enfermo y su familia (“cómo lo decimos”), el proceso deliberativo de toma de decisiones (“lo que decidimos”) y la valoración integral del sufrimiento. Este modelo teórico puede servir de referencia (a los profesionales y equipos asistenciales) para su aplicación práctica, la auto-reflexión continuada del efecto conseguido en cada fase, así como para desarrollar de manera progresiva una “conciencia plena” durante toda la relación clínica.

CONCLUSIONES

El proceso comunicativo tiene componentes informativos, emocionales y deliberativos. La integración y la adaptación de estos componentes de manera consciente a cada situación particular, junto al compromiso sincero con la comprensión del sufrimiento del enfermo, definen el ejercicio de una buena práctica clínica compasiva (“alivio efectivo del sufrimiento”).

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 6

Título: APLICACIÓN DEL MODELO DE RELACIÓN COMUNICATIVA IEDC (INFORMACIÓN-COMUNICACIÓN-DELIBERACIÓN-COMPASIÓN) EN LA ASISTENCIA CLÍNICA DURANTE EL FINAL DE LA VIDA.

Autores: GÓMEZ COLLDEFORS, M.

Centro de trabajo: AECC-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LA ARRIXACA”.

RESUMEN/OBJETIVOS

Desarrollo práctico de un modelo de relación comunicativa (IEDC) para la asistencia clínica paliativa a una adolescente con un sarcoma metastásico.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 17 años, vive con sus padres y una hermana de 5 años en un medio rural. Diagnosticada de un rhabdiosarcoma alveolar (T2bN0M0) en el antebrazo derecho. Tratamiento con cirugía (dos intervenciones en dos meses por recaída local), radioterapia regional y quimioterapia. Metástasis ganglionares y óseas al finalizar el tratamiento a los seis meses del diagnóstico inicial. Tratamiento con más quimioterapia (5 líneas) y radioterapia sobre las metástasis óseas dolorosas. Progresión de la enfermedad en los seis meses siguientes con aparición de metástasis pleuro-pulmonares. Durante el año de duración de la enfermedad, acude al hospital a unas 100 citas en consultas y tiene 48 días totales de ingreso.

RESULTADOS

La intervención tiene lugar durante el último mes con el objetivo de preparar

de manera anticipada el final de la vida. Equipo profesional: médico oncólogo paliativo, psico-oncólogo, enfermería del hospital, auxiliar de clínica, médico y enfermera de asistencia paliativa en domicilio. Información: revisión narrativa de la enfermedad y de la vivencia subjetiva del sufrimiento. Emoción: reconocimiento y validación del miedo y la rabia, ayuda continuada y contacto vía “WhatsApp”. Deliberación: redefinición del objetivo del tratamiento hacia el alivio de los síntomas y a evitar el ingreso en el hospital. Compasión: compromiso sincero de seguimiento y no abandono, aplicación de reiki, búsqueda de trascendencia utilizando la música celta y el contacto con la naturaleza.

CONCLUSIONES

Conseguimos el objetivo propuesto de un alivio efectivo del sufrimiento evitable: una muerte tranquila y acompañada en su domicilio. El último mensaje que nos envió fue: *“Gracias por el trato humano y cercano que he recibido... Muchas gracias de verdad, espero que sigáis siendo así muchos años”*.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 7

Título: IDENTIFICACIÓN DE LOS VALORES COMPARTIDOS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL TRABAJO ASISTENCIAL DE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA.

Autores: GÓMEZ COLLDEFORS, M.

Centro de trabajo: AECC-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LA ARRIXACA”.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La organización del trabajo en equipo requiere la definición de unos valores compartidos que sirvan de orientación para la acción. Nuestro objetivo es definir los valores del trabajo asistencial en la planta de hospitalización de Oncología Médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Entrevistas semi-estructuradas (unos 60 minutos de duración) con todos los miembros del equipo asistencial realizadas por un psicólogo externo. Recogida de la información por escrito durante la entrevista. Análisis cualitativo con aplicación del método hermenéutico-axiológico.

RESULTADOS

40 participantes: 12 médicos adjuntos, 5 médicos residentes, 15 enfermeros, 8 auxiliares de clínica. El sentido primordial del trabajo asistencial es conseguir el máximo bienestar (alivio del sufrimiento) del enfermo y sus familiares durante el ingreso. Los valores identificados y sus componentes principales son: 1-Hospitalidad (“actitud de acogida y servicio”): espacio físico silencioso, tranquilo e íntimo; condiciones ambientales con una iluminación

adecuada, limpieza, pintura con colores vivos, olores agradables, pasillo libre; necesidad de formación de los profesionales en habilidades comunicativas y relacionales. 2-Integración transdisciplinaria (“no trabajamos solos”): comunicación, coordinación y continuidad de las decisiones e incidencias clínicas más importantes que le ocurren al enfermo; valoración integral del enfermo basada en el conocimiento biográfico. 3-Autocuidado de los profesionales (“cuidarse para cuidar”): planificación de periodos de descanso, recomendaciones sobre alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, cultivo de la espiritualidad.

CONCLUSIONES

El buen funcionamiento de los equipos asistenciales está fundamentado en la definición participativa de unos valores compartidos que permitan posteriormente el diseño de los procesos de actuación que sean efectivos, seguros y de calidad. La cultura de valores compartida genera cambios importantes en las organizaciones cuando se acompaña del compromiso, la motivación y la voluntad de mejora continua.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 8

Título: RELACIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO A LA MUERTE Y EL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ONCOLOGÍA.

Autores: GONZÁLEZ BILLALABEITIA, M.; MARTÍN GUTIÉRREZ, M.; EXPÓSITO BLANCO, A.; y RODRÍGUEZ VALCARCE, A.

Centro de trabajo: HOSPITAL SANTA CLOTILDE (HSC). HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS. SANTANDER (CANTABRIA).

OBJETIVOS

Analizar asociación entre afrontamiento de la muerte y *burnout* en profesionales de cuidados paliativos y oncología.

METODOLOGÍA

Evaluación mediante cuestionarios: Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte. Análisis estadístico: Programa G-Stat.

RESULTADOS

38 cuestionarios entregados, se recogieron 28. Uno de ellos se desestimó por incompleto.

85,71% mujeres; 33,33% auxiliares, 22,22% enfermeras, 22,22% médicos y 22,22 % otros. Años trabajados 6,32 +/- 6,55 años (1-33); mediana de 4,5. Escala Bugen: media es de 148,75 +/- 26,65 (94-199); 53,57 % con afrontamiento adecuado.

Escala MBI: 57,70 +/- 7,20 (45-70). Subescala agotamiento emocional: 18,15 +/- 6,37 (9-30); despersonalización: 7,70 +/- 2,77 (5-16); realización personal 31,41 +/- 5,32 (21-40).

Análisis bivariado: relación inversa entre afrontamiento y agotamiento emocional ($r = -0,57$; $p=0,0028$). Se ven menores puntuaciones en agotamiento en los profesionales con afrontamiento adecuado ($p=0,045$). No relación significativa del ni-

vel de afrontamiento con las puntuaciones en despersonalización y realización personal.

Relación entre categoría profesional y nivel de agotamiento emocional; enfermeros y médicos presentan puntuaciones más altas ($p=0,0008$); resto de escalas de burnout no muestran diferencias significativas entre perfiles profesionales; tampoco en la escala afrontamiento de la muerte. No relación entre puntuaciones obtenidas con respecto a sexo y tiempo trabajado.

CONCLUSIONES

Los profesionales con afrontamiento adecuado, parecen presentar menores niveles de agotamiento emocional; esto sugiere que trabajar el afrontamiento pudiera proteger al personal que atiende pacientes oncológicos y/o paliativos del *burnout*.

Enfermeros y médicos presentan los niveles más altos de agotamiento emocional, lo que nos hace pensar que pudieran existir otros factores: nivel de responsabilidad y rol con respecto al paciente, que se relacionan con el riesgo de *burnout*.

Consideramos necesario realizar estudios que incluyan otras variables que puedan influir en el síndrome y con mayor tamaño muestral para poder establecer conclusiones más sólidas.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 9

Título: ESTADO EMOCIONAL Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER.

Autores: GONZÁLEZ FERNÁNDEZ S.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ C.; PÉREZ ÁLVAREZ M.; PADIERNA SÁNCHEZ, C; y BESTEIRO GONZÁLEZ, J.L.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

Se plantea que una menor implicación en actividades valiosas y la evitación inflexible de pensamientos, sentimientos y recuerdos relativos al proceso oncológico pueden tener un papel central en las dificultades emocionales de los supervivientes de cáncer. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los patrones de activación/evitación psicológica de los supervivientes y sus dificultades emocionales (ansiedad, depresión y distrés general).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio predictivo transversal. Se evaluó el estado emocional (HAD, BSI-18, BDI- IA-SCA), la calidad de vida (EORTC QLQ-C30) y la activación/evitación (EROS, AAQ-II, BADS) de 41 supervivientes. Los datos se analizaron mediante un análisis de regresión lineal múltiple.

RESULTADOS

En torno a la mitad de las personas de la muestra presentaban malestar emocional clínicamente significativo. La ansiedad fue más frecuente que la depresión. La evitación explica un porcentaje alto de la varianza en ansiedad, depresión y distrés general. Una menor implicación en acti-

vidades relevantes contribuye, de manera más específica, a explicar la variabilidad en la depresión. También la fatiga determina un porcentaje considerable de las dificultades emocionales de los supervivientes oncológicos. Las variables predictoras seleccionadas explican un porcentaje muy alto de la variabilidad en las dificultades emocionales (68,7 – 83,6%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Se considera importante tener en cuenta la evitación y la implicación en actividades relevantes con el objetivo de prevenir, evaluar y tratar las dificultades emocionales más prevalentes en los supervivientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Foster C, Wright D, Hill H, Hopkinson J, Roffe L. Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care* 2009;8:223-47. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2008.01001.x
- Hayes SC, Strosahl, K, Wilson KG.. *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwe, 2014.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 10

Título: EFECTOS DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO EMOCIONAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE PULMÓN: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO.

Autores: GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, S.; VILLORIA-FERNÁNDEZ, E.; FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, C.; y FERNÁNDEZ-GARCÍA P.

Centro de trabajo: FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

Valorar la eficacia de la Activación Conductual (BA) para mejorar la calidad de vida y estado emocional de enfermos oncológicos de pulmón y mama durante la quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

158 pacientes oncológicos de reciente diagnóstico fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones: grupo experimental de BA (4/6sesiones), grupo control en el que se evaluó calidad de vida (4/6sesiones). Todos los participantes completaron, en cada sesión y en seguimientos, escalas estandarizadas de calidad de vida y estado emocional (QLQ-C30,HADS,IKS,FWB,PWB). Se empleó un diseño de medidas parcialmente repetidas. La evolución y tendencia de las variables se realizó mediante MLG y MLM.

RESULTADOS

Pacientes con cáncer de mama: Al inicio, se observó una valoración satisfactoria de calidad de vida y estado emocional. Durante el tratamiento, se produjo un incremento de síntomas físicos, mayor en el G.E.($p<0,05$), y un deterioro de calidad de vida que mejoró($p<0,05$) en el seguimien-

to. Pacientes con cáncer de pulmón: La calidad de vida estaba más deteriorada.

Ambos grupos mejoraron al final del tratamiento pero sólo el grupo de BA mostró mejoría en el estado funcional general ($p<0,009$); incremento de la actividad social ($p<0,03$), de rol ($p<0,03$) y cognitiva ($p<0,02$); y decremento de síntomas físicos. Los beneficios se debilitaron en el seguimiento. Sólo en los grupos de BA los valores de ansiedad y/o depresión descendieron a lo largo del tiempo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La BA parece una intervención adecuada para recuperar la actividad social y de rol y mejorar el estado de ánimo de pacientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández C, Villoria E, Amigo I, Padierna C, Gracia JM, Fernández R. Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 2011;27: 278-91.
- Fernández C, Villoria E, Fernández P, González S. Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología* 2014;11:199-215.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 11

Título: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN EAPS.

Autores: GUERRERO GUTIÉRREZ, L.

Centro de trabajo: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID.

RESUMEN

El sistema familiar es una parte indispensable de la unidad a tratar en CP y constituye el principal soporte físico, emocional, social y espiritual del enfermo, siendo afectado a todos los niveles y requiriendo un proceso de adaptación similar al del enfermo y para poder gestionar su angustia y su dolor, además de proveer apoyo emocional y cuidado físico al enfermo y mantener el funcionamiento cotidiano.

OBJETIVO

Conocer las características de los familiares de pacientes con cáncer atendidos por el EAPS en los ER que conforman el grupo Quirón salud, para mejorar la asistencia psicológica.

MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo de características demográficas y psicológicas. Se atendió a un total de 992 familiares de pacientes paliativos oncológicos por el EAPS de la FJD durante el periodo comprendido entre febrero del 2015 y enero del 2016.

RESULTADOS

Se analizaron 782 registros que tenían todas las variables completas. Se observó que el 65,9% de la muestra son mujeres cuyo parentesco con el paciente es de hijas (46,4%), el 70,1% estaba casados y la situación laboral del 49,9% era activa. En el 86,6% de los casos el vínculo familiar era sólido a pesar del 50% con comunicación difícil, el 79,9% tenía cobertura de cuidados.

El malestar emocional fue alto en un 48,3% de la muestra, el 49,3% refirió ansiedad alta, la adaptación era de 79,6% de moderada a excelente y con riesgo leve de sobrecarga de 54,7% y un riesgo de claudicación familiar de 41,3%. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo, edad o parentesco.

Es necesario conocer las características de la población para realizar intervenciones más efectivas y beneficiosas para el binomio enfermo-familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rolland JS. Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa, 2000.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 12

Título: TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL CUIDADOR ONCOLÓGICO.

Autores: HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ, M.; y BORDA ELAJABARRIETA BERMEO, J.L.

Centro de trabajo: BILBAO. UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. OSI BILBAO-BASURTO, CENTRO DE SALUD MENTAL. OSI BARRUALDE-GALDAKAO.

RESUMEN/ OBJETIVOS

Presentar los síntomas emocionales del cuidador oncológico, y los abordajes psicológicos utilizados.

MÉTODO, RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Descripción y valoración de la experiencia del psicólogo clínico y psicooncólogo en los cuidados del equipo oncológico, en el ámbito hospitalario.

Nuestra relación con los demás puede ser un factor de gratificación, pero también de frustración y sufrimiento, en mayor medida incluso que el trauma de la enfermedad.

Ambos factores confluyen en el contexto de atención y cuidado del paciente oncológico grave. Los profesionales de la oncología pueden verse afectados, primero por la frustración del ideal de curar, en situaciones límites, que generan impotencia, o culpa, por lo pudimos hacer y no llegamos, o por lo que hicimos de más; y en segundo lugar, vicariamente, por los procesos humanos de identificación con el enfermo, en situaciones continuas de dolor, pérdidas, muerte y duelo.

Observamos reacciones comunes en los cuidadores, normales y comprensibles, pero también alteraciones o síntomas graves, como la sobre-implicación emocional con el enfermo, que conduce a la fatiga,

y, en el extremo, evitaciones, fobias y angustias, que desbordan emocionalmente al cuidador, conducen a la despersonalización de los cuidados, y al sentimiento de impotencia en el trabajo. Otras son reacciones particulares, dependientes de la singularidad del sujeto cuidador, de su estructura, y de lo que denominamos su propia contratransferencia ante el enfermo.

Ante ello, el psicooncólogo –orientado por el psicoanálisis– trata de favorecer la elaboración de lo traumático, de los afectos que surgen en el trabajo, y las conductas derivadas. Sabemos que un profesional bien orientado, que vive su trabajo con satisfacción, y no interpreta los límites como fracasos personales, se fatiga menos, y está menos quemado.

Asumiendo que prevenir y tratar la emergencia de estas reacciones debe ser función, en primer lugar, del equipo sanitario –la responsabilidad por el propio cuidado–, el psicooncólogo puede ofrecer una salida grupal o particular en cada caso, desde un lugar ‘externo’ al equipo. Encontramos, así, experiencias grupales (reuniones del equipo tras la pérdida, facilitadores del duelo, grupos Balint de apoyo emocional, talleres temáticos de reflexión), e individuales (supervisión clínica de casos, o el trabajo personal, sea con un psicoanalista, o un psicoterapeuta), como resultado de la interacción del sujeto con el grupo.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 13

Título: SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Autores: MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, T.

Centro de trabajo: EAPS CRUZ ROJA ALMERÍA.

INTRODUCCIÓN

Tener presente a las personas cuidadoras de pacientes oncológicos para conocer el grado de satisfacción de la atención recibida en una unidad de cuidados paliativos hospitalarios.

El presente trabajo apuesta, por usar un instrumento corto, sencillo y comprensible, que la persona pueda beneficiarse de la exploración que se está llevando a cabo (Bayés, 2001).

OBJETIVOS

Conocer el grado satisfacción de los cuidadores principales sobre la calidad de la atención recibida, en la Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, perteneciente al Distrito Sanitario de Almería Centro.

Identificar los aspectos del proceso asistencial percibidos por la población como insatisfactorios y que puedan ser susceptibles de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra estaba compuesta por 227 pacientes hospitalizados en la Unidad durante 1 año. Fueron enviadas 146 encuestas (excluyéndose los casos con una estancia inferior a 24 horas).

Se utilizó el cuestionario de Molina et al 2006 enviado a los cuidadores principales tras 2 meses del fallecimiento, previa solicitud telefónica.

RESULTADOS

Se recibieron 43 encuestas de 146 (29,45%). Predomina el sexo femenino (83,7 %); y edad media 61,33 años. Se obtiene en 10 áreas de atención un porcentaje de satisfacción superior al 70% (alivio de síntomas, seguimiento médico, estado de ánimo del paciente, problemas del cuidador, trato mable, accesibilidad del equipo, información adecuada, muerte tranquila, ayuda al cuidador en fallecimiento y seguimiento del equipo). La Valoración global media es de 8,32.

CONCLUSIONES

Buena cobertura de las expectativas de las personas encuestadas en todos los ámbitos de atención, con resultados iguales o superiores a los de la bibliografía.

Coincidiendo con otros estudios, existe la duda de si únicamente contestaron aquellas personas cuidadoras más satisfechas, convirtiéndose en una fuente de sesgo, y pudiendo llegar a ser una limitación que no permite generalizar los resultados.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 14

Títol: DETECCIÓ DE PACIENTS AMB RISC PSICOLÒGIC DURANT LA RADIOTERÀPIA: EL PAPER DEL TÈCNIC SUPERIOR EN RADIOTERÀPIA.

Autors: MARTÍNEZ SANDBERG, M., TÈCNIC SUPERIOR EN RADIOTERÀPIA. INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA- GIRONA (mmsandberg@iconcologia.net); PADILLA BOIX, A. . INFERMER ONCOLOGIA RADIOTERÀPICA. INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA – GIRONA (apadilla@iconcologia.net); Y PELÁEZ LORCA, S. INFERMER ONCOLOGIA RADIOTERÀPICA. INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA – GIRONA (spelaez@iconcologia.net).

INTRODUCCIÓ:

Una adequada valoració inicial del pacient per part d'infermeria per determinar els factors de risc de distrès previ a l'inici del tractament, permet detectar l'aparició de simptomatologia psicopatològica abans o durant el curs de la Radioteràpia. En cas que es compleixin aquests criteris es deriva el pacient a la Unitat de Psicooncologia.

OBJETIU:

Analitzar el perfil dels pacients derivats a la Unitat de Psicooncologia de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) que realitzen tractament amb radioteràpia durant 2015.

METODOLOGIA:

Estudi observacional descriptiu transversal dels pacients que durant el 2015 han rebut tractament de Radioteràpia a l'ICO i han precisat derivació a la Unitat de Psicooncologia, d'un total de 1.278 pacients anuals tractats. Variables d'estudi: sexe, motiu derivació, moment de derivació.

RESULTATS:

S'han derivat 8 pacients (0,6%) des de la Consulta d'Infermeria d'Oncologia Radioteràpica durant l'any 2015 del total de les primeres visites realitzades a la Consulta d'Infermeria (1.385).

El percentatge de primeres visites realitzades a la Unitat de Psicooncologia que provenien de la Consulta d'infermeria de Radioteràpia ha estat d'un 1,4% (8).

El motiu de derivació van ser: 50% (4) tristesesa perllongada, apatia i plor fàcil; 25% (2) Plor fàcil/labilitat emocional; 25% (2) Insomni/Trastorn del son, problemes de concentració importants.

El 62,5% (5) de pacients derivats van ser dones front el 37,5% (3) homes.

El 87,5% (7) dels pacients derivats realitzaven un tractament radical versus el 12,5% (1) que era pal·liatiu. El 87,5% (7) dels pacients es van derivar en la primera visita d'infermeria. Un únic pacient es va derivar en la sessió 8 de tractament (12,5%).

CONCLUSIONS:

Existeix una baixa taxa de derivacions a la Unitat de Psicooncologia. La primera visita d'infermeria és el moment del procés en què es deriven més pacients. Una formació dirigida als Tècnics Superiors en Radioteràpia i l'ús dels instruments de cribatge podria millorar la detecció d'aquests pacients a l'atenció especialitzada.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Indicadors d'interconsulta per a la derivació del pacient a la Unitat de Psicooncologia. Procediment de Consultes Externes. 23/05/2011. Instrucció Primera Visita d'Infermeria ICO Girona. 18/03/2015.
- Fawcy Fl. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. Eur J Cancer 1999;31:1559-64.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 15

Título: ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA SEGÚN EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA: ADYUVANTE VS. NEOADYUVANTE.

Autores: NARVÁEZ ARRÓSPIDE, A.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID.

RESUMEN/OBJETIVOS

Evaluar el estado de ánimo, estilo de afrontamiento, ansiedad y calidad de vida de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en función del tipo de tratamiento de quimioterapia recibido; neoadyuvante versus adyuvante.

MÉTODO

Se realiza un protocolo de evaluación autoaplicado en tres momentos del proceso oncológico en los dos grupos (al diagnóstico, durante el tratamiento y al finalizar el tratamiento):

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R).
- Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mini-Mac).

RESULTADOS

A mayor ansiedad mayor depresión en los tres momentos del proceso evaluado. Existen diferencias significativas al finalizar el tratamiento en calidad de vida en los dos grupos adyuvancia vs neoadyuvancia.

En las diferencias intragrupo se observa un empeoramiento de la ansiedad y mejoría en síntomas depresivos al finalizar el tratamiento.

Empeoramiento en calidad de vida durante el tratamiento de quimioterapia en ambos grupos.

CONCLUSIONES

Las intervenciones preventivas irían dirigidas al finalizar el tratamiento en ambos grupos ya sea adyuvancia o neoadyuvancia.

El empeoramiento en la calidad de vida en ambos grupos durante el tratamiento sugiere intervención psicológica. Iría dirigida a aumentar el estado de ánimo, adaptar la actividad a su situación física y a disminuir la ansiedad y todo ello utilizando: ventilación y contención emocional, control del pensamiento, relajación...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ho SS, So WK, Leung, DY., Lai, E. T, Chan CW. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17: 877-82.
- Wolmark N, Wang J., Mamounas E, Bryant J, Fisher B. Preoperative chemotherapy in patients with operable breast cancer: nine year results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B18 *J Natl Cancer Inst* 2001;30.96-102.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 16

Título: NECESIDADES PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Autores: PÉREZ LAFUENTE, P.; HERNÁNDEZ MORENO, E.; NARVÁEZ ARRÓSPIDE, A.; y GARCÍA VALVERDE, A.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID.

RESUMEN

Cuando una enfermedad oncológica aparece en la vida de una persona afecta de muy y diferentes formas: física, social, emocional, económica, etc. Es una enfermedad que va a influir tanto en el paciente como en todo el núcleo familiar y social y, a pesar de que siempre nos centramos en éste, el cual es el protagonista durante todo el proceso, tendemos a olvidarnos de los actores secundarios, la familia, a los cuales también hay que tener en cuenta. Por esto, es preciso realizar un proyecto desde un modelo multidisciplinar donde la familia forme parte. La reacción de la familia ante la aparición de esta enfermedad es muy diversa, la cual depende de distintas variables. Factores como el miedo a los tratamientos, a como pueda evolucionar su familiar, a lo que pueda ocurrir si algo sale mal, a quedarse solo... son componentes que alteran de forma significativa el funcionamiento de la familia y muchas veces la del propio cuidador principal, ya que normalmente está incluido dentro de este grupo.

OBJETIVO

Conocer cuáles son las principales necesidades psicológicas de los familiares así como el impacto que puede producirse durante el proceso oncológico. La expe-

riencia de ser cuidador modifica de manera importante la percepción de la calidad de vida de las personas.

RESULTADOS

Hemos encontrado la existencia de diferencias claramente significativas entre los cuidadores dependiendo de si el paciente es un adulto o un niño. Existen diversos métodos para evaluar de qué manera están afectadas por el cáncer las parejas y familias, los cuales analizaremos en este estudio.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en torno a unos quince artículos científicos mediante base de datos tales como Pubmed, Psycodoc, Psycinfo ... en la cual abarcaremos estas necesidades que hemos mencionado y que muestren que, cubriéndolas, mejora la calidad de vida del cuidador y con ello también en la del propio paciente oncológico.

CONCLUSIONES

En esta revisión realizaremos el planteamiento de futuras líneas de intervención que nos ayuden a mejorar la intervención actual con los familiares así como la prevención de posibles dificultades que puedan surgir durante el proceso de enfermedad.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 17

Título: VALIDACIÓN DE LA ESCALA MOS-SSS DE APOYO SOCIAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS.

Autores: PRIEDE, A.^{1,2}; MARTÍNEZ LÓPEZ, P.³; ANDREU VAILLO, Y.³; RUIZ TORRES, M.¹ HERNÁNDEZ DE HITTA, F.¹; HOYUELA, F.¹; y GONZÁLEZ-BLANCH, C.¹

Centro de trabajo: ¹HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA; ²HOSPITAL COMARCAL LAREDO; ³ UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

RESUMEN/OBJETIVOS

Validar la versión en castellano del cuestionario MOS-SS de apoyo social percibido (Sherbourne y Stewart, 1991) en una muestra de pacientes oncológicos recién diagnosticados.

MÉTODO

Se evaluó una muestra de 131 pacientes recién diagnosticados de cáncer mediante la escala MOS-SS de apoyo social. Se realizó un análisis factorial exploratorio, mediante un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX. Se analizó la consistencia interna de cada una de las dimensiones encontradas.

RESULTADOS

Se identifica una estructura factorial con tres dimensiones: apoyo emocional / informacional / interacción social positiva (ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12, 15) y apoyo afectivo (ítems 6, 7, 10, 20). La consistencia interna fue elevada tanto para la escala to-

tal ($\alpha=.96$), como para cada una de las tres dimensiones (apoyo emocional/informacional/interacción social positiva, $\alpha=.96$; apoyo instrumental, $\alpha=.86$; apoyo afectivo, $\alpha=.87$).

CONCLUSIONES/IMPLICACIONES

Estos resultados confirman la estructura de tres factores ya encontrada anteriormente en otros estudios en nuestro país (Costa Requena et al, 2007), a diferencia del estudio original en entorno anglosajón, el cual encuentra cinco componentes. La escala MOS-SSS constituye una medida fiable y válida para evaluar apoyo social percibido en pacientes oncológicos en nuestro contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sherbourne CD. Stewart A L. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 1991;32:705-14.
- Costa Requena G, Salamero M, Gil F. [Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients]. *Med Clin (Barc)* 2007;128: 687-6

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 18

Título: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO Y FACTORES DE PERSONALIDAD EN CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Autores: RAMOS-CAMPOS, M. ^{1,2}; MESA-GRESA, P. ^{1,2}; MORENO-BAS, P.²; ESCRICHE-SAURA, A.²; JAVIER GARCÍA-HERNÁNDEZ, F.²; SAMPER-IBÁÑEZ, J. ²; y REDOLAT, R.¹

Centro de trabajo: ¹ UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGÍA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA. AV.BLASCO IBÁÑEZ, 21. VALENCIA 46010. SPAIN. ² AECC VALENCIA (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER JUNTA PROVINCIAL ASOCIADA DE VALENCIA). PLAZA POLO DE BERNABÉ, 9. 46010 VALENCIA. marta.ramos@aecc.es.

INTRODUCCIÓN:

La condición de cuidador ha sido considerada como una fuente de estrés crónico que produce efectos perjudiciales a nivel físico, cognitivo y psico-social (Nijboer et al., 2001). Los efectos deletéreos del estrés pueden estar modulados por diversos factores como la personalidad del cuidador (Kim et al., 2015). El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de estrés percibido de los cuidadores oncológicos y su relación con diversos factores de personalidad como variables moduladoras.

MATERIAL Y MÉTODO:

60 sujetos participaron en este estudio y fueron divididos en dos grupos: Familiares de pacientes oncológicos de aeccValencia (cuidadores) (n=34) y un grupo de personas ajenas a la labor de cuidado (no cuidadores) (n=26). La muestra fue valorada mediante una batería de tests: cuestionario sociodemográfico, Estrés Percibido de Cohen (PSS) y el inventario de Personalidad NEO-FFI.

RESULTADOS:

Se observaron diferencias significativas para el cuestionario PSS (t=2.91, p<0.01). En cuanto a los tipos de personalidad, se reportaron diferencias en Neuroticismo (t=2.886, p<0.05) y en Apertura a la Experiencia (t=-2.36, p< 0.05). Por otro lado, el análisis de

correlación de Pearson mostró que el estrés percibido correlaciona positivamente con el Neuroticismo (r=.74; p<0.001) y negativamente con la Extraversión (r=-.42; p<0.001).

CONCLUSIONES:

Mayores niveles de Estrés Percibido, altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Apertura a la Experiencia en el grupo de cuidadores repercuten en el bienestar del cuidador. Nuevas investigaciones pueden ayudar a diseñar estrategias que contribuyan a minimizar los efectos nocivos del estrés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tempelaar R, Triemstra M, van den Bos GA, Sanderman R. The role of social and psychological resources in caregiving of cancer patients. *Cancer* 2001; 91:1029-39.
Kim HH, Kim SY, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Shim HJ, Hwang JE4, Chung IJ, Yoon JS. Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients 2015; *Palliat Support Care* 2016;14:5-12.

AGRADECIMIENTOS:

Este proyecto ha sido financiado por UV-INV-AE15-350056, GVA PROMETEO/2011/048 y GVA PROMETEOII/2015/019. Palabras clave: cuidador, cáncer, estrés, personalidad, psicooncología.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
"EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES"**

PÓSTER Nº 19

Título: BENEFICIOS Y DESARROLLO DE LA EMPATÍA MEDIANTE METODOLOGÍAS COOPERATIVAS EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA.

Autores: VÁZQUEZ RIVAS, A.

Centro de trabajo: HOSPITAL MOISÈS BROGGI, BARCELONA.

RESUMEN

La empatía es una herramienta indispensable que debe desarrollar el profesional de enfermería con la finalidad de cuidar de forma óptima y holística al paciente y sus familiares. Enfermería presenta niveles bajos de empatía por diversos motivos: falta de entrenamiento en esta habilidad, no soporte institucional y sufrimiento al enfrentarse a situaciones que no sabe gestionar emocionalmente. La empatía puede ser desarrollada mediante metodologías cooperativas que demuestran ser efectivas.

Se demuestran los beneficios que se obtienen manteniendo una relación empática con el paciente, tanto para el paciente como para el propio profesional sanitario. Es por ello que, la empatía debe ser trabajada y desarrollada en las universidades mediante el entrenamiento, utilizando metodologías cooperativas entre iguales.

OBJETIVOS:

- Describir los beneficios de la empatía por parte del profesional de enfermería, tanto para el paciente como para el propio profesional y sistema sanitario.
- Describir la efectividad de los métodos cooperativos de aprendizaje entre iguales, como herramientas potenciales para el desarrollo de la empatía en enfermería y otros profesionales sanitarios.

MÉTODOS:

Se utiliza un método descriptivo transversal retrospectivo. Se revisaron treinta artículos de diferentes bases bibliográficas (PsichINFO,

Pubmed, Medline) siendo 22 los finalmente analizados.

RESULTADOS:

Una relación empática desarrollada por metodologías cooperativas potencialmente efectivas reduce la ansiedad, la depresión, la hostilidad y aumenta la satisfacción, hay una disminución del estrés psicológico y una mejora del auto-concepto del paciente. A nivel fisiológico, los pacientes estabilizan sus pulsaciones, respiraciones, mejoran la tensión arterial, hay una disminución de la ansiedad y el estrés, un decremento de su preocupación, así como una estabilización en los niveles de glucosa en sangre.

Además, mejora la satisfacción y aumenta la complicidad con el personal sanitario, aumenta la participación de los pacientes en sus cuidados. Los beneficios para el personal de enfermería son una disminución de padecer *burn out*, una disminución de la ansiedad, depresión y un decremento de la hostilidad. Por otra parte, un alto grado de empatía permite al médico concretar el diagnóstico del paciente realizando una anamnesis más precisa y holística del paciente.

CONCLUSIONES:

Dependiendo del grado de empatía de los profesionales, los resultados de salud y los beneficios para el paciente y el resto de profesionales variarán en mayor o menor grado, a mayor empatía mejores resultados. Sea cual sea el nivel de empatía, ésta puede ser entrenada y desarrollada por metodologías cooperativas que son más efectivas que utilizando metodologías tradicionales.

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

PÓSTER Nº 20

Título: NECESIDADES PSICOSOCIALES EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER: ESTUDIO PILOTO SOBRE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LOS INSTRUMENTOS CASUN Y QLACS.

Autores: MARTÍNEZ, P.; MARTÍNEZ, O.; MORALES, R.; GALDÓN, M.J.; y ANDREU, y.; CONCHADO PEIRÓ, A.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

Las innovaciones producidas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer han dado lugar a la existencia de un número cada vez mayor de personas que han superado una patología oncológica. Tanto en EEUU como en Europa, se han alcanzado cifras de supervivencia que superan el 50% y en nuestro país se estima en 1.500.000 las personas que han superado un cáncer; número que, previsiblemente aumentará hasta constituir el 5% de la población (SEOM, 2013). La existencia de esta amplia y creciente población ha promovido el interés por analizar la calidad de vida y las posibles necesidades existentes en las personas que sobreviven a un diagnóstico de cáncer.

Un paso previo y absolutamente necesario para la evaluación de la calidad de vida y necesidades que presentan los supervivientes de cáncer en nuestro entorno requiere dotarnos de instrumentos fiables y válidos y que permitan, al mismo tiempo, el intercambio y comparación de resultados en la comunidad científica. En este marco, nuestro propósito es la adaptación y validación del QLACS- Escala sobre la calidad de vida en supervivientes

de cáncer (Sohl, Levine y Avis, 2015) y del CaSUN- Instrumento que evalúa las necesidades no cubiertas en los supervivientes de cáncer (Hodgkinson, Butow, Hunt, Pendlebury, Hobbs, Lo y Wain G, 2007).

Siguiendo las directrices metodológicas elaboradas por la Comisión Internacional de Test (ITC, 2ª Edición) (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013) y cumpliendo, en particular, las “directrices sobre el desarrollo de test”, uno de los primeros pasos en dicha adaptación es la realización de un estudio piloto para el análisis de ítems. Dicho estudio piloto, cuyo objetivo es la elaboración de la versión final y depurada de la escala objeto de estudio, constituye el objeto de este trabajo. Más concretamente, el presente estudio, -realizado en una muestra compuesta por 34 personas de edades heterogéneas (rango 22-79 años) que han sobrevivido a un cáncer- recoge los datos obtenidos respecto a las incidencias y dificultades encontradas por los participantes; la duración estimada de la cumplimentación de la prueba y un primer análisis de ítems que muestran la dirección y sentido de los índices psicométricos más relevantes.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

ABAD ESTEVE, S.	Comunicación 12	Pág. 21
ÁLVAREZ GAMINDE, O.	Comunicación 8	Pág. 17
ÁLVAREZ, O	Comunicación 1	Pág. 10
ANDREU VAILLO, Y.	Póster 17	Pág. 40
ANDREU, Y.	Comunicación 7	Pág. 16
ANDREU, Y.	Póster 20	Pág. 43
ARCE ELORZA, M	Comunicación 8	Pág. 17
ARCE, M.	Comunicación 1	Pág. 10
ARCUSA, A.	Comunicación 5	Pág. 14
AROCA, A.	Póster 1	Pág. 24
ARRIETA ASTORKIA, A.	Comunicación 8	Pág. 17
AVILÉS, E.	Póster 1	Pág. 24
BACA-GARCÍA, E.	Comunicación 13	Pág. 22
BARAHONA CLEMENTE, T	Comunicación 3	Pág. 12
BARRETO MARTÍN, P.	Comunicación 3	Pág. 12
BEATO, C.	Comunicación 14	Pág. 23
BELMONTE, S.	Póster 2	Pág. 25
BESTEIRO GONZÁLEZ, J.L..	Póster 9	Pág. 32
BLASCO, T.	Comunicación 5	Pág. 14
BORDA ELAJABARRIETA BERMEO, J.L.	Póster 12	Pág. 35
CALDERÓN, C	Comunicación 14	Pág. 23
CANO, A.	Póster 2	Pág. 25
CARBAJO, I.	Póster 2	Pág. 25
CARMONA, A.; JARA, C.; y CALDERÓN,	Comunicación 14	Pág. 23
CASTELLANO ÁLVAREZ, M.R.	Póster 3	Pág. 26
CASTELLANO ÁLVAREZ, M.R.	Póster 4	Pág. 27
CASTELLANO, ÁLVAREZ, M.R.	Póster 1	Pág. 24
CASTELO, B.;	Comunicación 14	Pág. 23
CASTILLO, M.S.	Comunicación 2	Pág. 11

CONCHADO PEIRÓ, A.	Póster 20	Pág. 43
DEL BARRIO C.	Comunicación 10	Pág. 19
DÍAZ-FRUTOS, D	Comunicación 13	Pág. 22
ESCRICHE-SAURA, A.	Póster 18	Pág. 41
ESTAPÉ MADINABEITIA, T.	Comunicación 12	Pág. 21
EXÓSITO BLANCO, A.;	Póster 8	Pág. 31
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ C.	Póster 9	Pág. 32
FERNÁNDEZ, L.	Póster 1	Pág. 24
FERNÁNDEZ, S.	Comunicación 10	Pág. 19
FERNÁNDEZ-GARCÍA P.	Póster 10	Pág. 33
FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, C.	Póster 10	Pág. 33
FRAGUELL, C.	Comunicación 2	Pág. 11
GALDÓN, M.J.	Comunicación 7	Pág. 16
GALDÓN, M.J.	Póster 20	Pág. 43
GARCÍA FONCILLAS, J.	Comunicación 13	Pág. 22
GARCÍA PEÑALVER, M.5	Comunicación 12	Pág. 21
GARCÍA VALVERDE, A.	Póster 16	Pág. 39
GARCÍA, S.	Póster 2	Pág. 25
GARCÍA, T.	Comunicación 14	Pág. 23
GARCÍA. S	Comunicación 14	Pág. 23
GARCÍA-CONDE A.	Comunicación 4	Pág. 13
GARDOKI SOUTO, I	Comunicación 8	Pág. 17
GIL, F.	Comunicación 2	Pág. 11
GIMENO, P.	Comunicación 10	Pág. 19
GOLOBARDES, M.	Póster 2	Pág. 25
GÓMEZ COLLDEFORS, M.	Póster 5	Pág. 28
GÓMEZ COLLDEFORS, M.	Póster 6	Pág. 29
GÓMEZ COLLDEFORS, M.	Póster 7	Pág. 30
GONZÁLEZ BILLALABEITIA, M.	Póster 8	Pág. 31
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ S.	Póster 9	Pág. 32
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ S.	Póster 10	Pág. 33
GONZÁLEZ, A.,	Póster 2	Pág. 25
GONZÁLEZ-BLANCH, C.	Póster 17	Pág. 40
GUERRERO GUTIÉRREZ, L.	Póster 11	Pág. 34
GUTIERREZ-MALDONADO, J.1; 5	Comunicación 12	Pág. 21
HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ, M.	Póster 12	Pág. 35
HERNÁNDEZ DE HITTA, F.	Póster 17	Pág. 40

HERNÁNDEZ MORENO, E.	Póster 16	Pág. 39
HERNÁNDEZ, M	Comunicación 1	Pág. 10
HOYUELA, F.	Póster 17	Pág. 40
IBÁÑEZ, E.	Comunicación 4	Pág. 13
IRIARTE DE PEDRO, M.	Comunicación 8	Pág. 17
JARA, C.	Comunicación 14	Pág. 23
JAVIER GARCÍA-HERNÁNDEZ, F.	Póster 18	Pág. 41
JOVELL, E.	Comunicación 5	Pág. 14
LABRADA LERMA, A.	Comunicación 8	Pág. 17
LEIVA, M.	Póster 2	Pág. 25
LEON, C.	Comunicación 5	Pág. 14
LIMONERO, J.T.	Comunicación 2	Pág. 11
LLOMBART, P.	Comunicación 4	Pág. 13
LLUCH, A.	Comunicación 7	Pág. 16
LÓPEZ TAPIA, F.	Comunicación 9	Pág. 18
LÓPEZ, A.	Comunicación 1	Pág. 10
LÓPEZ-CASTROMAN, J.	Comunicación 13	Pág. 22
LÓPEZ-FANDO, T.	Póster 2	Pág. 25
MADRID MARTÍN, M.C.	Comunicación 6	Pág. 15
MARÍN, A.	Póster 2	Pág. 25
MÁRQUEZ RODRÍGUEZ, M.	Comunicación 8	Pág. 17
MARTÍN DE ROSALES	Comunicación 9	Pág. 18
MARTÍN GUTIÉRREZ, M.	Póster 8	Pág. 31
MARTÍN SÁNCHEZ, M.A.	Comunicación 9	Pág. 18
MARTÍNEZ BESTEIRO, E.	Comunicación 3	Pág. 12
MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, T.	Póster 13	Pág. 36
MARTÍNEZ LÓPEZ, P.	Póster 17	Pág. 40
MARTÍNEZ SANDBERG, M.	Póster 14	Pág. 37
MARTÍNEZ, A.	Comunicación 10	Pág. 19
MARTÍNEZ, J.	Comunicación 9	Pág. 18
MARTÍNEZ, P.	Comunicación 7	Pág. 16
MARTÍNEZ, P.	Póster 20	Pág. 43
MESA-GRESA, P.	Póster 18	Pág. 41
MIRAPEIX , R.	Comunicación 5	Pág. 14
MONTORO MARTÍNEZ, C.	Comunicación 3	Pág. 12
MORALES, R.	Comunicación 7	Pág. 16
MORALES, R.	Póster 20	Pág. 43

MORENO-BAS, P.	Póster 18	Pág. 41
MUÑOZ, M.C	Comunicación 14	Pág. 23
NARVÁEZ ARRÓSPIDE, A.	Póster 15	Pág. 38
NARVÁEZ ARRÓSPIDE, A.	Póster 16	Pág. 39
NOVO CORRAL, A.	Comunicación 8	Pág. 17
OLIVER, A.	Comunicación 10	Pág. 19
PADIERNA SÁNCHEZ, C;	Póster 9	Pág. 32
PADILLA BOIX, A.	Póster 14	Pág. 37
PELÁEZ LORCA, S	Póster 14	Pág. 37
PÉREZ ÁLVAREZ M.	Póster 9	Pág. 32
PÉREZ LAFUENTE, P.	Póster 16	Pág. 39
PÉREZ ORDOÑEZ, F.	Comunicación 9	Pág. 18
POVEDA, A.	Comunicación 4	Pág. 13
PRIEDE, A.	Póster 17	Pág. 40
RAMOS-CAMPOS, M.	Póster 18	Pág. 41
REDOLAT, R.	Póster 18	Pág. 41
RODRÍGUEZ MARTÍN, M.	Comunicación 8	Pág. 17
RODRÍGUEZ VALCARCE, A.	Póster 8	Pág. 31
ROGADO REVUELTA, J. C..	Comunicación 14	Pág. 23
ROMERO COTELO, J.	Comunicación 9	Pág. 18
ROMERO RODRÍGUEZ, Y.	Comunicación 9	Pág. 18
ROMERO, R.	Comunicación 4	Pág. 13
ROMERO, R.	Comunicación 7	Pág. 16
RUDILLA, D.	Comunicación 10	Pág. 19
RUIZ TORRES, M.	Póster 17	Pág. 40
SAMPER-IBÁÑEZ, J.	Póster 18	Pág. 41
SEGUÍ, M.A	Comunicación 5	Pág. 14
SIGNES, P.	Comunicación 10	Pág. 19
SOLER AUGUET, J.	Comunicación 11	Pág. 20
SORIANO, M.C	Comunicación 14	Pág. 23
TORRES GARCÍA, A.	Comunicación 12	Pág. 21
VARELA, M.	Póster 1	Pág. 24
VÁZQUEZ RIVAS, A.	Póster 19	Pág. 42
VICENTE, L.	Póster 1	Pág. 24
VILLORIA-FERNÁNDEZ, E.	Póster 10	Pág. 33
ZUGADI BÁRCENA, A.	Comunicación 8	Pág. 17

