

ONCOLOGÍA Y PSICOLOGÍA: UN MODELO DE INTERACCIÓN

Jaime Sanz y Elisabeth Modolell

Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Resumen

En el presente artículo se detalla una forma de incluir un psicólogo especialista en Oncología en un Servicio o en un hospital monográfico de cáncer. Se hace una introducción histórica de la Psico-Oncología en Estados Unidos y en España. Se contemplan los puntos de vista del oncólogo médico y el psicólogo ante las múltiples demandas del entorno familiar y del paciente con cáncer. Se describe el método de interacción actual Modelo de Interconsulta (MIC) del psicólogo en Oncología, desarrollando posteriormente el Modelo Fundacional (MFU) establecido en el MSKCC de Nueva York. Por último presentamos la experiencia de integración de un psico-oncólogo en un Servicio de Oncología Médica llevada a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). La integración del psico-oncólogo en los equipos de Oncología es posible, necesaria y beneficiosa.

Palabras clave: Psico-Oncología, modelo de interconsulta, modelo fundacional, integración, apoyo emocional, equipo terapéutico.

Abstract

In this article we present how to include a psychologist specialist on Oncology in a Service or cancer centre. We begin by describing Psycho-Oncology historical introduction in the United States and in Spain. Afterwards we trace the oncologist and psycho-oncologist point of view facing the multiple requests due the special characteristics of the illness. We continue defining the current model of inclusion of a Psycho-Oncologist on Oncology, called the Consultation Model. We describe our proposed model called Foundational Model, born in the MSKCC, New York. To conclude we explain the integration experience of a Psycho-Oncologist in an Oncology Unit that we have carried out in the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. According to our experience, the integration of the Psycho-Oncologist on Oncology medical teams is not only possible but also necessary and beneficent.

Key words: Psycho-Oncology, consultation model, foundational model, integration, emotional support, medical team.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde que se conocen las enfermedades en el ser humano sabemos que los aspectos psicológicos están involucrados en su génesis y evolución. Hace 50 años que nace la interacción entre la Oncología y la Psicología⁽¹⁾. El primer referente se origina en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por A. Sutherland en 1950⁽²⁾. En la década de los sesenta Mastrovito se hace cargo de la Unidad hasta 1977 en que la psiquiatra J.C. Holland⁽³⁾ comienza a dirigir el

Servicio de Psiquiatría (MSKCC). Durante los veinte años siguientes se estudian "los efectos humanos" del cáncer generando parte del contenido de una nueva subespecialidad de la Oncología denominada Psico-Oncología. Este término se impuso a otros como Oncología Psicosocial, Oncología Conductual u Oncología Psiquiátrica con la formación en 1984 de la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS). Holland⁽⁴⁾ ha puesto de manifiesto que los avances en la investigación psico-oncológica, así como los del propio campo, guardan una estrecha relación con los adelantos en el tratamiento y diagnóstico del cáncer. Gracias a las aportaciones asistenciales, docentes y de investigación desarrolladas por la Dra. J.C. Holland, la Psico-Oncología adquiere cada vez mayor reconocimiento dentro del acercamiento

Correspondencia:

Jaime Sanz Ortiz
Avenida de Valdecilla s/n. 39008 Santander
E-mail: oncsj@humv.es

integral al paciente oncológico. En 1999 se establecen las bases del Servicio de Medicina Integral⁽⁵⁾ del MSKCC, un programa destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, así como la del personal sanitario. En 1998, la AFCOS⁽⁶⁾ (American Federation of Clinical Oncologic Societies) publica una declaración de consenso en la que se establece la necesidad de un equipo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer que incluye los servicios psicosociales y los cuidados paliativos.

El eco del trabajo realizado en los EEUU hace que en los años 80 y de forma casi paralela las universidades de Valencia, Zaragoza y la Autónoma de Barcelona⁽⁷⁾ empiecen a interesarse por la problemática emocional asociada al cáncer. La primera Unidad de Psico-Oncología en nuestro país fue creada en 1996 por la Dra. María Die Trill en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid⁽⁸⁾, a la que le siguió la Unidad de Psico-Oncología del Instituto Catalán de Oncología (ICO) de Barcelona dirigida por el Dr. Francisco Gil desde Septiembre de 1998. Un buen augurio para el desarrollo de esta especialidad en España es el último Plan Director de Oncología de Cataluña⁽⁹⁾ en el que se especifica que "la atención psicosocial es un componente necesario de la atención oncológica y debe formar parte de la oferta asistencial". En otros puntos de la geografía española ya se están implementando estos programas.

JUSTIFICACIÓN

La pregunta que inevitablemente se suscita al hablar de la Psico-Oncología es: ¿por qué en los enfermos con cáncer? Hasta ahora en muchos círculos el cáncer es todavía vivido como un estigma social. La palabra cáncer parece impronunciable incluso en el mismo ámbito médico. Un ejemplo de ello es la "conspiración de silencio", que es la ocultación de la enfermedad al propio paciente por parte de la familia y los facultativos. Al diagnóstico de cáncer el paciente suele asociar dolor, sufrimiento y sínto-

mas amenazadores, así como tratamientos agresivos, mutilantes y prolongados en el tiempo. El concepto de muerte asociado al cáncer es percibido como especialmente doloroso y traumático. El cáncer en la actualidad es una enfermedad universal que afecta a una de cada tres personas y que conduce a la muerte de una de cada cuatro afectados. Todavía sigue siendo un "tabú" en gran parte de nuestra sociedad.

a) El punto de vista de la Oncología

El tratamiento del cáncer es algo más que salvar la vida del enfermo. Existe un 45% que no pueden ser curados, pero tanto ellos como sus allegados tienen que ser asistidos y cuidados durante toda la evolución del proceso. Hasta el siglo XVI, se aceptaba la muerte como parte del orden natural. Desde entonces, la prolongación de la vida se convirtió en "la tarea más noble" del médico. La muerte es el enemigo a batir y estamos olvidando la ética y la moral con el fin de perpetuar infinitamente la vida⁽¹⁰⁾. E. D. Pellegrino define la Medicina como "la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades". El término Humanismo está relacionado con la palabra Filantropía, que significa amor al hombre. La meta fundamental de la Medicina es la defensa de la beneficencia del enfermo (hacer el bien: *bene facere*). Todo bien es portador de un valor y la experiencia del valor es una virtud. La virtud puede definirse como el hábito operativo bueno, o también lo que hace bueno al que la tiene y hace buena su obra. Para conseguir el bien del enfermo, al médico se le suponen virtudes que posibilitan alcanzar el objetivo. Entre ellas podemos reseñar: benevolencia (voluntad de hacer el bien), confianza, fidelidad, respeto a la persona, honestidad, justicia, prudencia y coraje. Ser benéfico significa hacer el bien a otro a través de una determinada intervención. El criterio más antiguo y más universal de actuación de la práctica médica es defender el bien del paciente⁽¹¹⁾. El envejecimiento y la muerte son procesos naturales de todo lo

que vive. La muerte es una condición humana inherente con el vivir. El miedo a la muerte se manifiesta de muy diversas formas, una de las presentaciones más frecuentes es la negación de la misma. Pero dentro del trayecto vital de todas las personas siempre habrá un momento en que no la podemos negar, ni olvidar, ni escondernos de ella. El convivir con personas que se encuentran en la etapa final de su existencia nos enseña a asumir el hecho de la muerte y a profundizar en el hecho de vivir. Los sanos somos impermeables al sentido de la vida, a la apreciación de las cosas pequeñas, a disfrutar del presente, a paladear cada instante. La persona es más feliz cuando es consciente de la limitación del tiempo. La anamnesis actual se limita a obtener la historia biológica pero olvida la historia biográfica. Conocemos como funciona el hígado del paciente, pero ignoramos todo acerca de esa persona: sus preocupaciones, ilusiones, proyectos, prioridades y deseos. La enfermedad le ocurre siempre a alguien, a un individuo concreto, y por eso se reviste de individualidad, de las peculiaridades de ese ser humano con sus características propias de personalidad, de familia y de relaciones sociales. El problema está en que el personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. La práctica clínica no sólo es el cuidado físico, sino también prestar atención al estado mental, emocional y al apoyo espiritual. Lamentablemente la atención médica no suele caracterizarse por ser emocionalmente muy inteligente. No es infrecuente que los profesionales clínicos tengan demasiada prisa o se muestren indiferentes ante la angustia de sus pacientes. Tenemos que aprender que cuando la persona enferma lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan afectados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor; síntomas psicoemocionales como el miedo, ansiedad, ira, la depresión; necesidades

espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono.

¿Cómo se alivia la angustia de los allegados en favor del bienestar del enfermo? ¿Cómo se ayuda a una persona a conseguir su paz interior?. Las necesidades psicológicas, sociales y espirituales están inexorablemente unidas a la globalidad de las personas. Esta lección se aprende con la experiencia de cada día recogiendo todas las señales que emiten los pacientes verbalmente o de forma subliminal. Las expectativas del enfermo se centran en torno a aspectos emocionales tales como que el facultativo recuerde su nombre, que tiene un hijo pequeño, o que le apasiona la pesca, de manera que se estrechen los lazos de "amistad" y resulte más natural el intercambio en materia espiritual y psicológica. El médico suele referirse a la evolución de los síntomas y progresión de la enfermedad, pero difícilmente logra ahondar en los sentimientos del individuo. ¿Cómo podemos reconfortar a la gente que está muriendo si tememos a la muerte más que los propios enfermos? Así pues, se nos acusa con razón de mantener una relación distante, fría; de no escuchar o dialogar con ellos. Acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentada con su propia muerte es siempre una labor demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosas más valorables que un ser humano puede hacer por otro. Los miembros del equipo tienen que ser diestros observadores, buenos escuchas y eficaces comunicadores⁽¹²⁾. La actividad diaria del oncólogo médico incluye múltiples y diversos apartados. Entre ellos podemos citar: asistir en la consulta externa, hacer informes clínicos, monitorizar los ensayos clínicos, asistir a las reuniones oncológicas interdisciplinarias diarias, dar docencia dentro y fuera del hospital, actualizar sus conocimientos semanalmente, asistir a las diferentes comisiones hospitalarias de Dirección Médica en funcionamiento, participar en la sesión de casos nuevos y por último hacer todo lo referente a gestión y organización del servicio o unidad. A la vista de este panorama queda patente la insu-

ficiencia de tiempo y probablemente de capacidad del oncólogo médico para cubrir las necesidades no dependientes del tumor de la persona que tiene cáncer y sus allegados.

b) El punto de vista de la Psicología

La presencia de psicólogos en el mundo de la Oncología se ha ido acrecentando desde la década de los 70 en EE.UU.⁽¹³⁾ y en los últimos años en Europa y España⁽¹⁴⁾. Este nuevo enfoque surge de la necesidad imperiosa de dar apoyo psico-emocional a todas las personas afectadas por la enfermedad. Hasta la llegada de psicólogos formados para desarrollar ésta labor específica, médicos, personal de enfermería, personal no facultativo y voluntarios se encargaban y de hecho todavía se encargan de cubrir en la medida de sus posibilidades las necesidades de los pacientes. J.C. Holland describe las dos grandes dimensiones psicológicas en las que debe incidir la Psico-Oncología. Una es atender a la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (psicosocial). Otra detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos, de comportamiento, y aspectos sociales que puedan influir en la mortalidad (supervivencia) y morbilidad (calidad de vida) de los pacientes con cáncer. La intervención en los diferentes aspectos sociales, éticos, espirituales y psicológicos está siendo explorada sistemática y activamente en distintos hospitales del mundo en los últimos años⁽¹⁵⁾. La psicoterapia y un amplio espectro de intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales, comportamentales y psicoeducacionales han demostrado ser efectivas para cubrir las necesidades de los pacientes⁽¹⁶⁾. Es importante destacar la trascendencia del entorno del paciente: familia⁽¹⁷⁾, equipo⁽¹⁸⁾ y sociedad.

MODELOS DE INTERACCIÓN

Hoy en día en España hay dos propuestas para establecer la relación entre la

Oncología y la Psicología. Son el *Modelo de Interconsulta (MIC)* y el *Modelo Fundamental (MFU)* del MSKCC.

a) Modelo de Interconsulta (MIC)

En nuestro país es el prevalente en la actualidad. La metodología del MIC⁽¹⁹⁾ está basada en la creación de una unidad de Psico-Oncología autónoma e independiente de los servicios de Psiquiatría y de Oncología. El oncólogo dispone de un instrumento evaluativo (proporcionado por la Unidad de Psico-Oncología) que cuantifica la sintomatología psicológica y define la necesidad de interconsulta (IC) (Ver figura 1). Si los resultados superan un índice prefijado se realiza la IC. Los candidatos a IC al especialista en Psico-oncología son aquellos que presenten al menos un trastorno adaptativo, acompañado de una sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada. Asimismo los pacientes con algún tipo de trastorno mental según los criterios del DSM-IV. En la petición de IC al psicólogo, el oncólogo debe hacer constar si la demanda es de carácter urgente u ordinario, la edad del paciente, el diagnóstico, estadio y tratamiento oncológico y la razón de la IC. En la 1ª visita con el psico-oncólogo, se redacta un informe psicológico de cada paciente que se incluye en la historia médica. Mediante la inclusión de dicho informe se da a conocer la presencia o no de trastornos mentales, se indica el origen de dicho trastorno (reactivo u orgánico) y se informa del tipo de intervención psicológica y de la necesidad de instaurar tratamiento psicofarmacológico. De cara a la intervención psicológica, el MIC dispone de 3 opciones terapéuticas: el counselling⁽²⁰⁾ (realizado por el psicólogo), la psicoterapia (psicólogo) y la farmacoterapia⁽²¹⁾ (indicación del psicólogo y prescripción por el oncólogo o médico de familia). El equipo de psicólogos realiza sesiones independientes de discusión de los casos. La interacción con el equipo multidisciplinario es como unidad de apoyo acoplada a la que poder recurrir en situaciones concretas.

Figura 1. Modelo evaluativo Unidad de Psico-Oncología

Depresión (preocupación, tristeza, desánimo, desilusión)										
¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la semana pasada? (*)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No depresión						Depresión severa				
Ansiedad (tensión, nerviosismo, angustia)										
¿Cuál ha sido su nivel de ansiedad durante la semana pasada? (*)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No ansiedad						Ansiedad severa				
Por favor, en qué medida ha presentado los siguientes síntomas problemas durante la semana pasada (**):										
						En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	
1.	¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4					
2.	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4					
3.	¿Estuvo cansado?	1	2	3	4					
4.	¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4					
5.	¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4					
6.	¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4					
7.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4					
8.	¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico su vida familiar?	1	2	3	4					
9.	¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico sus relaciones sexuales?	1	2	3	4					

(*) Cuando la puntuación sea mayor o igual a 5: Parte de interconsulta a PSO.

(**) Valorar la puntuación de cada uno de los ítems por separado y la suma de todos ellos de cara a solicitar un parte de interconsulta a la Unidad de Psico-Oncología (PSO).

b) Modelo fundacional (MFU)

El MFU está basado en la incorporación del psico-oncólogo dentro de las unidades de Oncología. Es un modelo integrado. Se persigue la máxima de lograr un equipo interdisciplinar⁽²²⁾ de atención al paciente. El proyecto consiste en la integración o inmersión de la actividad del psicólogo en los equipos de Oncología Médica. De esta forma hay una convivencia espontánea y diaria con los pacientes, allegados y equipo terapéutico. Las necesidades psicoemocionales de los participantes en la relación clí-

nica se identifican y atienden en la Unidad de Oncología. Del mismo modo que no hay separación de las facetas biológicas y psico-emocionales, tampoco existe separación en la ubicación de los profesionales. La persona afecta permanece de forma constante bajo la tutela del equipo durante todas las fases del proceso evolutivo del cáncer. El psicólogo participa e interviene desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad. De esta manera el paciente cuenta con la posibilidad de apoyo psicológico desde que llega, pasando por todos los momentos claves: cuando escucha

por primera vez su diagnóstico, al recibir los tratamientos en el Hospital de Día, durante los ingresos que pueda tener en su evolución, y finalizando en el momento de alta médica, revisiones, posibles recidivas o en la fase terminal. El trabajo se realiza de forma preventiva y/o a demanda, está al alcance de todos y en todo momento. Las dianas a las que se dirige el psicólogo son todas las personas afectadas por el cáncer: pacientes, familiares y trabajadores sanitarios. El resultado es un psicólogo integrado⁽²³⁾.

En los equipos de Oncología Médica se fomenta la integración de todos los trabajadores de los distintos ámbitos con el fin de ofrecerle al paciente una intervención unitaria, en la que todos los intervinientes se dirigen al mismo objetivo que incluye al paciente y su familia. La realización de sesiones semanales con el equipo al completo es indispensable. En ellas se presentan y discuten casos clínicos de interés y se hacen sesiones bibliográficas de distintos temas de actualidad en oncología. En el MFU el paciente no es un puzzle con piezas distintas llamadas corazón, pulmón, cerebro, emociones, miedos y tumor. El paciente es una persona en su totalidad, no se puede diferenciar el componente físico, psicológico, social y espiritual. El equipo médico funciona como un engranaje perfecto en el que el paciente ve atendidas todas sus necesidades por un equipo de profesionales coordinados de distintos campos que le sirve de referencia y que es de su total confianza.

NUESTRA EXPERIENCIA

En el ámbito hospitalario los aspectos biológicos absorben la mayor parte del tiempo que se le puede dedicar al paciente y su familia. Por ello se precisa un psicólogo integrado en las Unidades de Oncología⁽²⁴⁾. Esta circunstancia es asumida por el Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos (SOMPAL) del Hospital Universitario Marques de Valdecilla (HUMV). El psico-oncólogo se incorpora al SOMPAL el 4 de Marzo de 2002 y desde entonces participa en todas las actividades comunes dia-

rias del servicio como uno más. El objetivo es fomentar una visión integral del trato interdisciplinario (tratamiento transversal) al paciente oncológico y a su familia⁽²⁵⁾, se persigue un modelo de excelencia. El psicólogo así ubicado, ve emerger los problemas "in situ" sin necesidad de tests, intermediarios, ni otras valoraciones. De ésta manera mejora la calidad asistencial, y a la vez, se ofrece la psicoterapia como un servicio más dirigido a cubrir las necesidades de los pacientes en el marco de una atención sanitaria global.

Las tareas que implican al psicólogo se reparten en distintos niveles. El asistencial, el docente, el investigador y el trabajo en equipo. La asistencia se realiza en ámbitos diferentes: zona de hospitalización, hospital de día, consulta externa y atención domiciliaria. En la planta de hospitalización se atiende todos los días a los pacientes con la visita conjunta de los oncólogos, psicólogos y enfermería. Hay participación activa en las labores de información y comunicación con los pacientes ingresados y a sus familiares. El pase de visita supone un primer contacto de todos los pacientes con la figura del psicólogo. Ellos pueden solicitar una primera entrevista siempre que lo deseen y el mismo psicólogo detecta "in situ" situaciones de conflictos en las que intervenir. Es de gran valor asistir a las sesiones clínicas de presentación y seguimiento de casos para contribuir y aportar recursos psicoemocionales en situaciones complejas. Asimismo eso facilita y fomenta diariamente el trabajo en equipo. A primera hora de la mañana hay una sesión conjunta con enfermería y auxiliares donde se plantean las incidencias de cada uno de los enfermos ingresados, se proponen soluciones y se diseñan planes de actuación conjunta. Sólo hay que proporcionar psicoterapia de apoyo a quien lo necesita y/o solicita. En la planta los problemas más habituales son: el cansancio debido a la prolongación del ingreso, insomnio, ansiedad, angustia, temor a la muerte y a los tratamientos agresivos. En la práctica diaria también resulta habitual encontrarnos con la llamada "conspiración de silencio". Esta circuns-

tancia se previene mediante las habilidades de comunicación del equipo y la disponibilidad durante 24 horas de una sala privada para información de familiares, que permite ir desvelando la realidad presente de forma progresiva, controlada y sin traumas. En dicha sala se trata el duelo anticipado y se previene el patológico.

En cuanto a la actividad asistencial al paciente ambulatorio, se recibe, previa cita, tanto a pacientes oncológicos como a sus familiares más próximos. Los pacientes llegan a la consulta del psicólogo por distintas vías: remitidos por su médico o por el equipo de enfermería oncológica, reclutados directamente en la planta u hospital de día por el psicólogo o por demanda explícita del mismo paciente. Los conflictos más habituales en estos pacientes son: el impacto emocional asociado al primer diagnóstico, la dificultad de aceptación del nuevo rol, las ideas erróneas sobre el cáncer y sus tratamientos.

En referencia a la actividad docente dirigida al personal sanitario, se realizan sesiones bibliográficas multidisciplinarias en los servicios de Oncología Médica y en el Hospital de Día Médico dirigidas a facultativos y personal de enfermería. Los temas de dichas sesiones pueden ser variados y deben adaptarse a las demandas y necesidades requeridas. Algunos de los temas realizados son: introducción a la Psico-Oncología, terapia existencial, trato al paciente oncológico, estrés, técnicas de relajación, afrontamiento del duelo, habilidades de comunicación, trabajo en equipo y sexualidad y cáncer, entre otros.

La actividad asistencial queda reflejada en un fichero personal informatizado de cada paciente que incluye una serie de datos demográficos, diagnóstico clínico, diagnóstico psicopatológico y otros datos de interés. Esta ficha permite el manejo operativo de los datos con el fin de obtener información estandarizada. También se realiza un Informe Clínico de Psico-Oncología para cada paciente que recoge los datos personales, un breve resumen de la historia oncológica, la evaluación psicooncológica,

la impresión diagnóstica y las indicaciones o plan terapéutico.

Todas las actividades que realiza el psico-oncólogo cobran sentido dentro del trabajo en equipo⁽²⁶⁾. Es importante proporcionar una atención terapéutica integral del individuo enfermo que abarque su compleja pluridimensionalidad. El trabajo en equipo es uno de los pilares fundamentales en la atención a los enfermos oncológicos. Las intervenciones aisladas producen en los pacientes insatisfacción con la calidad de los cuidados, y desorientación e inseguridad respecto al tratamiento. Trabajar en equipo es difícil, se tiene que hacer frente a la competitividad, conflicto de roles, determinación de liderazgo, diferencias de valores y a la ralentización de la toma de decisiones. A pesar de las dificultades que puedan surgir en el trabajo en equipo, éste reporta beneficios para pacientes, familiares, para los mismos integrantes del equipo y para la institución.

Como resultado de nuestra actividad desde el 4 de Marzo del 2002 hasta enero del 2004 se han realizado 207 primeras entrevistas a pacientes y/o familiares. Dentro del servicio se han vivido situaciones de conflicto y tensiones tanto internas como externas en las que ha habido que intervenir. En nuestra experiencia, mediante la integración en el equipo, el psico-oncólogo ha ido logrando progresivamente el reconocimiento de su labor por parte de compañeros de los distintos sectores, de los pacientes y de sus familiares.

COMENTARIOS FINALES

El objetivo prioritario de la atención sanitaria en el medio hospitalario es promover el máximo bienestar posible para el paciente y la familia, sin olvidarnos del equipo asistencial. Para ello es necesaria la existencia de profesionales que trabajen como grupo coordinado. Dentro del grupo es fundamental la figura de un psicólogo especializado en Oncología⁽²⁷⁾. Un enfermo en el cual no se valora el ámbito espiritual, emocional, su sufrimiento y su concepción del mundo pue-

de considerarse un paciente mal tratado, aunque le proporcionemos los mejores y más modernos procedimientos diagnósticos y terapéuticos⁽²⁸⁾. La integración del profesional de la salud mental en el equipo médico supone un requisito imprescindible para alcanzar los objetivos planificados y también para la mejora de la calidad del tiempo de trabajo dentro del grupo⁽²⁹⁾. Es un elemento más de reflexión para los médicos ya que “recuerda” que es necesario atender a los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes. Además pueden recurrir a las técnicas de que dispone el psicólogo para momentos de duda, tensión o conflicto. Por último también se destaca la aportación docente para el psicólogo en el ámbito de la Oncología y de cara a la formación de médicos y enfermeras en temas de comunicación y otras habilidades para mejorar la relación clínica.

Los psico-oncólogos dentro del MIC han sido pioneros en nuestro país demos-

trando la necesidad de psicólogo en Oncología. Su labor asistencial ha sido de gran valor para los pacientes y familiares. Sin el trabajo realizado en investigación y docencia por estos profesionales la Psico-Oncología en España no tendría el desarrollo del que actualmente goza. A pesar de todo lo dicho, consideramos que en el MIC existe una distancia tanto física como emocional entre el psicólogo y el resto de profesionales sanitarios y que esto repercute forzosa-mente en la calidad de la asistencia ofrecida. La intervención es esporádica, aislada y descontextualizada del resto de acercamiento terapéutico. En cambio en el MFU la intervención es continuada, unitaria, disminuye el impacto del estigma de tratamiento psicológico, aumenta el rendimiento laboral y la satisfacción de todos los implicados en la vivencia del cáncer. En la tabla 1 se recogen las características de cada modelo de interacción.

Tabla 1. **Características modelos de interacción Oncología y Psicología**

	MIC	MFU
Lugar de actividad	Fuera de Oncología	Dentro de Oncología
Tiempo	Parcial y puntual	Total y continuo
Captación de enfermos	Petición del Servicio	In situ
Tipo de enfermos	Sólo las solicitudes	Todos los que lo necesiten
Identificación necesidades	Puntual	Permanente
Clientes	Pacientes	Pacientes, familiares y equipo
Ámbito de actuación	Consulta Psico-Oncología	Todos los de Oncología
Actividades	Puntuales y esporádicas	Diarias compartidas con el grupo
Prevención del estrés profesional	No	Sí
Disponibilidad para el equipo	No	Sí
Sesiones clínicas Oncológicas	No	Sí
Formación continuada en Oncología	No	Sí
Tipo de asistencia	Longitudinal	Transversal
Comunicación	Escrita	Verbal y escrita
Facilitación trabajo en equipo	No	Sí
Prevención y tratamiento del duelo patológico	No	Sí

MIC: Modelo interconsulta.

MFU: Modelo fundacional.

El SOMPAL es un ejemplo de que es posible la integración del psico-oncólogo en el grupo terapéutico que trabaja como equipo médico. La experiencia realizada en este hospital demuestra que la integración del psicólogo en el equipo médico es necesaria, útil y beneficiosa para el paciente y su familia, para el grupo terapéutico y para la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holland JC. Societal views of cancer and the emergence of Psycho-oncology. En Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; 3-15.
- Sutherland AM, Orbach CE, Dyk RB, Bard M. The psychosocial impact of cancer and cancer surgery I: Adaptation to the dry colostomy: preliminary report and summary of findings. *Cancer*, 1952; 5: 857-72.
- Holland JC, Lewis S. What is the human side of cancer?. En Holland JC, Lewis S. *The human side of cancer*. New York: Herder, 2001; 1-49.
- Holland JC. *Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities*. *Psychooncology* 1992; 1: 1-13.
- Cassileth BR. El servicio de Medicina Integrada en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Semin Oncol* 2003; 6: 504-07.
- AFCOS. Access to quality cancer care: Consensus Statement. *J Clin Oncol* 1998; 16 (4): 1628-30.
- Bayés R. La Psicooncología en España. *Med Clín (Barc)* 1999; 11: 273-77.
- Holland JC, Murillo M. Historia Internacional de la Psico-Oncología. En: Die Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: Ades Editores, 2003: 21-40.
- Plan Director de Oncología de Catalunya: 2001-2004. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
- Sanz Ortiz J, Rivera Herrero F, De Juan Ferré A, Vega Villegas M. Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 302-07.
- Torralba i Roselló F. Restauración crítica del principio de beneficencia. En: *Filosofía de la Medicina*. En torno a la obra de E. D. Pellegrino. Fransec Torralba i Roselló (ed). Institut Borja de Bioètica. Fundació Mapfre Medicina Madrid 2001; pp: 163-79.
- Sanz Ortiz J. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 222-6.
- Holland JC. *Psycho-Oncology in the new Millenium*. *IMJ* 1995; 2: 255-7
- Lobo Sauté A, Campos Ródenas R. Visión epidemiológica de la Psicooncología. En García-Camba E, editor. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999; 71-89.
- Arranz P, Bayés R. Tratamiento de soporte: Apoyo Psicológico. En González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E, de Castro J, editores. *Oncología Clínica I: Fundamentos y patología general*. Madrid: McGraw-Hill – Panamericana, 1997; 649-57.
- Thomas L. Psychological Care of the Patient with Cancer. En Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology*. NY: Oxford University Press, 1989.
- Barreto, M.P., Molero, M. Pérez, M.A. Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. En Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000.
- Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall Press Inc., 1982.
- Hollenstein MF, Maté J, Gil FL. Programa de formación en Psico-Oncología para residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica: Modelo de Interconsulta. *Revista de Oncología* 2003; 5(8): 443-49
- Dietrich G. *Psicología general del counselling (Teoría y práctica)*. Barcelona: Herder, 1986.
- Gil F, Sirgo A. El modelo de interconsulta en Psico-Oncología: Evaluación e intervención. En Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000.
- Kramer LM, Muir JC, Goodwing-Keller N. et al. Palliative care and Oncology: opportunities for Oncology nursing. *Oncol Nurs. Updates* 1999; 3: 1-12.
- Sourkes BM, Massie MJ, Holland JC. Psychotherapeutic issues. En Holland JC, Rowland JH, editores. *Handbook of Psycho-Oncology*. New York; Oxford University Press, 1998; 694-700.
- Modolell E, Sanz J. El psicólogo integrado en las unidades de oncología: Modelo de una experiencia. Póster y Abstract: *Revista de la I Jornada del Grupo Catalano-Balear de Psico-Oncología*. Cabriels. Mayo 2003.

25. Sanz Ortiz J. Cuidados Paliativos. En Farreras-Rozman, editor. Medicina Interna. 14ª edición. Volumen I. Sección I: Práctica médica en el siglo XXI. Madrid: Harcourt Brace Publisher International, 2000; p.51-3.
26. Orbeago A. El trabajo en equipo en los cuidados paliativos. En: Astudillo W, García de Acilu A, Mendinueta C, Arrieta C, editores. Estrategias para la atención integral en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1999.
27. Rowland J. Psychosocial counseling in cancer: In pursuit of perfect paradigm. *Advances*. 1994; 19-26.
28. González Navarro, A. Estado actual del cáncer. Estudios epidemiológicos. En García-Camba E, editor. Manual de Psicooncología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999; 39-46.
29. Sanz J. ¿Qué es bueno para el enfermo? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 18-22.