

El quehacer de los psicólogos en unidades de oncología en centros hospitalarios de Bogotá

Resumen

El objetivo de esta investigación fue describir el quehacer de los psicólogos en unidades oncológicas de centros hospitalarios de Bogotá. Se realizó un estudio de caso con análisis de contenido. Se trabajó con una muestra intencional de ocho psicólogos que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria, previa firma del consentimiento informado. Todos tenían al menos dos años de experiencia laboral en unidades oncológicas. Se utilizó una entrevista semiestructurada que indagaba por el quehacer del psicólogo en dichas unidades, sus actividades y el enfoque en que basan sus prácticas. Se realizó un análisis de contenido de categorías deductivas y emergentes, utilizando la triangulación entre investigadores, así como el enfoque ilustrativo del discurso. Los resultados señalan que los participantes reportaron un quehacer y unas funciones del psicooncólogo que son consistentes con la conceptualización de la Psicooncología, además de que se abordan los componentes emocionales y cognitivos de los pacientes con cáncer y sus familias desde el enfoque cognitivo conductual. Finalmente, se establece que las unidades oncológicas deben desarrollar guías de atención con base en la evidencia, las cuales sean flexibles según las necesidades de cada institución. Se concluye que es necesario contar con programas institucionales para prevenir el burnout en el equipo sanitario.

Palabras clave: Psicooncología, evaluación, intervención, enfoques psicológicos

Abstract

This study aims to describe the labor of psychologists in oncologic units at medical centers in Bogota city. A case study with content analysis was developed. The sample was constituted by eight psychologists who signed an informed consent previously. All of them had worked for at least two years in oncologic units. A semi-structured interview which questioned participants about their labor, the activities they developed and the approach they based their practices on was used. A content analysis of deductive and emergent categories was developed. Triangulation between researchers and discourse illustrative approach were applied in this analysis. Results show that participants' reports regarding their labor and functions carried on by them are consistent with psycho-oncology conceptualization. Moreover, it can be established that emotional and cognitive components of patients with cancer and their families are dealt with from the cognitive behavioral approach. Finally, it can be established that oncological units must develop attention guides evidence based, which fit each institution needs. Besides, it is concluded that it is necessary to have institutional programs to prevent burnout in health professionals.

Key Words: Psycho-oncology, assessment, intervention, psychological approaches

Patricia Hernández Zubieta¹,
Alba Lucía Meneses Báez²,
María Fernanda Cala Mejía,³
Beatriz Basabe Cruz,³
Claudia Pureza Perdomo Gómez³
Universidad El Bosque

Aceptado: 10-Octubre de 2018

Recibido: 11-Noviembre de 2018

1. Psicóloga, Magíster en Psicología, phzubieta@gmail.com.
2. Psicóloga, Doctora en Dificultades de aprendizaje y procesos cognitivos. menesesalba@unbosque.edu.co
3. Psicólogas, Magísteres en Psicología. calamariaf@unbosque.edu.co, beatriz.basabe@gmail.com, cpuprezag@gmail.com

Introducción

La atención en salud a pacientes con cáncer representa uno de los retos más importantes para los profesionales de la salud, las instituciones y los gobiernos, dado el impacto que esta patología tiene a nivel social, económico, familiar y personal. Así bien, es de gran importancia para los investigadores describir el quehacer de los psicólogos que trabajan en unidades oncológicas ya que se evidencia el surgimiento de políticas convenientes para el manejo del paciente oncológico.

Los diferentes documentos que se publican sobre las enfermedades dan cuenta de que el cáncer es la segunda causa de mortalidad en los países de las Américas. Para el año 2012, se registraron 1.3 millones de muertes, asumiendo que un 47% de ellas fueron reconocidas en América Latina y el Caribe. Y las proyecciones para el 2030 plantean que las cifras aumentarán hasta 2.1 millones de muertes (Ferlay, Soerjomataram, Ervik, Dikshit, Eser & Mathers, 2012). Así mismo, se proyectan 150.000 casos nuevos por año, hecho que plantea la necesidad de desarrollar estrategias de atención adecuada para el creciente número de pacientes con cáncer.

Por otra parte, la población colombiana ha pasado a tener condiciones de vida que giran en torno más a lo urbano que a lo rural. Por consiguiente, se ha modificado el estilo de vida, la alimentación y el alcance de los servicios de salud (Murillo, Wiesner, Acosta, Piñeros, Pérez & Orozco, 2015). Es así que en Colombia, según Ferlay et al. (2012), los datos que se referencian estiman que anualmente se presentan cerca de 71.442 casos nuevos de cáncer, de los cuales 34.398 correspondieron a hombres y 37.044, a mujeres. Estos datos señalan una prevalencia general de 175.2 por 100 mil habitantes, lo que ubica a la población colombiana en un riesgo medio de padecer cáncer, en comparación con otros países. En relación con el género, los hombres presentan diagnósticos de cáncer de próstata, estómago, pulmón, colon y recto, y linfomas. En el caso de las mujeres, prevalecen el cáncer de mama, cuello uterino, tiroides, estómago y colon, recto y ano. Para el caso de la población infantil, los tipos de cáncer más frecuentes son las leucemias, los tumores del sistema nervioso y los linfomas.

Con los datos mencionados anteriormente, se hace evidente que se deben fortalecer los sistemas de registro de información sobre los casos nuevos de cáncer, además de contar con estrategias que permitan orientar sobre la reducción de la carga de esta enfermedad en el país. Además, dichas estrategias deberán basarse en la evidencia acerca de

la efectividad del tratamiento en los pacientes, con el fin de ofrecerles una mejor calidad de vida.

Recientemente, la Ley Estatutaria 1751 de 2016, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), definidos con la resolución 429 de 2016, plantean la adopción de rutas de atención integral para el grupo de riesgo en cáncer para las diferentes instituciones; con ello, se establece la importancia de unir esfuerzos orientados a alcanzar objetivos, como el aumento de la cobertura de los servicios de salud y la mejora de las condiciones de las instituciones a las que pueden acudir los pacientes para tener una atención oportuna que favorezca los procesos de diagnóstico y de acceso a los tratamientos. Esto determina, a su vez, la relevancia de desarrollar modelos y planes de atención que vinculen a los grupos interdisciplinarios en acciones de prevención, orientación y recuperación de los enfermos de cáncer. Esto también demanda el fortalecimiento de los equipos humanos que respaldan las acciones descritas, de tal manera que la participación de los profesionales con entrenamiento y formación en el área de la oncología podrá favorecer este objetivo de manera completa y competente.

Por otra parte, los hallazgos del estudio de Hernández, Correa & Astros (2013), señalan que existe poca evidencia que sustente el quehacer del psicooncólogo, así como de los enfoques que respaldan su trabajo.

Por todo lo anterior, la psicología tiene la responsabilidad de aportar fuerza de trabajo que ayude a dar cumplimiento a las demandas de atención psicológica derivadas del impacto que representa la experiencia del cáncer, tanto para el paciente como para su familia. Así bien, es necesario definir las acciones, tareas y objetivos de trabajo que tendrán los psicólogos en las unidades de oncología. Así mismo, la identificación de los correlatos emocionales en el proceso de la enfermedad, la calidad de vida y la recuperación, serán aspectos que deben ser abordados por el profesional en psicooncología. Además, el sistema de salud tendrá que asumir una serie de responsabilidades que deberán ser cumplidas en esta década, con el fin de dar respuesta oportuna a la problemática del cáncer.

A partir de estos planteamientos, se pone en consideración la necesidad de desarrollar mecanismos que permitan sustentar el quehacer profesional con una base racional, lo que llevará a lograr buenas prácticas y, por ende, mejores

resultados en las intervenciones a los pacientes con cáncer. Así bien, el presente estudio buscó describir el quehacer de los psicólogos que trabajan en centros hospitalarios de Bogotá, con el fin de establecer una línea de base (tanto práctica como para futuras investigaciones) sobre las condiciones que enmarcan tal labor. La descripción se realizó a partir de la identificación de los enfoques que respaldan las acciones y los instrumentos que utilizan estos profesionales para la evaluación y la intervención de los enfermos de cáncer. Se incluyeron ocho centros hospitalarios que cuentan con mayor cobertura en las modalidades de atención en cáncer (servicios de cirugía, radioterapia, salas de quimioterapia y algunas unidades de cuidado paliativo).

Método

Tipo de investigación

Es un estudio de caso, que describe el quehacer del psicooncólogo y el enfoque desde el que desarrolla sus actividades (Stake, 2005).

Participantes

La muestra estuvo conformada por ocho psicólogos voluntarios, siete mujeres y un hombre, con edades entre 28 y 55 años ($M = 34.25$ años; $DS = 9.33$). Los participantes estaban vinculados mediante contrato laboral (planta o prestación de servicios) a unidades de oncología de centros hospitalarios privados de Bogotá y contaban con al menos dos años de experiencia como psicólogos en unidades de oncología. Cuatro de los participantes contaban con estudios de posgrado en psicooncología, y los demás, en otras áreas, como psicología de la salud y psicología educativa. Todos ellos habían recibido formación en el enfoque cognitivo conductual durante el programa de pregrado.

Técnica de recolección de información

Se utilizó una entrevista semiestructurada desarrollada por las autoras, la cual favorece la espontaneidad del interlocutor y permite aclarar conceptos y ambigüedades (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz, 2013). Dicha entrevista indagó por aspectos sociodemográficos, relacionados con la edad, sexo, tiempo de servicio, formación profesional y tipo de contratación; así mismo, incluyó preguntas sobre el quehacer del psicooncólogo y el enfoque psicológico en que este se basa.

Esto último debido a que cada enfoque propone un objeto de estudio diferente y utiliza metodologías coherentes a sus fundamentos epistemológicos, lo que lleva a desarrollar formas específicas en la labor del psicólogo. Para entender esto, se abordó el enfoque psicodinámico, el cognitivo conductual y el humanista, con sus respectivas formas de evaluación e intervención (Sánchez-Escobedo, 2008).

De acuerdo con lo anterior, se debe mencionar que la evaluación se entiende como el proceso sistemático y metódico de recolección de información con el fin de tomar decisiones para el proceso futuro de intervención (Compas & Gotlib, 2003). Por otra parte, la intervención hace referencia a las estrategias utilizadas para generar cambios a nivel de funcionamiento del paciente con respecto a su enfermedad, con el fin de facilitar la expresión de emociones, darle resignificación a la enfermedad, lograr la activación conductual del enfermo y mejorar la comunicación entre paciente, familia y personal sanitario (Robert et al., 2013).

Procedimiento

Este estudio se desarrolló en cinco etapas. Primero, se diseñó una entrevista semiestructurada con base en las categorías deductivas, *psicooncología* y *enfoques psicológicos*, producto de la revisión de literatura. La primera categoría incluyó el quehacer del psicooncólogo y la conceptualización de psicooncología. Específicamente, el quehacer incluía las subcategorías de actividades administrativas, docencia, diseño de políticas públicas, investigación, asistencial (evaluación e intervención) y otros. La conceptualización de psicooncología incluía equipos interdisciplinarios y formación de los mismos. La segunda categoría incluyó los siguientes paradigmas: psicodinámico, cognitivo comportamental y humanista. A partir de esta taxonomía conceptual se construyeron preguntas para obtener información sobre la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en unidades de oncología de los centros hospitalarios de Bogotá.

En segundo lugar, se realizaron contactos formales con los psicólogos que cumplían los criterios de inclusión para lograr su participación voluntaria.

En tercer lugar, las investigadoras aplicaron una entrevista piloto a una psicóloga, que también trabajaba en una unidad oncológica y no hacía parte de la muestra, para determinar si las preguntas elaboradas permitían obtener la información sobre las categorías propuestas y, de ser nece-

sario, realizar ajustes. Luego, las investigadoras recibieron entrenamiento para llevar a cabo las entrevistas.

Posteriormente, cada participante firmó un consentimiento informado, en el que se explicaba el objetivo del estudio, la confidencialidad, el anonimato personal e institucional, así como la autorización para grabación de audio. Esto, de acuerdo con lo establecido por el Congreso de Colombia (2016) en la Ley 1090 de 2006 sobre el ejercicio del psicólogo; luego, alguna de las investigadoras realizaba la entrevista individual.

Por último, se realizó el análisis de contenido de los datos y se usó la técnica de triangulación entre investigadores para identificar categorías deductivas y emergentes; además, se utilizó el enfoque ilustrativo del discurso para validar las categorías (Neuman, 2014). Inicialmente, se transcribieron las entrevistas y se llevó a cabo un análisis de contenido textual. Para ello, se identificaron segmentos del discurso con sentido completo en cada una de las transcripciones. Cada investigadora revisó cuidadosamente cada segmento de manera independiente, intentando identificar las categorías deductivas, sus componentes y las categorías emergentes que dieran respuesta a la pregunta planteada; posteriormente, se realizó la triangulación de las categorías identificadas por cada investigadora, identificando por consenso la ocurrencia de cada categoría deductiva o emergente. Luego, se realizó un análisis de las relaciones conceptuales entre las categorías deductivas y emergentes, organizándolas en diagramas. Finalmente, se revisaron las denominaciones de cada categoría y se seleccionaron ilustraciones de los relatos de los participantes, para validar cada categoría y sus componentes, con lo cual se construyeron los resultados.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de las categorías deductivas (quehacer del psicooncólogo y enfoques psicológicos en los que este se basa) y sus componentes; posteriormente, se presentan las categorías emergentes, producto del análisis de contenido textual que privilegió un enfoque ilustrativo (Neuman, 2014).

Categorías deductivas

A continuación, se presenta la categoría *Psicooncología* con los elementos que la constituyen; además, se mencionan las actividades desarrolladas por los psicólogos

en las unidades de oncología, así como las otras funciones que estos desempeñan.

Psicooncología. La definición de la Psicooncología evidencia, a partir de las respuestas de los participantes, que estos la consideran como el estudio de los factores psicológicos (estados emocionales), biológicos (etiología del cáncer y síntomas) y sociales (habilidades comunicativas e interpersonales) relacionados con el cáncer. Un ejemplo de ello es el siguiente: la psicooncología es *“la rama de la psicología que estudia los fenómenos psicológicos relacionados con las personas y las familias de pacientes que tienen una enfermedad oncológica y... abarcaría lo familiar, lo emocional, los mismos aspectos de la enfermedad... de tratamiento y de pronóstico, que hay que intervenir...”*. (Entrevistado 6).

En Psicooncología, se identificaron los siguientes componentes deductivos: *factores psicológicos relacionados con el cáncer y apoyo psicológico en pacientes con cáncer*.

En relación con los *factores psicológicos asociados al cáncer*, se halló que los emocionales y los cognoscitivos son los de mayor relevancia, como se evidencia a continuación: *“Los médicos tratantes no tienen la formación para afrontar las situaciones de crisis y manejo emocional de los pacientes, y aquí estamos en ese sentido para apoyarlos; y por esa razón, se siente como un proceso valorado, necesario e importante en el proceso integral de atención al paciente”* (Entrevistado 6).

Con respecto al *apoyo psicológico en el proceso del cáncer*, este incluye la asistencia integral durante los diversos estadios de la enfermedad. Los participantes relatan cómo la atención va dirigida al control de síntomas psicológicos, pero no al componente fisiológico o biológico. Lo anterior se ilustra en el siguiente apartado: *“...primero se hace la valoración, se indaga en qué fase está, cierto, si apenas acaba de recibir una noticia, si está apenas entrando en lo de los tratamientos, si es por parte familiar o red de apoyo, o si ya es un sobreviviente; y estamos en toda la evolución de las emociones que eso también implica...”* (Entrevistado 8).

En relación con las actividades del psicólogo en unidades de oncología, se encontró que la mayoría de los participantes mencionan que su quehacer está relacionado con la docencia, la investigación, el diseño de políticas públicas y tareas de tipo asistencial y administrativo. A continuación, se presenta cada una de ellas de acuerdo con lo referido por los participantes.

La actividad asistencial es resaltada de forma reiterada. Los participantes indican que se refiere a las valoraciones iniciales, a partir de una solicitud o interconsulta; luego de ésta, se genera una evaluación del paciente y su familia por medio de entrevistas e instrumentos que permitan identificar las necesidades particulares de cada uno, sus condiciones socioculturales y todo lo relacionado con sus estrategias de afrontamiento. También, los participantes reportan la utilización de escalas o pruebas para complementar la información relacionada con los estados emocionales y el conocimiento de la enfermedad, como se muestra a continuación:

“La mayoría de las veces, los especialistas me llaman, ...es darle, digamos, el diagnóstico al paciente en conjunto... entonces, la idea es desde el principio, ...ese primer impacto para el acompañamiento... si desde el inicio, empiezo desde hace cuánto está diagnosticado, qué información conoce de la enfermedad, en qué fase del tratamiento va, si hay claridad en la información, cuáles son las expectativas, se realiza también una evaluación de las estrategias de afrontamiento que basta el momento se han utilizado, lo del apoyo social, cómo es la parte de las condiciones socioeconómicas, porque eso me da pie a mí para decir si necesito un apoyo” (Entrevistado 5).

Un elemento común en varios de los participantes fue el acompañamiento al paciente en lo que respecta a los cuidados paliativos, especialmente al final de la vida. Esto implica apoyar al paciente y a la familia en la aceptación de la situación actual, al igual que la capacidad de entender el proceso de muerte y el manejo del duelo anticipatorio. Lo anterior se refleja en el siguiente apartado: *“Cuando el paciente fallece, bajo todo el acompañamiento a la familia, inclusive los acompaño a la morgue para que vean el cuerpo, el proceso inicial de despedida, expresión de emociones y todo lo que implica...”* (Entrevistado 1).

Dentro de la categoría de actividad asistencial, se encontraron tres componentes que complementan el entendimiento del quehacer del psicooncólogo en esta función.

El primero es donde los participantes hablan de la atención psicológica a los pacientes y la familia; aquí ellos relatan cómo la atención va dirigida al control de síntomas psicológicos, pero no tanto a los aspectos fisiológicos y biológicos. Así mismo, los participantes se centran en la familia para reducir el impacto que esta enfermedad genera en el entorno familiar. Un ejemplo de lo anterior es el siguiente: *“Inclusive, hemos llegado al punto de hacer*

intervención en familias, cuando son familias demandantes que no reciben el concepto médico o que están teniendo dificultad con una persona de la parte asistencial; también estamos haciendo esa intervención en ese momento” (Entrevistado 1).

Por otra parte, pocos participantes mencionan que trabajan en lo que respecta a la mejora de la comunicación con el paciente. Sin embargo, los que sí lo hacen reportan que desarrollan actividades con los médicos y enfermeras en pro del manejo adecuado del lenguaje al establecer contacto con el paciente, tal como afirma el entrevistado 7: *“Lo que hacemos es organizar una serie de charlas... que pueden generar un apoyo para el paciente durante su tratamiento. Por ejemplo, el tema de comunicación, el tema de cuidado del cuidador, algo del tema de oncología en general; entonces, invitamos un médico tratante, invitamos a un nutricionista, invitamos a la enfermera jefe y, desde el área de psicología, también hacemos algunas intervenciones psicológicas; entonces, mensualmente invitamos a los pacientes a estos programas de intervención grupal”*.

En relación con las necesidades psicosociales, los participantes mencionan que estas conciernen con variables sociodemográficas, redes de apoyo, condiciones familiares, sociales y culturales. La mayoría de los participantes argumentan que los trabajadores sociales juegan un papel fundamental en lo que atañe a estas necesidades. La función de estos profesionales de la salud es de gran impacto para las diferentes áreas de ajuste (económica, espiritual, social y académica), pues facilita el quehacer del psicooncólogo y disminuye los factores de vulnerabilidad en los pacientes. Al respecto, el entrevistado 6 afirma lo siguiente: *“Nos apoyamos mucho en trabajo social... cuando vemos algún paciente con una baja red de apoyo o que esté teniendo algunas condiciones específicas a nivel económico o social... solicitamos interconsulta para que trabajo social pueda brindar el apoyo específico... económico... sea orientación para pacientes que vienen fuera de la ciudad, para que puedan ubicarse en algún lugar y... que les pueda brindar alojamiento, alimentación, algún apoyo económico”*.

Así mismo, se mencionan actividades relacionadas con la docencia. Aunque pocos desarrollan funciones que atañen a la formación de profesionales, los que sí lo hacen manifiestan tener experiencia como docentes de estudiantes de pregrado de psicología y de medicina.

En la actividad docente se identifican dos elementos relevantes. El primero se relaciona con la formación profesional, referida a impartir clases teóricas y prácticas a los estudiantes de pregrado, lo cual prepara a los jóvenes para desarrollar competencias en el campo de la psicooncología. El otro es la supervisión de estudiantes en la práctica hospitalaria, lo cual facilita la consolidación de las competencias profesionales propias del quehacer del psicooncólogo. En cuanto a la supervisión, el entrevistado 6 afirma lo siguiente: *“Con respecto a la parte de docencia y en relación a los estudiantes que asisten y que son supervisados... ellos asisten a consulta conmigo, en principio como observadores y luego empiezan a ser coterapeutas, y empezamos a coordinar las intervenciones que hacemos en conjunto y también acompañan a los pacientes que están de manera hospitalaria a hacer la atención hospitalaria”*.

Por otra parte, en lo que atañe al *rol investigativo*, la mayoría de los participantes comentan que no realizan investigación dentro de la práctica, pues no cuentan con suficiente tiempo o carecen de apoyo económico de las instituciones para llevar a cabo estos procesos.

En la actividad investigativa, se identificaron dos componentes: *la presentación en eventos académicos y las publicaciones realizadas*, ya sea por el psicólogo o por los grupos de investigación dentro de la institución. Dos participantes refieren que están realizando actualmente algún tipo de investigación relacionada con la psicooncología dentro de sus instituciones, y sólo uno comenta que ha participado como expositor en un evento internacional.

En relación con la actividad en el diseño de políticas, no se encontró que los participantes hayan trabajado en la formulación de políticas institucionales o públicas, en beneficio de quienes trabajan en el área de la psicooncología.

En lo que respecta al *rol administrativo*, se halló que este se relaciona con el diligenciamiento de formatos, el registro de estadísticas, la preparación de informes y la asistencia a comités, como lo manifiesta el entrevistado 2: *“Sería hacer estadísticas... pues son labores administrativas, el registro de los pacientes, las evoluciones... dentro de las funciones, estaría la discusión de casos que puede darse dentro del grupo, en los comités de ética o en los de discusión de casos. La asistencia a comités primarios, donde se habla de las estadísticas y de los roles de cada uno”*. Es importante resaltar que sólo uno de los participantes realiza funciones de coordinación, mientras que los demás tienen el cargo de psicólogo o psicooncólogo de las unidades.

Para finalizar, en lo que atañe a otras funciones, los participantes refieren que estas se relacionan especialmente con acciones en el contexto y la cultura del lugar de trabajo. Ellos comentan que dentro de su quehacer diario se incluye la valoración a pacientes que presentan enfermedades crónicas distintas a las oncológicas (VIH, hemofilia, trasplantes, UCI). Esto se refleja en el siguiente apartado: *“Manejo la valoración pre-trasplante para los pacientes candidatos a trasplante de médula ósea, toda la parte de la UCI de todo lo que hay allá, bajo las asesorías pretest y postest para las pruebas de VIH para pacientes hematológicos, que por protocolo institucional se les hacen pruebas cuando ingresan para descartar...”* (Entrevistado 1).

Enfoque psicológico que sustenta el quehacer del psicooncólogo. Aquí se busca identificar el enfoque en el que se basa el quehacer del psicólogo y los instrumentos de evaluación e intervención que utiliza para abordar a los pacientes.

Enfoque psicológico. Todos los participantes expresan claramente aspectos descritos en lo referente al enfoque cognitivo conductual. Sin embargo, pareciera que sobre entienden la definición de enfoque. Los participantes egresaron de universidades que privilegiaban la formación en el enfoque cognitivo conductual, tanto en pregrado como posgrado, lo que apoya su quehacer en las unidades oncológicas. De igual forma, refieren que uno de los puntos más importantes de este paradigma es la práctica sustentada en la evidencia; es decir, todo lo que hacen está validado y es confiable, lo que facilita su actividad laboral y el proceso de los pacientes con cáncer. Lo anterior se evidencia en lo dicho por el entrevistado 5: *“Se podría decir que es un enfoque cognitivo-conductual, pero no quisiera reducirlo a eso, sino que es un enfoque más abierto que es la práctica basada en evidencia. Lamentablemente, hay muchas intervenciones o metodologías que le funcionan a mucha gente, pero que no tienen la suficiente evidencia. Entonces, pues si no tienen evidencia, es difícil que tú lo puedas replicar y referenciar como algo que definitivamente le sirve a la mayoría de personas”*.

En los discursos de los psicólogos, se identifica un elemento que está relacionado con las técnicas que proporciona el modelo para modificar pensamientos y comportamiento. Varios participantes reportan que utilizan las tres generaciones de terapias, pues hablan de modificación de pensamientos y creencias (ideas irracionales), de generar cambios conductuales (adherencia), e incluso

la mayoría utiliza terapia de aceptación y compromiso, y técnicas como el mindfulness y la activación conductual. Según ellos, estas técnicas son eficientes para este tipo de pacientes por el poco tiempo que disponen las instituciones para el tratamiento.

Con respecto a los enfoques psicodinámico y humanista, ninguno de los profesionales refirió tener formación o entrenamiento; tampoco mencionaron herramientas o técnicas relacionadas con esos enfoques.

Evaluación e intervención. Los participantes mencionan que estos son aspectos esenciales desde el enfoque cognitivo conductual. Esto se pone de manifiesto en el siguiente apartado: *“como la medición nos permite identificar cuáles son las necesidades, nosotros vamos identificando... a través de la entrevista o de los instrumentos y vamos modificando los aspectos necesarios para poder abordar esa problemática del paciente o la familia”*. (Entrevistado 1).

En relación con la intervención psicoterapéutica, se identifica que estaría relacionada con el tipo y fases de la enfermedad, así como con la clase de tratamiento médico que está recibiendo el paciente, como se evidencia en el relato del entrevistado 2: *“Si tú tienes la ventaja como paciente de tener un diagnóstico cuando apenas te está empezando la enfermedad, por supuesto la intervención ya va más como hacia la parte preventiva, buenos hábitos, adherencia al tratamiento y controles médicos, estrategias de afrontamiento relacionadas con mayor cubrimiento social, en el apoyo profesional, a diferencia de una persona que llega con un cáncer de mama en un estadio 4, donde además el riesgo de mortalidad es a 1 mes, 2 meses; el cuidado pasa más de ser psicológico o va de la mano con el cuidado paliativo o fin de vida. Entonces, evidentemente sí hay una diferencia en eso”*.

Otro aspecto mencionado por los psicólogos se refiere al objetivo de la intervención. En el discurso, se hace mención a los objetivos, especialmente los encaminados a resolver las dificultades del paciente respecto a la adaptación a su contexto. También, mencionan que el acompañamiento y seguimiento a los pacientes y las familias recupera la autoestima, ayuda a la adecuada expresión y manejo de emociones, a la solución de problemas (relacionados con las áreas de ajuste), a la adherencia al tratamiento y a la mejora en la calidad de vida. Por otra parte, los pacientes terminales tienen objetivos distintos, como la aceptación del diagnóstico y el pre-duelo. Esto se refleja en el siguiente

apartado: *“Hacer todo el manejo de la necesidad detrás de cada uno de los objetivos que se cumple en cada una de ellas... se vuelve la prioridad en psicología... por ejemplo, cuando bajo la parte final, me encargo es con las familias que puedan afrontar el proceso de lo que realmente es el duelo”* (Entrevistado 1).

En la categoría *evaluación e intervención*, se identificaron los siguientes componentes: instrumentos, guía y protocolos, y terapias o técnicas utilizadas.

Instrumentos. Incluyen las escalas, pruebas psicométricas o cuestionarios utilizados por los psicólogos en las actividades con los pacientes y las familias. La mayoría de los participantes refiere que utilizan pruebas de tamizaje y evaluación de la condición emocional del paciente. *“Hay varias maneras... se hace un tamizaje... se usan... el ESA, que es la Escala de Evaluación de Síntomas Físicos y Emocionales... evalúa 10 síntomas... el dolor, el cansancio, la tristeza, la ansiedad, la somnolencia, el apetito, el estreñimiento, la disnea, el sufrimiento y el bienestar percibido por el paciente. Todo eso se evalúa en una entrevista semi-estructurada, de tal manera que podamos abordar todas las características que pueden estar afectando a esta persona. También se hace un tamizaje con... el OCSIS y OASIS, que hacen parte del Protocolo Unificado de Barlow de trastornos emocionales y del estado de ánimo”* (Entrevistado 7).

Guía y protocolos. La mayoría de los participantes refieren trabajar con guías de orientación para la atención a pacientes y sus familias, y solo dos mencionan tener guías específicas para estudiantes en formación. *“Sí, nosotros tenemos una guía de atención en la clínica para paciente de enfermedad catastrófica; entonces, manejamos esos criterios de atención con ellos”* (Entrevistado 8). Por otra parte, la mitad de los participantes reportan que cuentan con protocolos aprobados institucionalmente para el abordaje de temas específicos.

En relación con el manejo de protocolos, los participantes reconocen que son importantes, pero no resultan prácticos debido al poco tiempo que tienen con cada paciente. *“Los protocolos son muy muy difíciles de seguir y que es mejor trabajar con guías... que te den... problemáticas con las posibles intervenciones a realizar y que sirvan obviamente para los psicólogos que vayan a trabajar conmigo, que aprendan cómo es el procedimiento...”* (Entrevistado 2).

Terapias y técnicas de intervención psicológica.

La mayoría de los participantes mencionan la utilización de técnicas psicológicas frecuentemente. Además, consideran que la psicoeducación es una actividad básica para promover buenos hábitos y facilitar la adherencia al tratamiento. “...realizo talleres de educación tanto para los profesionales como para los pacientes... mi objetivo es sensibilizar a la persona frente a sus reacciones, pero también que empiecen a ver todas esas habilidades de afrontamiento que pueden empezar a explotar... entonces, son charlas que se han empezado a hacer mensualmente” (Entrevistado 2).

Por otro lado, todos los participantes refieren que un aspecto de la intervención a los pacientes está orientado a las necesidades que estos tengan, como puede ser el manejo en crisis. “Como son pacientes de crisis inmediata, mi intervención es un poquito en ese sentido... mi intervención tiene que ser puntual, muy de la situación que se está viviendo ya, como la resolvemos ya, en el momento en que se necesita, tengo las herramientas para funcionar en lo que necesito ya” (Entrevistado 3).

Algunos de los participantes evidencian la importancia de utilizar estrategias terapéuticas para el cumplimiento de los objetivos de intervención. “Las técnicas que utilizamos son: re-estructuración cognitiva, regulación emocional, mindfulness, y pues toda la parte de psicoeducación que también implica el enfoque” (Entrevistado 6).

Categorías emergentes

A continuación, se mencionarán las categorías emergentes que surgieron del análisis de contenido.

Formación académica del psicooncólogo. Se identifica que los psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer y en cuidado paliativo, deberían tener un entrenamiento en evaluación y estrategias de intervención psicooncológica especializada. Se considera que el psicooncólogo debe contar con fundamentos conceptuales, explicativos y metodológicos para el manejo de estos pacientes. “... nosotros hemos tenido cierta experiencia con psicólogas generales de otras áreas que han querido atender pacientes oncológicos y se han visto incapacitadas para hacerlo y han tenido que abandonar esa labor... entonces, creo que la preparación académica es fundamental” (Entrevistado 3).

Se evidenció que la ausencia de programas académicos especializados en esta área es una gran falencia para la formación del psicooncólogo en Colombia. Según los participantes, lo más cercano son los programas de psicología de la salud (especializaciones y maestrías), los cuales se imparten en pocas universidades. Por tal razón, varios realizan estudios en el exterior o en modalidad online. “...en Colombia no hay por lo menos maestría en Psicooncología. En Colombia, un psicólogo que no tiene la posibilidad de viajar al exterior a formarse tiene que estudiar psicología de la salud para poder hacer Psicooncología.” (Entrevistado 3).

Equipo interdisciplinario. A partir de los relatos recopilados, se establece que todos los participantes reportan que trabajan de la mano con otros profesionales de la salud, con el fin de intercambiar sus conocimientos y experiencias con el paciente oncológico. Entre dichos profesionales, mencionan a los trabajadores sociales, médicos oncólogos, enfermeras, nutricionistas, médicos hospitalarios, neurólogos, traumatólogos. El trabajo en equipo tiene como fin establecer un plan de tratamiento, para que el paciente y su familia logren adecuados procesos de adaptación a esta condición. “Dentro de las características del programa se espera que todos los profesionales, sin importar si es el médico, la enfermera, el psicólogo, el trabajador social, o el clero, que estamos tratando de introducir, debe tener la capacidad de entender completamente al paciente, lo que implica que todos debemos saber cómo utilizar y aplicar las escalas, y cualquiera tendría que identificar cualquier necesidad del paciente, sea física, psicológica o espiritual, porque ahora se está empezando a tener en cuenta eso” (Entrevistado 7).

Cuidado al psicooncólogo y al equipo de salud. En lo que respecta a esta categoría, se encontró que existe un alto riesgo psicosocial en los procesos de atención y calidad de la intervención por parte de los profesionales que atienden a pacientes con cáncer. Uno de ellos es el impacto por el deterioro y la muerte de los pacientes. Así bien, los participantes mencionan el apoyo de parte del equipo con el fin de equilibrarse emocionalmente; varios de ellos realizan actividades fuera de la institución, lo que les permite manejar de forma adecuada estas situaciones. “...en junio, vamos para Villa de Leyva; entonces, allá tenemos tiempo para relajarnos, para estar tranquilos; eso nos da como ciertos espacios” (Entrevistado 3).

Por otra parte, en las categorías emergentes, se observan dos componentes que se identificaron dentro de la categoría *cuidado al psicooncólogo y al equipo de salud*.

Así bien, aunque existe una norma que obliga a las instituciones de salud a garantizar las condiciones físicas y psicológicas del personal sanitario (Carvalho, 2003; Congreso de la República de Colombia, 1993 y Decreto 1295 de 1994), los participantes refieren que son pocas las instituciones que cuentan con este tipo de programas. Esto se refleja en la siguiente intervención: “Nosotros lo manejamos muy nosotros, en la parte del almuerzo, en la parte de - venga está bien cargado, vaya póngase a hacer algo administrativo-... que existiera algo y yo sí creo debería haberlo, y más de la parte de recursos humanos” (Entrevistado 1). No obstante, algunos reconocen que sí tienen acceso a apoyo emocional por parte de las instituciones, como se observa a continuación: “A nivel institucional, tenemos establecidos unos grupos que están en cada una de las unidades del hospital, no sólo en el Centro, sino en las demás unidades. Allí asisten los profesionales de cada unidad, los que quieren asistir; es totalmente voluntario, pero es un tiempo que está contemplado dentro de nuestro horario laboral” (Entrevistado 6).

El otro componente se refiere al *síndrome de Burnout* (consumirse o agotarse). Cuatro de los psicólogos hacen referencia a este síndrome o a síntomas relacionados, y mencionan que se vuelve parte de las funciones adicionales dentro del rol que cumplen. “Hay ocasiones en las que se queman las personas, cualquiera, así sea el psicólogo. Si yo me quemo, se quema el médico o se quema la enfermera. Intentamos darle soporte desde el equipo, pero como tal, no está establecido nada” (Entrevistado 7).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir el quehacer de los psicólogos en las unidades de oncología en centros hospitalarios de Bogotá, e identificar el enfoque psicológico en el que este se basa.

Los resultados del estudio podrían ser consistentes con los hallazgos de Wiener et al. (2012), pues la mayoría de los profesionales que trabajan en oncología son del género femenino. Sin embargo, esto no se puede confirmar por el tamaño de la muestra. Por otra parte, en cuanto a los escenarios de trabajo, todos los participantes desarrollan sus labores en el

área de hospitalización. Esto les exige estar en condiciones de realizar cierto tipo de actividades para atender pacientes que, por su diagnóstico y tratamiento, tendrían que permanecer hospitalizados durante varios días. En este sentido, el seguimiento de los psicólogos se ajusta a la condición clínica del paciente y su impacto a nivel emocional.

Con respecto a la conceptualización de la psicooncología, se evidencia que existe coherencia entre esta y lo referido por Holland y Weiss (como se citó en Hernández, Murcia & Preciado, 2015). De hecho, los participantes la identifican como una subespecialidad de la psicología de la salud, la cual trabaja desde varias dimensiones, pero especialmente en lo emocional y en lo cognitivo. Al respecto, los participantes ponen énfasis en que parte de su quehacer se centra en orientar de forma adecuada la expresión emocional al enfrentar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento oncológico. Además, y a pesar de que no todos los profesionales cuentan con formación académica institucional en el área, los participantes afirman que el trabajo mismo les ha permitido configurar una conceptualización que se ajusta a las actividades que deben desarrollar y ahondar en el conocimiento sobre el tema.

Por otra parte, los resultados señalan que la afectación del área cognitiva y comportamental son factores psicológicos que se vinculan con el cáncer. Esto concuerda con Levenson (1994), quien se refiere a la primera como la forma en que el paciente procesa la información inicial, de acuerdo con los estímulos generados en el medio; y a la segunda, como las conductas observables que presentan los pacientes y que se hacen evidentes en las reacciones agresivas o negativas.

Las actividades que realiza el psicólogo en las unidades de oncología coinciden con lo propuesto por Villanova (como se citó en Hernández et al., 2015), quien evidencia el quehacer desde: a) la actividad asistencial, concentrada en la atención del paciente y su familia. Aquí los participantes afirman que parte de la función del psicooncólogo es asistencial, la cual es básica para que todo el sistema logre adaptarse y se adhiera rápida y efectivamente a los procesos que implica el cáncer. Se encontró que todos los participantes dedican el mayor tiempo a esta actividad, siendo esta el eje principal de su labor; b) la docencia, que forma parte de las funciones que realiza el psicooncólogo. Si bien este profesional apoya la educación de los futuros profesionales del área de la salud, esta actividad no reviste la misma importancia que la asistencial dentro de las instituciones donde trabajan los

psicólogos entrevistados. Lo anterior puede estar relacionado con el tipo de instituciones, la modalidad de trabajo que tienen y la oportunidad de aproximación a estudiantes y rotantes en las instituciones de salud; c) la investigación, que se dificulta por el poco tiempo y la alta rotación de pacientes; además, los relatos evidencian que se tienen que realizar otras actividades no relacionadas con lo asistencial, las cuales no les permiten generar investigaciones que produzcan publicaciones o asistencia a congresos; d) el diseño de políticas públicas, actividad que ninguno de los participantes integra a su quehacer cotidiano, lo cual hace que no se identifique un fundamento legal que apoye la actividad del psicooncólogo en las entidades hospitalarias. No obstante, los planes nacionales para el control del cáncer y la participación de la psicología demandan una vinculación más clara y favorecen el reconocimiento del trabajo de los psicooncólogos en procesos de toma de decisiones de alto impacto en los diferentes escenarios donde se requiere de apoyo; y e) la actividad administrativa, donde los entrevistados sí participan, pues varios de ellos hacen parte de comités institucionales interdisciplinarios, en los que se toman decisiones con respecto a los casos clínicos. Este aspecto es considerado como una actividad más de tipo asistencial, con un componente administrativo. Así bien, se pone de manifiesto que los psicólogos tienen una gran responsabilidad y que la injerencia en las decisiones sobre el tratamiento de los pacientes debe vincular las variables psicosociales, emocionales y de apoyo familiar. Adicionalmente, se encontró que los psicooncólogos desarrollan otras funciones que están relacionadas con acciones en el contexto y la cultura del lugar de trabajo, como la valoración a otros pacientes que presentan enfermedades crónicas distintas a las oncológicas.

El segundo objetivo era identificar el *enfoque* en el que se basa el *quehacer* de los psicooncólogos y los instrumentos de evaluación e intervención en que se apoyan.

Según Sarason & Sarason (2006), el enfoque psicológico concibe la psicología de una manera distinta, ya que cada uno propone un objeto de estudio diferente y utiliza metodologías coherentes con sus fundamentos epistemológicos, lo que lleva a desarrollar formas específicas en el quehacer del psicólogo. En este estudio, los participantes reportaron que fueron formados con el enfoque cognitivo conductual, el cual guía todas sus intervenciones y acciones terapéuticas.

Lo anterior es sustentado teóricamente por Sánchez-Escobedo (2008), quien señala que este enfoque busca la

modificación de pensamientos, los cuales son mal interpretados (irracionales) por el paciente. Lo más relevante del enfoque es que se trabaja en el aquí y en el ahora, teniendo en cuenta los aprendizajes adquiridos en situaciones similares con el fin de lograr que la persona supere problemas, como los relacionados con el cáncer.

Siguiendo esta línea del enfoque (cognitivo conductual), los participantes comentan que, tanto en la evaluación como en la intervención, utilizan instrumentos, técnicas y/o terapias empíricamente validadas. Así mismo, se identificó que las terapias más utilizadas por los participantes son las de segunda generación debido al alto grado de efectividad y a la eficacia que han demostrado en el tratamiento de enfermedades crónicas. Sin embargo, algunos reportan el uso de terapias, como la aceptación y el compromiso, y de técnicas de tercera generación, como el *mindfulness* y la activación conductual.

Desde el enfoque cognitivo conductual, los instrumentos que permiten orientar y organizar de forma metódica el quehacer del terapeuta son las guías y los protocolos. Estos son muy utilizados en países desarrollados, como lo reportan Blenkiron, Brooks & Dearden (2014), quienes recomiendan el uso de herramientas estructuradas para mejorar la atención integral del paciente con cáncer. Para el caso de Colombia, este uso ya ha sido establecido como de estricto cumplimiento.

Los entrevistados mencionan que han sido formados en la construcción, desarrollo y utilización de guías y protocolos. Sin embargo, el uso de estas herramientas se ve limitado, pues el servicio sanitario colombiano, que regula los tiempos de consulta, dificulta la aplicación rigurosa de las mismas. La mayoría de los participantes refieren que usan partes de estos instrumentos, de modo que su aplicación se ajuste a las condiciones de tiempo en el que brindan atención a los pacientes, o a la misma situación del enfermo.

Por otra parte, en relación con la evaluación y la intervención, los participantes refieren que el enfoque cognitivo conductual engloba metodologías didácticas y clínicas para trabajar dificultades de tipo emocional, racional e instrumental, relacionadas con el proceso de esta enfermedad. También, mencionan que la modificación conductual de ciertas conductas afecta, directa o indirectamente, el afrontamiento del cáncer y la adherencia a los distintos tratamientos oncológicos. Teniendo en cuenta lo mencionado por (Deshields & Nanna, 2010), se observa que los psicooncólogos utilizan de forma siste-

mática métodos empíricamente validados que les permitan predecir un resultado positivo al manejar esta población particular. Muchas veces, el impacto del diagnóstico genera crisis emocional, la cual debe ser atendida inmediatamente por el psicólogo. Esta intervención marcará el rumbo del resto del proceso de adaptación a la enfermedad, pues promueve el desarrollo de competencias de autoeficacia y amplía el repertorio de habilidades de los pacientes.

Los participantes reconocen la importancia de centrar los tratamientos según la etiología, tipo y fase de la enfermedad, lo que está sustentado desde lo mencionado por Canelones (2013) en la Conferencia sobre psicoimmunología, emoción y cuerpo saludable. Así mismo, los participantes reportan que se centran en la atención a la familia para reducir el impacto que el cáncer genera al interior de ella. A su vez, mencionan que el acompañamiento y seguimiento a los pacientes y las familias tiene como propósito mejorar la adherencia al tratamiento y la mejora en la calidad de vida. En contraste, para los pacientes terminales, los objetivos estarían enfocados en la aceptación del diagnóstico, la comprensión del proceso de muerte y el manejo del duelo anticipatorio.

En relación con las categorías emergentes, se identificaron tres en el análisis del contenido. La primera fue la relacionada con la formación de los psicooncólogos. Según la Universidad Complutense de Madrid (2016), “la formación en Psicooncología se debe sustentar sobre la evaluación y tratamiento de pacientes con cáncer y cuidados paliativos, por medio de un entrenamiento práctico en la intervención directa sobre el paciente, los familiares y la atención al personal sanitario especializado. Así mismo, incluye fundamentos conceptuales, explicativos y metodológicos del trabajo con pacientes con cáncer; y engloba el entrenamiento en las estrategias de intervención, especialmente en las técnicas de tratamiento, apoyadas empíricamente, incluyendo el *counselling*, técnicas de comunicación y tratamientos psicológicos individuales y grupales, así como terapia de pareja y familia” (Universidad Complutense de Madrid, 2016, p.1). Los participantes refieren que la formación en esta área tiene que hacerse fuera del país o por medio de cursos online, motivo por el cual la mayoría de los entrevistados no tiene sustento teórico, pero sí experiencia en estas unidades.

Otra de las categorías que se evidencia en el quehacer del psicooncólogo es su participación en la actividad interdisciplinaria. De acuerdo con Malca-Sharf (2005), se debe

procurar el bienestar de los pacientes por medio de la comunicación positiva entre los diferentes profesionales que los atienden. Esta afirmación del autor se plasma en los resultados; todos los psicólogos entrevistados confirman la buena relación que tienen con los oncólogos, los médicos hospitalarios, el personal de enfermería (jefes y auxiliares), entre otros. Este aspecto lleva al reconocimiento de los otros profesionales y, en general, del entorno familiar del enfermo con cáncer, lo que repercute en la calidad de la intervención.

La última categoría emergente que se identificó en el estudio fue el cuidado al psicólogo y al equipo de salud. Esta confirma la necesidad de que el psicólogo y el equipo de salud de las unidades oncológicas cuenten con programas que velen por sus necesidades emocionales. Es evidente la carga emocional que presentan estos profesionales como resultado de la labor que llevan a cabo con los pacientes con cáncer y sus familias. Como reportaron Maslach & Jackson (como se citó en Gil-Monte, 2011) en la década de los 70, esto genera un grupo de signos y síntomas, denominado *Burnout* o Síndrome del quemado. La mayoría de los entrevistados mencionan que experimentan momentos de alta carga emocional; sin embargo, son pocas las instituciones que cuentan con programas de apoyo al equipo sanitario. Por ende, este profesional no cuenta con un apoyo terapéutico institucional para su descarga afectiva, lo que a futuro podría tener repercusiones de tipo físico y psicológico. Todo lo anterior está en contra de lo propuesto por Caravalló (2003), quien se apoya en el Decreto 1295 de 1994 del Ministerio de Gobierno, definido como el Sistema General de Riesgos Profesionales, donde se especifica que las instituciones de salud deberán tener en cuenta esta Ley para el cuidado del equipo sanitario.

Conclusión

En conclusión, este estudio permitió tener una mayor información acerca del quehacer, el enfoque y los instrumentos de evaluación e intervención que usan los psicólogos que trabajan en Bogotá, en el área de Psicooncología. Si bien el estudio cuenta con una muestra limitada, pone en evidencia la necesidad de contar con programas de formación especializada a nivel de postgrado, así como con programas institucionales para el cuidado del psicooncólogo y del equipo de salud.

Adicionalmente, es esencial que esta área de la psicología cuente con guías de atención psicológica validadas

para dicha población, para así facilitar la atención efectiva y mejorar el bienestar del paciente, su familia y los equipos de salud.

Sin duda, documentos de esta naturaleza suponen un aporte no solo para quienes ya ejercen la profesión, sino también para quienes se forman para la misma; además, permiten reconocer la relevancia de una sólida formación y la necesidad de contar con herramientas de trabajo válidas y disponibles que contribuyan a mejorar la calidad y la cobertura de la atención psicooncológica.

En relación con los pacientes y familiares, el hecho de recibir atención psicológica durante los procesos de diagnóstico, tratamiento y preparación para la muerte por parte de profesionales bien formados, favorecerá los procesos de adaptación y afrontamiento.

Por otra parte, se sugiere que en futuras investigaciones se trabaje sobre los lineamientos de evaluación, diagnóstico, intervención y rehabilitación. De este modo, los psicólogos podrán contar con herramientas conceptuales y metodológicas consistentes y fundamentadas, lo que supondrá un adecuado ejercicio en este campo de acción. Esto también podría llevar a identificar y determinar el modelo de atención en psicooncológica que oriente el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario en las instituciones con unidades oncológicas en Colombia, lo cual contribuiría a fortalecer el *quehacer* del psicooncólogo a nivel teórico y práctico.

En cuanto a las limitaciones metodológicas del presente estudio, cabe anotar, en primera instancia, que todos los participantes trabajaban en unidades oncológicas de hospitales privados y solo uno público, lo que implica que los hallazgos describen solamente el quehacer y el enfoque de psicólogos que laboran en este tipo de institución. Por esto, en futuras investigaciones, se deberán tener en cuenta otras instituciones públicas con el fin de tener una visión más amplia del quehacer de estos psicólogos. En segunda instancia, el tipo de técnica de recolección utilizada (entrevista semiestructurada) y la poca disponibilidad de tiempo por parte de los participantes fueron aspectos que, sin duda, limitaron el alcance de la información respecto a los objetivos del presente estudio.

Por último, es importante recordar que el incremento del cáncer en las últimas décadas ha hecho que los países desarrollen políticas y estrategias de atención para identificar factores de riesgo y generar acciones prioritarias en pacientes y personas que podrían enfermar. En Colombia,

las instituciones de salud con unidades oncológicas han vinculado psicólogos para dar respuesta a las necesidades emocionales, afectivas y socioculturales que afectan al paciente oncológico y a sus familiares, a través de estrategias de evaluación e intervención psicológica que favorezcan los procesos de atención integral.

Referencias

- Blenkiron, P., Brooks, A., & Dearden, R. (2014). Use of the distress thermometer to evaluate symptoms, outcome and satisfaction in a specialist psycho-oncology service. *General Hospital Psychiatry, 36*(7), 607–612. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.06.003
- Canelones, P.A. (2013). *Acompañamiento psicoterapéutico a la persona con cáncer*. Recuperado de <http://psicoimmunologia.over-blog.com/articulo-acompanamiento-psicoterapeutico-a-la-persona-con-cancer-120306976.html>
- Carvalho, B. (2003). *Riesgos laborales del Ejercicio Profesional: Una Responsabilidad Compartida Decreto 1295* Recuperado de <https://encolombi.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-63/enfermeria6303-memorias/#sthash.CtQxjfk2.dpuf>
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica: ciencia y práctica*. México: McGraw Hill
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de Colombia (2006). *Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.psicologia.prospectiva.com/introley1090.html>
- Deshields, T.D., & Nanna, S.K. (2010). Providing Care for the Whole Patient in the Cancer Setting: The Psycho-Oncology Consultation Model of Patient Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*, 249–257. doi: 10.1007/s10880-010-9208-1.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica. Investigación de Educación Médica, 2*(7), 162-167.

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., & Mathers, C. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. *International Journal of Cancer, 136*, 359-386
- Gil-Monte, P.R. (2011). *Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse en el trabajo*. México: Tea Ediciones
- Hernández, P., Correa I.C., & Astros, A. (2013). *Estudio bibliométrico de la producción en psicooncológica en Colombia durante los últimos veinte años*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Hernández, P., Murcia, L., & Preciado, Y. (2015). *Estudio bibliométrico de la producción en psicooncológica en algunos países de Suramérica durante los últimos veinte años*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Levenson, R.W. (1994). Human Emotions: A functional view, En P. Ekman & R.J. Davison (Eds) *The Nature of emotions: Fundamental questions* (pp. 123- 126). New York: Oxford University Press.

- Malca-Scharf, B. (2005). Psicooncológica: Abordaje emocional en oncológica. *Persona y Bioética, 9*(2), 64-67. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415>
- Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez, J.J., & Orozco, M. (2015). *Modelo de cuidado del paciente con cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo>
- Neuman, E. L. (2014). *Basis of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches (Seventh ed.)*. Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V, García, L.J, Martínez, A.E., & Oblitas, L.A. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica, 15*(1), 43-73. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncológica: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Las Condes, 24*(4), 677-684. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Sánchez-Escobedo, P.A (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno

