

F. L. Gil Moncayo
J. Maté Méndez

Formación en intervenciones psicológicas en el afrontamiento de la enfermedad y la muerte

Unidad de Psico-Oncología
Instituto Catalán de Oncología
Barcelona

La formación en psicooncología tiene como objetivo dotar al profesional de los conocimientos y habilidades clínicas necesarias para la evaluación y tratamientos de las reacciones emocionales normales (desmoralización) y de los trastornos mentales presentes en el paciente con cáncer y familia. Dicha formación precisa de un supervisor o tutor de residentes que desarrolle un programa ajustado a las necesidades del residente o estudiante, diferenciando dos partes dentro del programa: el componente didáctico y la práctica clínica supervisada. Asimismo es de gran importancia la formación del resto del equipo asistencial en habilidades de comunicación o *counselling*, que por sí mismas ya son terapéuticas, y en capacitarlos en la detección temprana de trastornos psiquiátricos con el fin de disminuir la afectación emocional del paciente y familia, así como el tiempo de espera para comenzar a recibir atención psicológica.

Palabras clave:

Formación. Psicooncología. Psiquiatría. Cáncer.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:120-132

Training in psychological intervention about the illness coping and the death

The training in psycho-oncology have the objective of increasing the knowledge and the clinical skills for the evaluation and the treatment of emotional reactions (desmoralization) and the psychiatric disorders of cancer patients and relatives. This training need of a supervisor who develop a program for attending the residents or student's needs, with two different components, the didactic component and the supervised clinical practice. Likewise, it is important the training of the rest of the medical care team in communication skills or *counselling*, as a therapeutic approach, and to increase their ability to an early detection of psychiatry disorders with

the objective of reducing the emotional affectation in patients and relatives and to begin the emotional care of them as soon as possible.

Key words:

Training. Psycho-Oncology. Psychiatry. Cancer.

«La mente es el único órgano que está implicado en todos los paciente con cáncer.»

Dr. James Holland

«The human side of cancer.»

Holland, J. C., y Lewis, S., 2000

El primer referente de la psicooncología como especialidad oncológica surge en 1950 cuando Arthur Sutherland, psiquiatra, estableció la primera unidad psiquiátrica en un hospital oncológico, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center^{1,2}. Aunque es en estos últimos 20 años cuando se despierta un mayor interés por la dimensión psicosocial del cáncer, tanto de la perspectiva clínica como de investigación, pudiéndose superar algunas de las barreras que la práctica psicooncológica ha tenido a su paso (tabla 1).

Desde la psicología clínica y desde la psiquiatría se ha hecho una gran contribución a este nuevo campo. Respecto a la formación son escasos los programas de formación en psicooncología dentro de Europa. En España, aparte del interés propio de algunos residentes en psicología clínica y psiquiatría que utilizan su rotación libre para acudir a una unidad de psicooncología, aún es necesario desarrollar un programa de formación en psicooncología, con carácter de subespecialidad, dirigido a aquellos residentes que acaban su formación. No obstante, en otros países como es EE.UU. cabe resaltar el programa de formación clínica y de investigación (Clinical and Research Fellowship) desarrollado a partir de 1977 dentro del MSKCC, con una duración de 2 años, con dos objetivos: a) la formación en la atención psicooncológica del paciente con cáncer y su familia, y b) la adquisición de habilidades y conocimientos para llevar a cabo proyectos de investigación dentro del campo de la psico-

Correspondencia:

Francisco Luís Gil Moncayo
Unidad de Psico-Oncología
Instituto Catalán de Oncología
Av. Gran Vía, s/n, km. 2,7
08907 L'Hospitalet (Barcelona)
Correo electrónico: fgil@ico.scs.es

Tabla 1	Barreras en psicooncología
Por parte del paciente	
Miedo al estigma social ante la posibilidad de ser diagnosticado de algún tipo de trastorno psiquiátrico o psicopatológico	
Preocupación por la adicción a psicofármacos	
No considerar necesario la solicitud de atención o apoyo psicológico	
Por parte del oncólogo	
El mayor coste de tiempo que supone el valorar la situación emocional del paciente. De esta manera no se detecta la presencia de alteraciones psicológicas del paciente que deben de ser atendidas por parte de un especialista en psicooncología	
Crear que no es competencia del oncólogo conocer y valorar la situación psicológica del enfermo oncológico	
Esperar que el paciente demande la atención psicológica. Así, si el paciente no solicita apoyo psicológico significa que no presenta ningún trastorno o alteración psicológica o psiquiátrica necesaria de ser atendida	
A nivel institucional	
La prioridad es «curar el cáncer». Los aspectos emocionales están en un segundo orden	
Crear erróneamente que la atención y la investigación en psicooncología no es científica	
El mayor coste económico que supone incluir un especialista en psicooncología dentro de los miembros del <i>staff</i> de un hospital o institución sanitaria	
El desconocimiento por parte de la dirección o gerencia de un hospital de la eficacia de una atención psicológica al paciente oncológico	

oncología. Esta nueva subespecialidad de la psicooncología, según Holland, contempla dos dimensiones psicológicas del cáncer: *a)* la respuesta emocional del paciente y familia a los distintos estados de la enfermedad, y *b)* y los factores psicológicos, conductuales y sociales que podrían influir en la morbilidad y mortalidad de cáncer³. Este programa de 2 años, el cual prepara al psiquiatra y al psicólogo para su carrera académica, ha sido aprobado por la Academia de Medicina Psicosomática y ha sido valorado como un modelo de programa de formación en psicooncología. Todos aquellos que hemos podido participar como *fellows* de este programa de formación reconocemos la labor docente que realiza y que lleva realizando desde hace 25 años y que nos ha ayudado a saber definir y desarrollar esta nueva especialidad de la psicooncología dentro de cada uno de nuestro países⁴. A partir de aquí es nuestra obligación desarrollar programas de formación, con un claro y específico componente didáctico y de práctica clínica supervisada, para establecer el perfil del psicooncólogo en nuestro país. Tarea difícil, pues

aunque existan grupos o sociedades científicas, como la *International Psycho-Oncology Society* (IPOS), que intenten definir los componentes de un currículum en psicooncología, aún no existe consenso sobre lo que constituye una formación clínica como psicooncólogo. Los siguientes apartados irán dirigidos a los objetivos, contenido curricular, supervisión clínica y competencias en psicooncología.

OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN

Partiendo de una formación clínica adquirida en la residencia, el objetivo principal es la adquisición de habilidades clínicas, fundamentadas por la literatura científica en psicooncología, que ayude al residente o *fellows*:

- Tener la capacidad de realizar una entrevista psiquiátrica al paciente con cáncer, reconocer los distintos trastornos mentales que pueden aparecer, discriminar entre aquellos trastornos mentales que pudieran ser debidos al tipo de tumor, así como a los tratamientos recibidos (trastornos mentales orgánicos); caracterizar la sintomatología psicológica que presenta el paciente, ya que al trabajar con pacientes con patología médica y no sólo psiquiátrica es necesario distinguir los síntomas asociados a la enfermedad, de los que pertenecen propiamente a un claro diagnóstico psiquiátrico, por ello es recomendable centrarse en los síntomas cognitivos del posible trastorno mental que se nos presente.
- Aplicar la adecuada intervención psicofarmacológica o psicoterapia según el trastorno o sintomatología que tengamos que resolver. Las intervenciones irán dirigidas hacia el paciente de manera individual o grupal, a la familia o a la resolución de un duelo patológico. Para ello deberemos aplicar el tipo de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico adecuado. De ahí que tanto el psicólogo como el psiquiatra conozcan la indicación del uso de medicación.
- Poseer un conocimiento básico sobre tipos de cáncer, estadiaje, tratamientos oncológicos, efectos secundarios, evolución de la enfermedad y pronóstico.
- Tener una adecuada formación en comunicación, así como poseer capacidad de asesorar y formar al *staff*, residentes y enfermería oncológica en técnicas o habilidades de comunicación con el fin de aminorar el impacto emocional del diagnóstico o recidiva que produce al enfermo, además de saber contener o transmitir comprensión (empatía) al paciente y familia ante situaciones difíciles (progresión de la enfermedad, manejo de la rabia o conspiración de silencio por parte de los familiares, por ejemplo).
- Disponer de formación para la creación o evaluación de proyectos de investigación en psicooncología.
- Tener capacidad para la gestión y puesta en práctica de programas de atención en psicooncología.

CONTENIDO CURRICULAR

Componente didáctico

Junto a la supervisión clínica directa que debe ejercer el supervisor sobre los casos que el residente está atendiendo, la formación en psicooncología de psicólogos clínicos y psiquiatras necesita de un extenso contenido didáctico. Por ello es necesario la figura del tutor de residentes dentro de la unidad o servicio. Este diseñará y coordinará los cursos que debe realizar el residente, así como que adjuntos de la unidad se deben responsabilizar de impartirlos. La materia de estos cursos deben ser la base para una adecuada práctica clínica. Así, esta formación básica en psicooncología se centrará en la evaluación y tratamientos de trastornos mentales como es la depresión, ansiedad, trastornos mentales orgánicos, así como otros aspectos presentes en la práctica clínica diaria, como es el caso del manejo de emergencias, pacientes con intención de suicidio, espiritualidad, duelo y familia⁵. Esta formación didáctica mejorará el nivel de competencia del profesional en su práctica clínica. Asimismo es de gran importancia para el residente responsabilizarse de impartir sesiones dentro del servicio, en las cuales pueda presentar resultados preliminares o definitivos de estudios de investigación que están desarrollando o sesiones bibliográficas. Todo ello contribuirá a potenciar su capacidad en las presentaciones futuras en congresos, seminarios o jornadas (tabla 2).

Dentro del componente didáctico de la formación del residente es importante su asistencia a conferencias, organizadas dentro o fuera de la unidad, departamento o servicio, a través de las cuales puedan adquirir información sobre las nuevas áreas de estudio en psicooncología.

Aunque el trabajo de supervisión, residente-supervisor, es el que ayuda no sólo a definir y mejorar los objetivos de intervención, sino a explorar, contener y dar salida a las emociones que el caso o paciente ha despertado en el residente, la experiencia de otros centros como el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center recomienda la creación de grupos de contratransferencia que puedan ayudar a explorar las emociones que los pacientes han despertado en los residentes o *fellows*⁴.

La asistencia a seminarios o conferencias de otros servicios oncológicos pueden ayudar al residente a adquirir conocimientos sobre el manejo de síntomas (dolor y fatiga, principalmente), genética y cáncer, prevención (deshabitación tabáquica, por ejemplo), detección precoz en cáncer, efectos secundarios o coste y beneficios de nuevos tratamientos citostáticos que pueden ayudarle a definir nuevas áreas de intervención o mejora desde la psicooncología.

La formación conjunta en psicooncología de residentes de psiquiatría y psicología clínica, dejando al lado las batallas entre sociedades científicas o conflictos dentro de los mismos departamentos entre estos dos grupos de profesionales, ofrece la oportunidad al psiquiatra de aumentar su capacidad y

habilidades clínicas y de investigación y, por otro lado, permite al psicólogo clínico un mayor manejo y conocimiento de las complejidades del manejo psicológico de pacientes con enfermedad médica. La combinación del esfuerzo y la formación de ambos grupos de profesionales potenciará la mejora de tratamientos y líneas de investigación.

Práctica clínica

Screening de trastornos psicopatológicos en pacientes de cáncer

Actualmente, y a nivel mundial, existe una clara tendencia e interés en la prevención del sufrimiento emocional (distress) en el paciente con cáncer. Diversos grupos europeos y americanos han comenzado a diseñar instrumentos de evaluación con el fin de detectar y reducir los niveles de distress en pacientes con cáncer.

Según Holland, distress puede ser considerado como un continuo que abarca un rango desde las reacciones normales (desmoralización) al estrés provocadas por el afrontamiento a la enfermedad oncológica y su tratamiento, a síntomas tan intensos que la persona que los está experimentando cumple criterios de diagnóstico psiquiátrico (DSM IV)⁶.

Entre los grupos que actualmente se encuentran trabajando en la realización de guías para la detección y manejo de distress en pacientes con cáncer cabe mencionar al *The National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). Dicho grupo se encuentra compuesto por representantes de todas las disciplinas que se encuentran implicadas en el apoyo psicosocial de los centros hospitalarios incluidos en el NCCN. El grupo ha desarrollado un panel con el objetivo de ofrecer a la comunidad oncológica los estándares para el manejo del distress usando la experiencia del modelo del dolor. De esta manera, y a través de estos estándares de evaluación y tratamiento del distress, la meta que se marca este grupo es que ningún paciente con distress pase sin ser detectado y tratado⁶.

Con el objetivo de la detección o reconocimiento de distress en la población de pacientes oncológicos el presente panel recomienda instrumentos de *screening* breves y que puedan ser administrados oralmente, por escrito o a través del uso del ordenador. Como ejemplos cabe mencionar el uso del *Functional Assessment of Cancer-Therapy-General* (FACT-G), escala de uso en la valoración de la calidad de vida, desarrollada por David Cella, propuesto y utilizado por el doctor Jane Weeks en la Clínica de Mama del Dana-Farber Cancer Institute. Con el uso del FACT-G el oncólogo puede observar el funcionamiento del paciente a nivel físico, psicológico y social, pudiendo identificar cambios a lo largo del curso de la enfermedad o tratamiento. Asimismo, en el Johns Hopkins Cancer Center a todos los pacientes que lleguen por primera vez al centro se les entrega un cuestionario de síntomas breves en la sala de espera. El paciente debe

Tabla 2 **Componente didáctico del currículum propuesto para el programa de formación avanzado en psicooncología**

<p>Conceptos básicos en cáncer y tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo del cáncer Factores de riesgo Diagnóstico Sintomatología <ul style="list-style-type: none"> Dolor y fatiga Náuseas y vómitos Metástasis Modalidades de tratamientos y efectos psicológicos <ul style="list-style-type: none"> Cirugía Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia <p>Factores psicológicos y conductuales de riesgo de cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> Tabaco y cáncer Alcohol y cáncer Dieta y cáncer Exposición solar y cáncer Personalidad y coping en cáncer Psiconeuroinmunología y cáncer Psiconeuroendocrinología y cáncer <p>Trastornos psiquiátricos y tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> Respuesta normal: desmoralización y dificultad de coping Depresión Suicidio Trastornos de ansiedad Delirium Demencia Otros trastornos cognoscitivos Trastornos mentales debidos a enfermedad médica Trastorno de estrés postraumático Trastornos de personalidad Esquizofrenia Efectos neuropsiquiátricos inducidos por los tratamientos quimioterápicos Alteraciones metabólicas y síntomas neuropsiquiátricos 	<p>Manejo de síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor Fatiga Caquexia Náusea y vómitos Disfunciones sexuales <p>Infancia y cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> Biología del cáncer infantil Adaptación psicológica postratamiento Problemas neuropsicológicos postratamiento Atención integral en cuidados paliativos en pediatría Psicoterapia Terapia conductual en pediatría oncológica Manejo psicofarmacológicos pediátrico <p>Riesgo genético de cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> Conceptos básicos de genética y cáncer Consejo genético para pacientes con cáncer Aspectos psicológicos, sociales y éticos en consejo genético <p>Aspectos psicológicos en la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> La familia de pacientes con cáncer Terapia familiar Terminalidad y familia Duelo <p>Staff y formación en psicooncología</p> <ul style="list-style-type: none"> Agotamiento profesional e intervención Creación de una unidad de psicooncología Formación en psicooncología para psiquiatras y psicólogos clínicos Formación del <i>staff</i> médico y enfermería en aspectos psicosociales y habilidades de comunicación <p>Adaptación psicológica en supervivientes de cáncer</p> <p>Ética en la práctica oncológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Información y consentimiento informado Aspectos éticos: cuidados paliativos <p>Metodología y líneas de investigación en psicooncología</p>
--	---

responder a los 36 ítems del cuestionario, siendo corregido inmediatamente después de su entrega. Los pacientes con alta puntuación en el cuestionario son atendidos inmediatamente, mientras que a aquellos con una puntuación media se les llama telefónicamente ofreciéndole una visita con un profesional de salud mental. El resto de los pacientes reciben una carta informativa sobre los servicios de soporte o apoyo disponibles en la institución. En el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center han utilizado un «termómetro de distress» similar al termómetro de dolor. Al paciente se le pregunta cual es su nivel de distress en el día de hoy utilizando una escala de 0 a 10. Al igual de lo que sucede en la

evaluación del dolor, los niveles por encima de 5 indican un nivel de distress significativo, necesitado de ser evaluado por parte de un profesional de salud mental (psicooncólogo, psicólogo o psiquiatra).

El panel del NCCN propone, junto el uso de una medida o escala que cuantifique el nivel del distress del paciente, la inclusión de una lista de posible problemas que pudieran ser la causa del nivel de distress que presenta el paciente: problemas físicos (dolor, náusea, fatiga, etc.), emocionales (depresión, tristeza, nerviosismo, etc.), familiares (pareja, hijos, etc.) y de carácter práctico (transporte, cuidado de los hijos,

trabajo, cuidado del hogar, etc.). Si el paciente presenta problemas a nivel social o familiar, la interconsulta debe dirigirse a un asistente social. Asimismo, si el problema que presenta el paciente tiene un carácter o es de naturaleza religiosa o espiritual, el paciente debería ser referido a un sacerdote o agente pastoral.

Gil et al. han diseñado los termómetros de ansiedad y depresión dirigido a la población oncológica⁷. Los resultados iniciales señalan como a través del uso de estos dos termómetros (fig. 1), utilizando una puntuación de corte mayor o igual a 5, y comparándolos con los resultados observados en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith⁸, se ha podido detectar más del 90% de pacientes que la subescala de depresión del HADS detectó con síntomas depresivos y más del 70% de pacientes que la subescala de ansiedad del HADS detectó con sintomatología ansiosa. Actualmente, está en proceso de inclusión este método de *screening* en las consultas externas del Institut Català d'Oncologia. De esta manera se podrá detectar al grupo de pacientes con niveles de afectación emocional necesarios de ser atendidos por una unidad de psicooncología o equipo de salud mental (fig. 1).

Petición de interconsulta

El paciente o familiar debe ser derivado y atendido por un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra, especialista en psicooncología, asistente social o sacerdote) cuando expresen emociones o sentimientos que surgen a partir de afrontar los problemas a nivel personal como los surgidos a raíz de la enfermedad o tratamiento, los cuales pueden variar desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza, temores asociados a la enfermedad, de su propia persona

o como de su familia, o pueden ser expresados de una manera más severa, constituyendo un claro trastorno psicopatológico.

A nivel orientativo, y optando por diferenciar los tres componentes psicológicos que encierra cualquier reacción psicológica, señalaremos los signos o síntomas más prevalentes a nivel emocional, cognitivo y conductual, que nos puedan ayudar a conocer la situación psicológica del enfermo y la familia, siendo un claro indicador de solicitud o demanda de asistencia a un profesional de la salud mental:

- A nivel emocional: ánimo depresivo o tristeza, desesperanza, falta de ilusión en general y sentimientos de anhedonia.
- A nivel cognitivo: ideación de suicidio o pensamientos recurrentes sobre la muerte, pérdida de memoria, orientación espacio-temporal y atención (excluida la organicidad psicológica o cerebral asociada por afectación a nivel metabólico, sistema nervioso central o por tratamiento oncológico o de soporte sintomático) y sentimientos de culpa.
- A nivel conductual: agitación o ansiedad, mutismo, falta de apetito, insomnio y llanto fácil.

Estos signos o síntomas, que son los que con más frecuencia se observan en un paciente o familiar afectado emocionalmente, nos puede guiar de cara a solicitar una valoración o consulta psicológica.

De una manera más precisa, de cara a facilitar una mejor y mayor derivación de interconsultas de pacientes oncológicos con algún tipo de alteración psicológica a profesionales de salud mental, quisiéramos señalar las recomendaciones

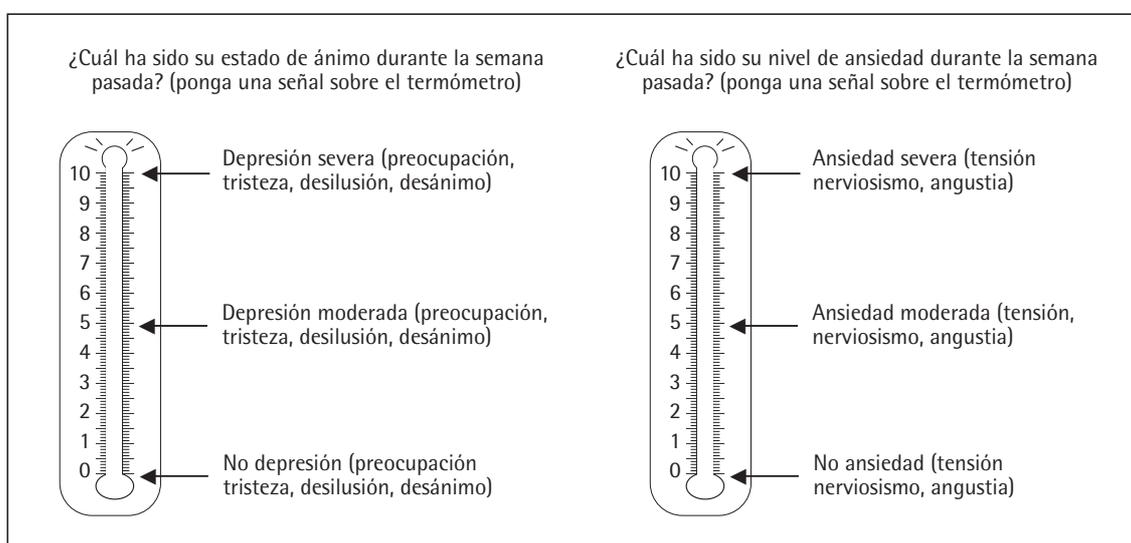


Figura 1

Termómetros de ansiedad y depresión para pacientes con cáncer⁷.

facilitadas por Holland⁹, en las cuales intenta delimitar y optimizar los recursos asistenciales de equipos de salud mental que desarrollan su actividad asistencial con pacientes con cáncer (fig. 2).

Así pues, podemos considerar como candidatos de interconsulta al especialista en psicooncología a aquellos pacientes que presenten al menos un trastorno adaptativo o desmoralización. En estos pacientes es frecuente hallar problemas de concentración y memoria causados por la propia afectación emocional, ansiedad leve o moderada, estado de ánimo hipotímico o hipertímico, llanto, desesperanza, bajo apetito, insomnio, dificultad para adaptarse a una actividad diaria personal, familiar y laboral, problemas sexuales y de relación en la pareja, aislamiento social y preocupaciones acerca de la evolución de la enfermedad y de la eficacia del tratamiento. Todo este cuadro desadaptativo en el paciente es resultado de un inadecuado afrontamiento a la enfermedad. De cara al diagnóstico es recomendable considerar la distinción entre desmoralización y trastorno adaptativo, ya que la sintomatología física que presenta el paciente, su capacidad funcional y la amenaza de progresión o muerte que a veces presenta nos hace tender más hacia un diagnóstico de desmoralización, entendiendo su reacción emocional como normal ante un claro estresor que de trastorno adaptativo.

Asimismo son candidatos de interconsulta a la unidad de psicooncología o al especialista en psicooncología aquellos pacientes que presenten algún tipo de trastorno psiquiátrico o psicopatológico. No obstante, es importante señalar que mucho de los síntomas vegetativos que presenta el paciente son causados por su enfermedad, por lo cual de cara a realizar un diagnóstico es aconsejable guiarse más por los síntomas cognitivos (desesperanza, anhedonia, sentimiento de culpa, pensamientos sobre la muerte e ideación de suicidio, por ejemplo).

No obstante, es importante remarcar que la asistencia al paciente oncológico tiene un carácter integral desde un enfoque de atención interdisciplinar. Por ello la figura del psicooncólogo debe ser utilizada como consultor por parte del equipo médico en aquellos casos donde se observen un mal afronta-

miento a la enfermedad o al tratamiento por parte del paciente, sin ser necesario que dicha conducta cumpla criterios suficientes de trastorno psiquiátrico para poder ser atendida.

Modelo de interconsulta

Partiendo de que la solicitud de consulta a un profesional del área psicosocial debería surgir tras una discusión del paciente, a nivel físico y psicosocial, dentro de una sesión clínica, donde unos de los objetivos, junto con el tratamiento oncológico o de control de síntomas, debería ser la situación psicológica del enfermo como de su familia, además de la discusión de las necesidades sociales o de recursos que presentan éstos, es aconsejable proponer desde aquí un documento o interconsulta, de las que habitualmente es de uso común interservicios, de cara a los siguientes objetivos:

- A nivel administrativo objetivar la demanda psicosocial que se desprende de una institución o departamento de oncología o hematooncología.
- Poder hacer llegar esta interconsulta, vía celador, cuando ha surgido una consulta de carácter urgente que no se ha considerado en las sesiones clínicas anteriores.
- En los casos de que algún miembro del equipo no ha podido asistir a las sesiones clínica previas, no habiendo tenido la oportunidad de exponer el caso en la sesión anterior.
- Y, principalmente, debido a que la magnitud de las instituciones o centros de oncología y el número de sesiones clínicas y comités que se realizan en cada uno de los servicios o departamentos hace imposible la presencia en todas ellas de un facultativo del área psicosocial que facilite sea consultado y posteriormente discutido la situación global del paciente y de su familia.

Por todo ello, la petición de interconsulta, usando el modelo estándar que utilizamos interservicios, debería recoger los siguientes aspectos:

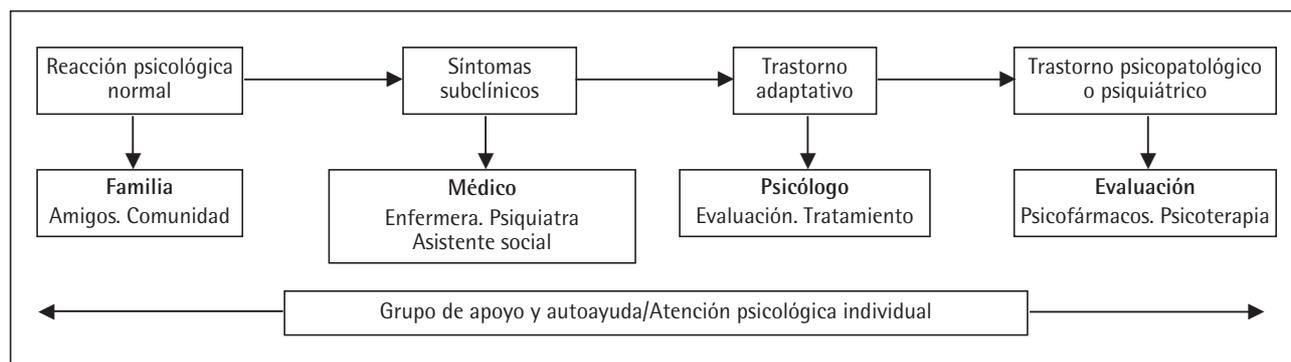


Figura 2 Recursos psicosociales para pacientes oncológicos⁹.

- Nombre del paciente y edad.
- Facultativo o enfermera que solicita la consulta.
- Número de habitación y planta (en el caso de estar ingresado).
- Paciente notificado de la consulta (si/no).
- Razones de la interconsulta.
- Tipo de enfermedad, estadio, tratamiento e intención terapéutica.
- Urgencia de la interconsulta: inmediata/ordinaria/hoy.
- Comentarios.

Esta información va a facilitar al interconsultor conocer en qué situación médica se halla el paciente, la necesidad de una intervención urgente o no y a qué tipo de problema se espera que demos respuesta.

Guía de consulta

Consulta externa

Tras recibir la consulta procederemos a una lectura de la historia del paciente, en la cual recogeremos los siguientes datos:

- Fecha de diagnóstico y estadio de la enfermedad.
- Tipo de tratamiento actual y tolerancia y respuesta antitumoral de los anteriores tratamientos.
- Efectividad de los tratamientos oncológicos o de soporte sintomático actuales. No respuesta, progresión de la enfermedad, remisión parcial o completa, libre de enfermedad o seguimiento oncológico en situación asintomático/sintomática.
- Recogida de los datos de las últimas analíticas del laboratorio del paciente para descartar organicidad cerebral o psicológica

Concluida la lectura de la historia del paciente procederemos a la entrevista con el paciente. Las áreas a explorar son:

- Situación sociodemográficas del enfermo: edad, sexo, estado civil, hijos (edad de los mismos).
- Sintomatología que presenta y tolerancia-efectividad del tratamiento actual.
- Capacidad funcional (índice de Karnofsky).
- Antecedentes oncológicos.
- Antecedentes psicopatológicos personales y familiares.
- Evaluación psicooncológica.

A nivel de ingreso

A diferencia de la consulta externa, con un paciente ingresado podemos tener más información sobre el paciente y

familia. La razón de ello es que junto con el proceso señalado anteriormente de lectura de la historia y exploración o evaluación del paciente podemos conocer y contrastar con el resto del equipo de la planta, *staff* médico y enfermería la situación del paciente.

De esta manera, tras la lectura de la historia médica, solicitaremos la impresión del facultativo (oncólogo o hemato-oncólogo) y de la enfermera responsable sobre la situación emocional del paciente y la familia, lo cual nos ayudará a objetivar nuestra intervención. Tras la visita es importante dar un *feedback* al equipo asistencial sobre la situación psicológica del paciente y de la familia, acompañado de un informe clínico que se anejará a la historia médica del paciente.

Sugerimos los siguientes pasos a realizar previo a proceder a cubrir la interconsulta solicitada:

- Clarificar con el facultativo o enfermera antes de atender al paciente, las razones de la consulta solicitada.
- Preguntar si el paciente ha sido notificado por el equipo médico o enfermería de la consulta que vamos a realizar.
- Verificar que el paciente acepta nuestra visita.
- Leer la historia del paciente y las pruebas de laboratorio oportunas para descartar organicidad psicológica o cerebral.
- Tras la consulta, redactar e incluir un informe clínico de nuestra visita en la historia del paciente.
- Dialogar con el equipo asistencial sobre la situación del paciente y el tratamiento que necesita recibir.
- Discutir con el asistente social de la planta sobre el manejo emocional del paciente y de su familia.

Una vez realizada la interconsulta es necesario la elaboración de un informe psicooncológico para ser anexionado a la historia oncológica del paciente, y de esta manera ser tenida en cuenta en el curso del tratamiento médico del enfermo (tabla 3).

Los datos reflejados en el informe tienen varias funciones: en primer lugar, facilita el conocer la presencia o no de trastornos psicopatológicos o psiquiátricos en el paciente; en segundo lugar nos indica si dicho trastorno psiquiátrico o alteración psicopatológica es de carácter reactivo, es decir, si es debido a la propia información diagnóstica y/o por las dificultades de afrontamiento del paciente a su enfermedad o al tratamiento o si, por lo contrario, es de carácter orgánico (delirio, demencia, trastorno depresivo orgánico y trastorno de ansiedad orgánico, principalmente), es decir, provocada bien por el tratamiento oncológico prescrito (algunos tipos de citostáticos, por ejemplo), por alguna anomalía o alteración metabólica o endocrina (anomalías en la bioquímica de la sangre, por ejemplo), por efectos secundarios neuropsiquiátricos no deseados (causados por la admi-

Tabla 3

Modelo de informe en psicooncología

Informe de psicooncología

Datos sociodemográficos y médicos
Antecedentes oncológicos
Antecedentes psicopatológicos personales
Antecedentes psicopatológicos familiares
Presencia de organicidad psicológica
Alteraciones metabólicas o endocrinas (hipercalcemia, hipertiroidismo, por ejemplo)
Afectación del SNC (metástasis cerebrales, por ejemplo)
Agentes quimioterápicos (ifosfamida, tamoxifeno, por ejemplo)
Efectos secundarios neuropsiquiátricos (causados por la administración de neurolépticos, antieméticos, benzodiazepinas, por ejemplo)
Evaluación psicooncológica
Impresión (diagnóstico psiquiátrico según los criterios del DSM IV)
Indicación (tipo de tratamiento o intervención psicooncológica)

nistración de neurolépticos, antieméticos o benzodiazepinas, por ejemplo) o por invasión tumoral intracraneal, la cual provoca sintomatología de pérdida de atención, memoria o concentración que nos pudiera hacer pensar en un cuadro depresivo¹⁰⁻¹², y en tercer lugar, a través del apartado indicación del informe se da a conocer al facultativo responsable del paciente (oncólogo o hematólogo) quién ha solicitado la interconsulta, el tipo de intervención psicológica a llevar a cabo y la necesidad o no de tratamiento psicofarmacológico que es necesario administrar al paciente.

AFRONTAMIENTO A LA MUERTE

Ante la fase terminal de la enfermedad, el paciente expresa temor a la muerte y el sufrimiento físico (dolor, principalmente), sentimientos de culpa por el cuidado que recibe de sus familiares y afectación emocional por tener que dejarlos. En la medida en que podamos asegurar un buen control de síntomas y una atención psicológica adecuada en esta fase de la enfermedad podremos conseguir un mayor confort para el paciente.

A continuación nos centraremos en profundizar en el afrontamiento a la muerte del paciente, y cómo reconociendo la dimensión espiritual de éste, podemos ofrecer una atención psicológica individualizada desde la psicoterapia existencial.

La espiritualidad del paciente oncológico no es diferente de la del paciente no oncológico, no es diferente de la del

no paciente, no es diferente a la de ningún ser humano; la espiritualidad tampoco es diferente en Oriente u Occidente, la espiritualidad cambia en función de cómo la vive la persona y por ello la espiritualidad es única desde el punto de vista vivencial. Eso sí, la forma en que es vivida por un paciente con enfermedad grave, incapacitante, avanzada, terminal o similar sí recobra otro peso más específico, o, dicho de otra manera, en pacientes oncológicos la vida eterna que nos prometió nuestra mente infantil, la cultura, se transforma bruscamente en mortal.

En todo el proceso de la enfermedad del paciente oncológico es muy probable que en algún momento del curso de la enfermedad viva una crisis de creencias, sobre todo cuando ésta nos sorprende. Como diría John Fowles, «la muerte se parece en cierto modo a un conferenciante: uno no escucha realmente lo que dice hasta que no se sienta en la primera fila».

Desde nuestra unidad de psicooncología, siendo consecuentes con nuestra forma de entender la práctica clínica, consideramos que el paciente oncológico ha de entenderse desde una perspectiva más integral y más integradora y entendemos que el ser humano es un compendio de condiciones biológicas (medio físico, material), psicológicas (mente, funciones superiores, comportamientos), sociales (interrelación con el medio físico y social) y, cómo no, espirituales (con o sin implicación religiosa). Todas estas condiciones estarán en constante transformación e interrelación y formarán parte de un todo, éste es el modelo bio-psico-socio-espiritual.

Como señalamos anteriormente, Holland propone una medida de *screening* de distress o afectación emocional en forma de termómetro⁹. Uno de los aspectos considerados por la autora, el cual agrava o incrementa el nivel de afectación emocional, es la dimensión espiritual (fig. 3). Utilizando una escala análogo visual en formato de termómetro evalúa aquellas áreas (en una lista de problemas adjunta al termómetro) en que las que el paciente se siente más afectado. Esta lista comprende los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Hecha esta rápida evaluación sabríamos el nivel de afectación emocional del paciente y los motivos de dicha afectación. Se deduce, por tanto, la idoneidad de un abordaje interdisciplinar (oncólogo, equipo de enfermería, psicooncólogo, trabajador social y el servicio pastoral) en función de la causa de la afectación emocional o el nivel de distress del paciente. De Vita, en referencia al paciente oncológico avanzado, señala que «el médico debe apoyarse en las enfermeras, sacerdotes y asistentes sociales para el cuidado y atención de estos pacientes», lo cual pone de manifiesto la necesidad de soporte espiritual. Además incide en que «la ayuda espiritual no es tarea exclusiva del sacerdote o agentes de pastoral sanitaria, sino que corresponde en diversa medida, a todo el personal sanitario»^{13,14}.

Kissane nos propone una nueva categoría diagnóstica denominada síndrome de desmoralización, que entre otros

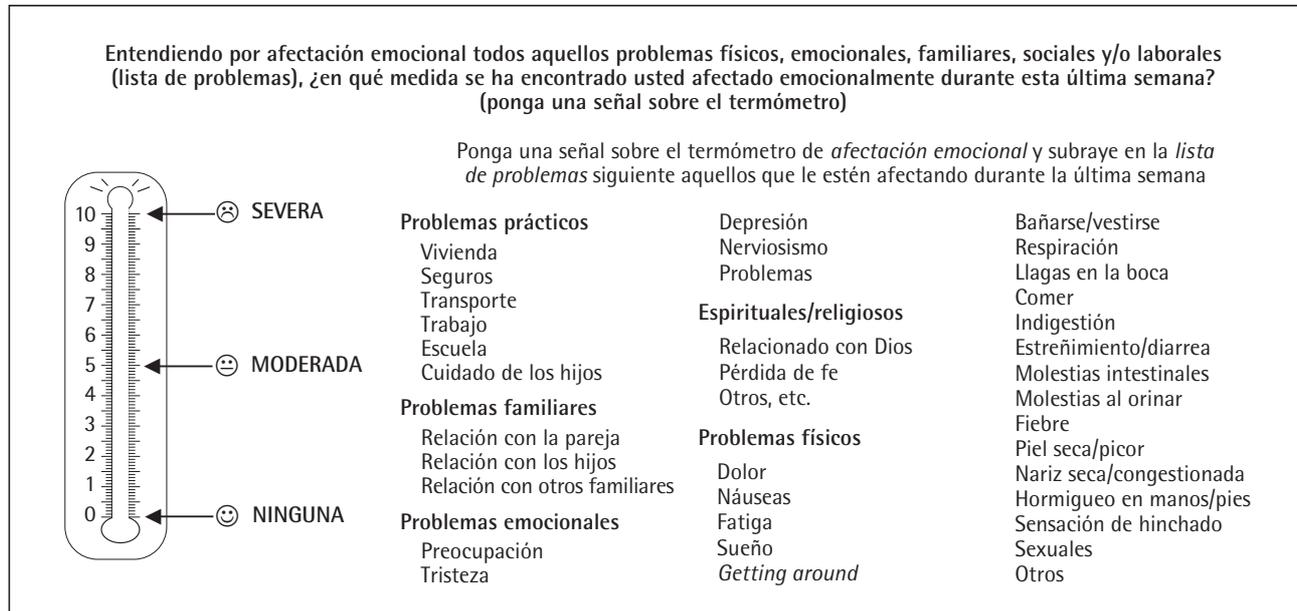


Figura 3 Termómetro de afectación emocional (*distress psicossocial*)⁷. (Traducción y adaptación del *Distress Management*, Holland JC, 1999)⁶.

aspectos valora el estrés existencial y nos propone incorporar el *counselling* pastoral para el apoyo espiritual¹⁵.

Desde la psicooncología (PSO) consideramos que es necesario una formación básica y complementaria al modelo curricular clásico en psicología clínica y psiquiatría que contemple el área espiritual del paciente, habitualmente ignorado no sólo por el equipo médico, sino por los especialistas en salud mental. Sin duda alguna el aspecto espiritual es inherente a cualquier persona, entendiendo la espiritualidad no sólo desde el aspecto más terrenal como la religión, creada por los hombres con criterios siempre arbitrarios y propios de épocas concretas, sino que por espiritualidad nos referimos a algo que va más allá de las religiones y que sería un aspecto universal, pero con entidad propia al ser una experiencia vivencial, y que incorpora normalmente el concepto de trascendencia, dando un sentido a su enfermedad, haciendo introspección sobre su persona y encontrando una razón para vivir y para luchar el resto de sus días; en resumen, dando sentido a su muerte. Por ello no es de extrañar que un paciente pueda manifestar su espiritualidad referida a una puesta de sol, a una obra de arte, a la naturaleza o a su Dios.

Entre las escalas desarrolladas hasta la fecha que midan religiosidad y espiritualidad destacamos las siguientes:

- *Religious Orientation Scale* (ROS): desarrollada por Allport y Ross, es una escala de 20 ítems que miden religiosidad intrínseca¹⁶.
- *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS): desarrollada por Paloutzian y Ellison, es una escala de 20 ítems que miden bienestar existencial y religioso¹⁷.

- *Index of Core Spiritual Experiences* (INSPIRIT): desarrollada por Kass et al., es una escala de 7 ítems que miden experiencias espirituales¹⁸.
- *McGill Quality of Life Questionnaire* (MQOL): desarrollado por Cohen et al., es un cuestionario que consta de 6 ítems que miden aspectos existenciales¹⁹⁻²¹.
- *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-SpWB): desarrollada por Fitchett et al., es una escala que consta de 12 ítems que miden aspectos de la espiritualidad como el significado de la vida, armonía y otros²².
- *Systems of Beliefs Inventory* (SBI-15): desarrollado por Holland et al., es un inventario que consta de 15 ítems que miden creencias religiosas y espirituales, y prácticas²⁶.
- *Brief RCOPE*: desarrollado por Pargament et al., consta de 14 ítems que miden el afrontamiento positivo y negativo²³.
- *Spiritual Involvement and Beliefs Scale* (SIBS): desarrollada por Hatch et al., consta de 26 ítems que miden rituales y creencias en relación a las tradiciones espirituales y religiosas²⁴.

Maté y Gil observan cómo un 85,7% de pacientes presentaban algún tipo de creencia espiritual, un 17,9% de pacientes hubieran deseado tener asistencia espiritual y cómo el 28,6% señalan que las creencias espirituales le ayudan a afrontar la enfermedad (fig. 4)²⁵.

Estos datos evidencian la necesidad de explorar en el paciente el aspecto espiritual-existencial y ofrecer, si procede, soporte psicológico específico.

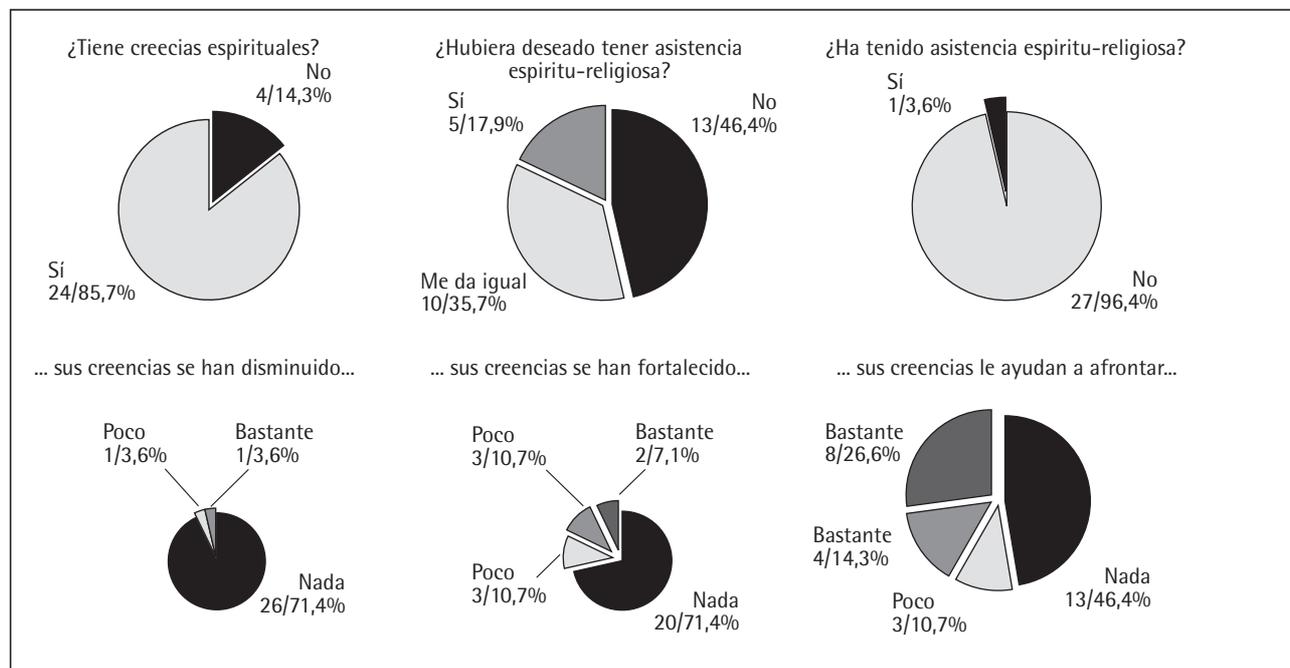


Figura 4

Resultados cuestionario espiritual²⁵.

En nuestra práctica clínica diaria los pacientes a los que se les ofrece psicoterapia desde una perspectiva existencial agradecen dicha intervención y destacan, sobre todo, la sensación de liberación interior al poder hablar de ello. Asimismo, Yalom señala cómo en una muestra de 40 pacientes consecutivos que hicieron una demanda de psicoterapia en el hospital de día psiquiátrico el 30% presentaban problemas graves que tenían que ver con el significado de sus vidas²⁷.

Desde un punto de vista asistencial, Folkman y Greer proponen la psicoterapia de búsqueda de significado como un tipo de psicoterapia centrada en el paciente²⁸. Desde este punto de vista, la intención es que el paciente halle sentido a su vida pese a que ésta se vea amenazada por una enfermedad oncológica.

SUPERVISIÓN CLÍNICA

Entendemos por supervisión un acuerdo formal y estructurado entre el residente o estudiante y supervisor, con períodos establecidos de tiempo, en los cuales se revisen los casos en curso de tratamiento. El objetivo de la supervisión es promover la eficacia de la relación terapeuta-paciente y el trabajo terapéutico. Dentro de la supervisión, el terapeuta debe sentirse lo más cómodo posible para discutir con el supervisor las posibles dificultades que está teniendo con sus pacientes. Al supervisor también se le debe requerir que explore las emociones que cada caso despierta en el terapeuta y atenderlas adecuadamente. Por lo cual debemos esperar de una supervisión efectiva²⁹:

- Promover competencia terapéutica, conocimientos y desarrollo de habilidades terapéuticas.
- Acrecentar la calidad del trabajo terapéutico.
- Salvaguardar el bienestar del cliente de una mala práctica terapéutica.
- Aumentar la capacidad del terapeuta a través de una práctica reflexiva.
- Proveer al terapeuta de mecanismos de protección contra el estrés y el agotamiento profesional

De manera resumida podemos decir que la supervisión clínica tiene tres objetivos que son el de apoyar, desarrollar y monitorizar al terapeuta y al trabajo que está realizando con el paciente, facilitando su proceso de autonomía, a la vez de salvaguardar el bienestar del paciente, promoviendo que el terapeuta desarrolle sus propias habilidades terapéuticas.

Durante el proceso de supervisión es de gran importancia la forma en que los casos son presentados por el terapeuta. Wosket sugiere que la supervisión debe centrarse en las siguientes tres áreas²⁹:

- Contenido de la sesión: ¿cómo el terapeuta aprecia el problema y qué otros aspectos deberían ser considerados o explorados?
- El proceso terapéutico: ¿qué estrategias terapéuticas son usadas por el terapeuta y por qué? ¿Cómo responde el paciente? ¿Qué otras perspectivas podrían ser consideradas en la relación terapéutica?

- La relación terapéutica: ¿cómo es la relación terapéutica entre paciente y terapeuta? ¿Qué impacto está teniendo el paciente sobre el terapeuta y viceversa? ¿Qué otros aspectos necesitan ser considerados en la relación terapéutica?

A través de estos métodos de presentación y supervisión, el terapeuta logrará desarrollar sus propias habilidades clínicas con el apoyo y guía del supervisor.

COMPETENCIAS DEL EQUIPO ASISTENCIAL A NIVEL PSICOSOCIAL

Partiendo de que la comunicación del oncólogo y del equipo de enfermería oncológica con el paciente y su familia es esencial en el cuidado integral del paciente, pues como señala J. C. Holland en toda relación terapéutica existe un contenido humano que hay que atender³⁰ es importante señalar a nivel psicosocial cuales son los profesionales que más directamente tienen la competencia de la atención psicosocial.

La dimensión psicosocial o las necesidades de atención psicológica directas al paciente y familia son competencias de tres profesionales: psicólogo o psiquiatra (especialista o con formación en psicooncología), asistente social y el sacerdote (fig. 5). Dependiendo del tipo de problema que se haya asociado a la afectación emocional que padece el enfermo, podemos conocer quién es el responsable principal, no exclusivo, de atender esta demanda emocional.

Toda demanda asistencial o interconsulta de pacientes con síntomas de preocupación, tristeza, estado de ánimo depresivo o ansiedad deber ser dirigido a un equipo o profesional en salud mental, ya sea éste psicólogo, psiquiatra o especialista en psicooncología. Si lo que determina o causa

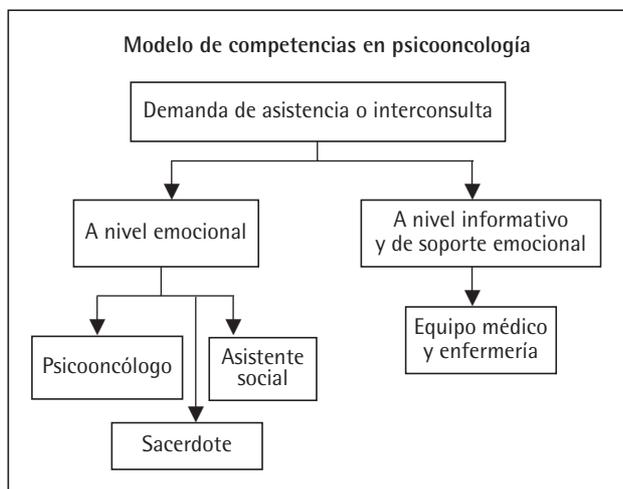


Figura 5 Gráfica de competencias en la atención psicosocial.

el estado emocional del paciente son problemas de carácter social, familiar o de recursos, sería más apropiado contar con la colaboración del asistente social. Igualmente si lo que provoca el estado de afectación emocional en el paciente son problemas de carácter espiritual o religioso, el paciente debería ser referido o derivado a un sacerdote o agente espiritual (fig. 6).

ESTADO ACTUAL DE LA PSICOONCOLOGÍA

El estado actual de la psicooncología como una especialidad de la oncología podría resumirse, según Holland, en cuatro áreas principales: a) la inclusión de la psicooncología en servicios de atención al paciente; b) el desarrollo de programas de formación en psicooncología; c) la creación de nuevas líneas de investigación en psicooncología, y d) el aumento de publicaciones en psicooncología, así como la inclusión de secciones sobre aspectos psicosociales dentro de importantes publicaciones en oncología (*Journal of Clinical Oncology*, por ejemplo)⁵.

Diversas son las líneas asistenciales y de investigación en psicooncología. Entre éstas cabe destacar las siguientes:

1. Manejo de alteraciones emocionales en pacientes oncológicos:
 - Guías de práctica clínica en psicooncología (*National Comprehensive Cancer Network Panel Report*, por ejemplo).
 - Manejo psicofarmacológico en oncología.
 - Nuevos tipos de psicoterapias basados en nuevos modelos explicativos de distress en pacientes con cáncer.
2. Cuidados paliativos:
 - Atención psicooncológica en pacientes pediátricos terminales.

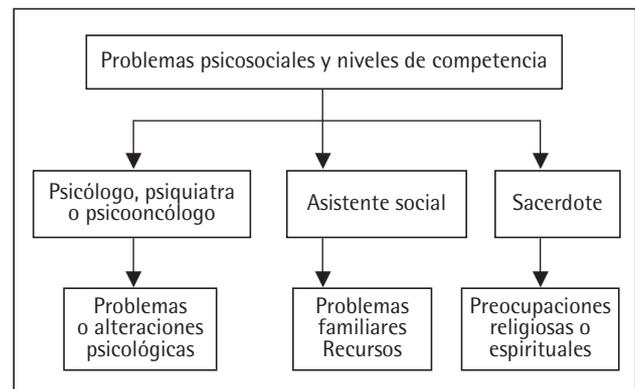


Figura 6 Listado de problemas psicosociales y niveles de competencia a nivel profesional

- Manejo de síntomas (fatiga, caquexia y anorexia, principalmente).
 - Acercamiento psicooncológico al manejo del dolor neuropático.
 - Bioética en psicooncología: ensayos terapéuticos (fase I frente a tratamiento paliativo).
3. Formación en psicooncología:
- Modelo curricular en psicooncología.
 - Formación en habilidades de comunicación dirigida a staff y enfermería oncológica.
4. Calidad de vida:
- Toma de decisión compartida oncólogo-paciente.
 - Inclusión de la psicooncología en los ensayos médicos randomizados.
 - Grupos de trabajo en calidad de vida.
5. Prevención y consejo genético:
- Factores psicológicos implicados en la prevención secundaria del cáncer.
 - Impacto psicosocial de pacientes en estudios genéticos de mutación de BRCA1 y BRCA 2 susceptibles de cáncer de mama y ovario.
 - Interés en la participación en estudios genéticos de pacientes con riesgo familiar o hereditario de cáncer de colon.
 - Capacidad de consentimiento e impacto emocional en estudios de Poliposis Familiar en niños y adolescentes.
6. Coping y cáncer:
- Influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia del paciente.
 - Control emocional y estrategias de afrontamiento en cáncer.
 - Disfunciones sexuales en pacientes oncológicos.
7. Investigación en psiconeuroinmunología

LÍNEAS FUTURAS

Mirando hacia el futuro cabe señalar la necesidad de mejorar la asistencia psicológica o psiquiátrica que estamos dando a nuestros pacientes. Esta mejora pasa por protocolizar nuestra asistencia partiendo de una evaluación inicial acompañada de varias medidas evaluativas que puedan objetivar las áreas de intervención y que un vez reevaluado el paciente podamos observar la mejoras alcanzadas a nivel emocional, control de síntomas, adherencia al tratamiento oncológico o mayor calidad de vida, por ejemplo.

Por ello la evaluación del paciente debe hacerse con instrumentos evaluativos que recojan las siguientes características³⁰:

- Simples y autorrellenables.
- Rápidos de completar.
- Validados y fiables.
- Sensibles.
- Relevantes, desde el punto de vista clínico.
- Los resultados que aporte deben de ser gráficos.

El mismo Bruera hace una propuesta de cuales deben ser los problemas específicos que estos instrumentos evaluativos deben de recoger en pacientes avanzados-terminales³¹:

- Delirium.
- Trastornos afectivos.
- Somatización.
- Alcohol y adicciones a drogas.
- Pacientes en riesgo de mayor afectación emocional.

Cada equipo asistencial, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y médicas del pacientes, debe desarrollar su propio protocolo asistencial seleccionando aquellos instrumentos de evaluación que les permitan contrastar las mejoras del paciente tras la intervención realizada proponiendo nuevas áreas de mejora.

A nivel docente, desde la psicooncología, debemos realizar un esfuerzo formativo no sólo hacia los residentes de psiquiatría y psicología clínica, sino también a aquellos profesionales con los que compartimos nuestra tareas asistencial, oncólogos, hematólogos, paliatólogos, médicos de familia y enfermería oncológica. A este grupo de profesionales se le debe dotar de una mayor capacidad de detección de trastornos mentales y habilidades de comunicación y contención emocional.

Desde el punto de vista de la prevención se debe hacer esfuerzo en la formación del profesional en programas relacionados con la conducta del paciente (deshabitación tabáquica, principalmente) y con la detección precoz del cáncer, entre ellos los de *screening* de cáncer de mama y colorrectal, haciendo gran hincapié en la área asistencial e investigadora en consejo genético³²⁻³⁵.

CONCLUSIÓN

La programas de formación en psicooncología, como una nueva subespecialidad de la psicología clínica y de la psiquiatría, requieren de un componente didáctico y de una práctica clínica supervisada que capacite al terapeuta o psiquiatra de las habilidades clínicas necesarias para su desarrollo profesional.

Asimismo debemos capacitar al resto del equipo asistencial, oncólogos o hematólogos, enfermeras y auxiliares de habilidades de comunicación que, por sí mismas ya son terapéuticas que le faciliten su interacción con el paciente y

maximice su capacidad profesional al menor coste emocional posible para ambos, paciente y profesional

Dentro de todo programa de formación surge la figura del supervisor. A éste se le debe requerir del conocimiento del área de trabajo donde el terapeuta en formación está trabajando, así como de las habilidades y estrategias de supervisión requeridas para esta labor docente. El resultado de una adecuada supervisión clínica se observará en la satisfacción del terapeuta y de sus pacientes.

No obstante, dentro del campo de la psicooncología existen numerosas áreas de estudio e investigación cuyos futuros resultados podrán mejorar la asistencia psicológica que ofrecemos a nuestros pacientes y familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Gil F. Manual de psicooncología. Madrid: Editorial Nova Sidonia, 2000.
- Gil F, Sirgo A, Lluch P, Maté J, Estradé E. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En: De Dias M, Durá E, editores. Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi Editores, 2002; p. 427-52.
- Holland J. Psycho-Oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology* 1992;1:1-13.
- Passik SD, Ford CV, Massie J. Training psychiatrist and psychologists in psycho-oncology. En: De Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; p. 1055-60.
- Holland JC. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Holland JC. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology, NCCN Proceedings* 1999; p. 113-47.
- Gil F, Sirgo A, Fuentes S, León C. Spanish Comprehensive Cancer Network (SCCN): psychosocial distress practice guidelines. *Psycho-Oncology* 2000;9:abstract 115.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- Holland JC. Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology* 1997; p. 109-14.
- Fleishman SB, Kalash GR. Chemotherapeutic agents and neuropsychiatric side effects. En: De Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; p. 630-8.
- Breitbart W, Wein SE. Metabolic disorders and neuropsychiatric symptoms. En: De Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; p. 639-49.
- Gil F, Sirgo A. Modelo de interconsulta: guía de intervención en psico-oncología. En: De Cortés-Funes H, editor. *Oncología media*. Madrid: Nova Sidonia, 1999; p. 1713-6.
- De Vita VT. Principles of cancer therapy. En: De Petersdorf A, Braunwald I, Martin W, editores. *Harrison's, principles of internal medicine*. New York: McGraw Hill Co. 1983; p. 787.
- Monge MA. El trato integral del enfermo hospitalizado: derecho a la atención espiritual. *Rev Med Univ Navarra* 1989;33:236.
- Kissane D, Clarke D, Street A. Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17:12-21.
- Allport G W, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967;5:432-43.
- Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and quality of life, in *Loneliness: a Sourcebook of Current Theory*. En: Peplau L, Perlman D, editores. *Research and therapy*. New York: John Wiley and Sons, 1982. p. 224-47.
- Kass JD, Friedman R, Leserman J, Zuttermeister PC, Benson H. Health outcomes and a new index of spiritual experience. *J Sci Study Religion* 1991;30:203-11.
- Cohen SR, Hassan SA, Lapointe BJ, Mount BM. Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *AIDS* 1996;10:1421-7.
- Cohen SR, Mount BM, Tomas JJJ, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer* 1996;77:576-86.
- Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the importance of the existential domain. *Palliat Med* 1997;11:3-20.
- Fitchett G, Peterman AH, Cella DF. Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Paper presented at the Third World Congress of Psycho-Oncology. New York. 1996.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Pérez, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion* 1998;37:710-24.
- Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Hellmich LK. The spiritual involvement and beliefs scale: development and testing of new instrument. *J Fam Prac* 1998;46:476-86.
- Maté J, Modolell E, Pérez MJ, Gil F. Espiritualidad en pacientes oncológicos. EVA: Línea de la Vida, un estudio preliminar. Póster presentado en el I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psico-Oncología, 2002.
- Holland JC, Kash KM, Passik S, Gronert MK, Sison A, Lederberg M, et al. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *J Psychosoc Oncol* 1998;7:460-9.
- Yalom I. *Existencial Psychotherapy*. Basic Books. New York, 1980.
- Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 2000;9:11-9.
- Wosket V. Clinical supervision. En: De Feltham C, Horton I, editores. *Handbook of counselling and psychotherapy*. London: SAGE Publications, 2000; p. 201-8.
- Holland JC, Sheldon, L. *The human side of cancer*. New York: Harper Collins, 2000.
- Bruera E. New directives for psychosocial research in palliative care. En: De Chochinov HM, Breitbart W, editores. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press, 2000; p. 407-11.
- Gil F, Lianes P, Kash KM, Arranz P, Holland J. Riesgo de cáncer de mama hereditario y conductas preventivas. *Neoplasia* 1994;11:182-4.
- Gil F, Lianes P, Kash KM, Holland JC. Soporte psicológico, consejo genético y alto riesgo hereditario de cáncer. *Oncología* 1994;17:463-8.
- Gil F. Hereditary breast cancer risk: factors associated with the decision to undergo BRCA1 testing. *Eur J Cancer Prev* 1996;5: 488-90.
- Gil F, Kash K. Grado de satisfacción alcanzado en mujeres con normal o alto riesgo hereditario de cáncer de mama. Participantes en un programa de detección precoz. *Oncología* 1996;19:538-44.