



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER DE MAMA

Analysis of psychological assistance in breast
cancer

Autora:

Blanca Serrat Segurana

Director del trabajo:

Dr. Enrique Sánchez Óriz

Facultad de Medicina de Zaragoza
Curso académico 2019/2020

RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances médicos en el pronóstico y supervivencia del cáncer de mama, este sigue siendo el tumor maligno más frecuente en las mujeres de todo el mundo. Las pacientes ven afectadas todas las esferas de su vida (personal, familiar, social y laboral) con el desajuste psicológico que eso conlleva.

Objetivos: La finalidad de este trabajo es describir el impacto psicosocial del cáncer de mama y conocer los recursos destinados a la atención psicológica de estas pacientes y sus familiares en España y Aragón.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos donde se encontraron artículos e informes (en su mayoría de los últimos 10 años, en inglés y español), acerca de los aspectos psicológicos del cáncer de mama y de la asistencia psicológica proporcionada a pacientes y familiares.

Resultados y discusión: Los efectos secundarios de los tratamientos, la personalidad de la paciente y una buena red de apoyo son algunos de los factores que influyen en el distrés psicológico de estas pacientes. La psicoterapia es beneficiosa en todas las etapas del proceso, facilita la adaptación emocional y mejora la capacidad de afrontamiento. Aunque se contempla ofrecer este apoyo psicológico en los planes autonómicos, nacionales e internacionales a pacientes y familiares con cáncer, la realidad es que hay una falta de cobertura de este servicio.

Conclusiones: Resulta evidente la necesidad de un abordaje psicológico de estas pacientes debido al gran malestar emocional que pueden desarrollar ante el diagnóstico, tratamiento y periodo de supervivencia del cáncer de mama. Tanto en España como en Aragón, no están cubiertas las necesidades de la atención psicológica de pacientes y familiares por lo que hace falta una mejora de esa planificación.

Palabras clave: Breast Neoplasms, Psychotherapy, Anxiety, Depression, Psychological Distress, Quality of life.

ABSTRACT

Introduction: Despite medical advances in the prognosis and survival of breast cancer, it is still the most common, malignant tumor in women worldwide. Patients are affected in all spheres of their lives (personal, family, social and work) with the psychological imbalance that this entails.

Objectives: The purpose of this work is to describe the psychosocial impact of breast cancer and to know the resources for the psychological care of these patients and their families in Spain and Aragon.

Material and Methods: A bibliographic search was conducted in different databases where articles and reports were found (mostly from the last 10 years, in English and Spanish), about the psychological aspects of breast cancer and psychological assistance. provided to patients and families.

Results and Discussion: The side effects of the treatments, the personality of the patient and a good support network are some of the factors that influence the psychological distress of these patients. Psychotherapy is beneficial in all stages of the process, facilitates emotional adaptation and improves coping capacity. Although it is contemplated to offer this psychological support in the regional, national and international plans to patients and relatives with cancer, the reality is that there is a lack of coverage of this service.

Conclusions: The need for a psychological approach to these patients is evident due to the great emotional distress they may develop when faced with the diagnosis, treatment and survival period of breast cancer. In Spain, the psychological care needs of patients and families are not covered, so an improvement in this planning is necessary.

Key words: Breast Neoplasms, Psychotherapy, Anxiety, Depression, Psychological Distress, Quality of life.

ÍNDICE

	Pág.
1. Introducción	4
2. Justificación y objetivos	7
3. Material y métodos	8
4. Resultados y discusión	9
5. Conclusiones	33
6. Bibliografía	36

ABREVIATURAS

Abreviatura	Nombre
OMS:	Organización Mundial de la Salud
TAC:	Tomografía axial computarizada
AECC:	Asociación Española Contra el Cáncer
BRCA1:	Gen localizado en el cromosoma 17 (BReast CAncer Type 1)
BRCA2:	Gen localizado en el cromosoma 13 (BReast CAncer Type 2)
CCAA:	Comunidades Autónomas
SEOM:	Sociedad Española de Oncología Médica
SNS:	Sistema Nacional de Salud

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama consiste en la proliferación maligna de las células epiteliales de las glándulas de la mama. Estas células pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo produciendo metástasis. Es el tipo de cáncer diagnosticado con más frecuencia en las mujeres en todo el mundo (a excepción de los cánceres de piel no melanomas) aunque las tasas son más altas en los países desarrollados, estas cifras también están aumentando en los países en desarrollo. La incidencia está aumentando debido al aumento de la esperanza de vida, la urbanización y los modos de vida occidentales. (1)

Si consideramos ambos sexos, es el segundo tumor más diagnosticado detrás del de pulmón en el mundo y el tercero detrás del colorrectal y próstata en España. (2)

Según la OMS, el cáncer de mama representa el 16% de todos los cánceres femeninos y se calcula que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de 1 de cada 8 mujeres aproximadamente.

La incidencia es variable en todo el mundo, situándose la más elevada en América del Norte. En Europa oriental, América del Sur, África del Sur y Asia occidental la incidencia es moderada, pero sigue aumentando. La más baja se da en la mayor parte de África, aunque también se observa un incremento de la incidencia del cáncer de mama. (3)

En España, según el Observatorio del Cáncer AECC, se diagnosticaron 33.307 nuevos casos en el 2019 que representa algo más del 30% de todos los cánceres en las mujeres. Entre el 2012 y el 2019, ha habido un aumento del 7,5% de casos y en 2018 se registró que la tasa de incidencia era en torno a 138 casos cada 100.000 habitantes. (1)(4)

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en España en las mujeres. Sin embargo, las tasas de mortalidad de España por cáncer de mama son de las más bajas, de unos 28 fallecimientos por cada 100.000 habitantes y un total de 6.579 estimados en el 2018 (1). Esto supone un 17% del total de fallecimientos por cáncer en las mujeres y la mayoría se dan en mayores de 75 años. En España, el número de muertes por cáncer de mama

ha experimentado un gran descenso y se ha estabilizado en las últimas décadas gracias a los programas de detección precoz y los avances terapéuticos.

La supervivencia, por tanto, sigue aumentando y hemos conseguido que sea del 89,2% a los 5 años del diagnóstico. Aunque el estadio en el que se diagnostica el tumor influye en la supervivencia. En el estadio I es más del 98% pero en el estadio III, disminuye al 24%. (5)

Unida a la supervivencia, está la prevalencia que son las personas que han sido diagnosticada de cáncer de mama en un periodo de tiempo y están vivas (estén curadas o no). En el 2018, la prevalencia a los 5 años estimada del cáncer de mama fue de 129.928 mujeres lo que supone el 36,2% de los tumores del sexo femenino. Estos datos van modificándose debido a los avances terapéuticos que se van produciendo. (1)(2)

El diagnóstico precoz es lo más importante para mejorar el pronóstico y la supervivencia de estas pacientes. Por eso, las tasas de supervivencia varían tanto en el mundo, desde el 80% en Norte América a menos del 40% en países de ingresos bajos donde la mayoría de los diagnósticos se hacen en fases avanzadas y no existen servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento. (3)

La máxima incidencia de cáncer de mama se detecta entre los 45 y los 65 años pero aproximadamente un 10% se diagnostica en menores de 40 años.(5)

El cáncer de mama supone un gran impacto emocional que supone cambios en todas las esferas de la vida de las pacientes: física, personal, familiar, social y laboral. Estos cambios se producen no solo por la propia enfermedad, sino por el tratamiento de esta y son capaces de provocar alteraciones psicosociales que afectan a la calidad de vida, a veces para siempre, de estas mujeres. En el área física, aunque muchas mujeres se enfrentan satisfactoriamente a los tratamientos y sus secuelas, otras pueden verse afectadas psicológicamente por cambios permanentes en sus mamas y su cuerpo que alteran su feminidad. En el área psicológica, el miedo a la recidiva o incluso a la muerte puede provocar un estado de hipervigilancia y altos niveles de ansiedad y preocupación. En cuanto a los aspectos sociales, los cambios producidos en esta nueva situación pueden provocar tensiones en la pareja y en su entorno, aislamiento social y problemas para volver al trabajo.

A pesar de esto, hay mujeres que viven esta experiencia como un reto y encuentran también aspectos positivos.

En los años 80, la investigadora Jimmie Holland crea el primer servicio de psiquiatría especializado en la atención de las personas con cáncer y sus familiares en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York. En 1984 se funda la International Psycho-oncology Society (IPOS) por lo que nace una nueva especialidad: la psicooncología. Su objetivo es que los pacientes y familiares reciban una adecuada atención psicológica durante las distintas etapas del cáncer y en la supervivencia. (6)

El cáncer de mama ha sido utilizado como referente para el desarrollo de modelos teóricos psicooncológicos. Esto es debido a su importancia epidemiológica comentada anteriormente, el carácter cada vez más crónico de la enfermedad debido a los avances médicos y las alteraciones psicosociales que supone para las pacientes.

En las últimas décadas, numerosos estudios han tratado de identificar estas variables psicosociales que afectan al proceso de adaptación emocional de la enfermedad. El impacto del cáncer depende de varios factores de personalidad, emocionales y sociales que, junto con los aspectos biológicos influyen en la calidad de vida de las pacientes.

El abordaje multidisciplinar del cáncer ha aumentado la conciencia de las alteraciones psicológicas que llegan a padecer un 30-50% de las pacientes, sobretodo altos niveles de estrés relacionados con el miedo y la angustia, depresión y ansiedad. Así mismo, se ha visto que los familiares pueden verse incluso más afectados que las propias pacientes.

Las necesidades psicológicas de cada paciente variarán en función de la adaptación y de la situación en la que se encuentre. Por tanto, es importante un sistema de salud que asegure una correcta detección y evaluación de estas necesidades en las distintas fases de la enfermedad.

Podrán necesitar desde un apoyo emocional a la necesidad de atención e intervención psicológica por parte de profesionales especializados.

En conclusión, es importante para los profesionales sanitarios que atienden a estas mujeres, conocer los factores psicosociales del cáncer de mama y contar con un plan de atención psicológica adecuado que cubra las necesidades tanto de las pacientes como de sus familiares.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama supone un gran problema de salud por su elevada incidencia y prevalencia siendo el tumor maligno más frecuente en las mujeres además de por el impacto emocional que conlleva y su repercusión en todos los ámbitos de la vida (personal, familiar, social y laboral).

Otro argumento a tener en cuenta es su localización, ya que las mamas son órganos que están relacionados con la feminidad, maternidad y sexualidad por lo que supondrá una reconstrucción de la propia identidad de la mujer.

Por todo esto, es importante atender a estas pacientes desde un enfoque integral teniendo en cuenta las posibles consecuencias psicológicas de esta enfermedad y ofrecerles una asistencia psicológica especializada en cáncer según sus necesidades.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión del impacto emocional que supone el cáncer de mama en todas las esferas de la vida: física, psicológica, social, laboral y familiar.
- Valorar cómo se lleva a cabo la asistencia psicológica actualmente en estas pacientes y sus familiares. Así como los recursos actuales de los que se disponen, fundamentalmente en España y Aragón.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se dividió en dos partes: impacto emocional del cáncer y asistencia psicológica.

Las bases de datos utilizadas para la primera parte fueron:

- Pubmed

La búsqueda se llevo a cabo mediante los términos MeSH o palabras clave: Breast Neoplasms, Psychotherapy, Anxiety, Depression, Psychological Distress, Quality of life.

Finalmente, entre los 42 artículos analizados se utilizaron 13.

- AlcorZe (Universidad de Zaragoza):
 - Dialnet: 9 artículos
 - Zeguan: 4 tesis doctorales
- Google académico: páginas web AECC y OMS.

Para la segunda parte se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes páginas web de documentos, protocolos, guías prácticas e informes publicados recientemente hallándose:

- Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España. AECC. 2019
- Plan de Salud Mental 2017-2021. Gobierno de Aragón
- La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Instituto Max Weber. 2018
- Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España. AECC. 2019

Criterios de inclusión y exclusión:

- Tipo de estudio:** revisiones sistemáticas a texto completo.
- **Idioma:** inglés o español.
- **Fecha:** desde 2010 a 2020.

Todos aquellos artículos que no cumplieron lo establecido y no se ajustaban al tema concreto de la búsqueda se descartaron.

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 IMPACTO DEL CÁNCER DE MAMA

Las pacientes con cáncer de mama tienen que enfrentarse a cambios en todas las esferas de su vida que suponen la reconstrucción de su propia identidad y la alteración de su presente y futuro.

En un intento de agrupar todos ellos, se clasificarían en 3 áreas: física, psicológica y social. (7)

4.1.1 AREA FISICA

El tratamiento del cáncer de mama comprende un manejo multidisciplinario y el uso de cuatro tipos de terapias principales que se van a exponer a continuación en función del tipo de tumor, localización, tamaño, estadio y condiciones de la paciente.

Es importante conocer las repercusiones físicas derivadas de estos tratamientos porque influyen en su malestar emocional y en la percepción negativa de esta enfermedad.

A continuación, se describen los aspectos psicológicos asociados a los diferentes tratamientos del cáncer de mama:

CIRUGÍA

La mayoría de las pacientes con cáncer de mama se someten a algún tipo de cirugía para extirpar el tumor. Existen dos tipos de intervenciones quirúrgicas: cirugía conservadora y radical o mastectomía.

El tipo de intervención depende de la extensión y localización del tumor, tamaño de la mama, tipo histológico y edad.

La **cirugía conservadora**, es aquella en la que se extrae el tumor con unos márgenes de seguridad, más o menos amplios. Se clasifica a su vez en tumorectomía (se extrae el tumor con un margen suficiente de tejido sano y sin extirpar la piel) o cuadrantectomía (cuando se extirpa el tumor y el cuadrante de la mama en el que se encuentra, con la piel que la cubre y la glándula

correspondiente). La tendencia actual es que se emplee con más frecuencia la cirugía conservadora para el tratamiento del cáncer de mama. (8)

La **mastectomía** implica la extirpación de todo el tejido de la mama y según el tipo de mastectomía, también los tejidos circundantes.

La **cirugía de reconstrucción mamaria** puede hacerse en el momento de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o cuando se han finalizado todos los tratamientos (reconstrucción diferida). La elección del momento de la reconstrucción y el tipo (con implantes o tejido propio de la paciente) lo determina el equipo médico.

Existen diversos estudios que comparan la repercusión psicológica entre las diferentes terapias quirúrgicas. En un estudio de 438 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama o portadoras de mutación genética en fase quirúrgica, se evidenció que las pacientes sometidas a cirugía radical presentan mayores niveles de síntomas de ansiedad y peor imagen corporal. Sin embargo, las que se someten a cirugía conservadora o de reconstrucción, presentan mejor imagen corporal.

Toda cirugía puede producir efectos psicológicos en las mujeres, pero hay abundantes estudios que demuestran las ventajas de la cirugía conservadora frente a la radical respecto a la autoestima, imagen corporal y satisfacción sexual. Sin embargo, estas mujeres muestran una mayor preocupación por la recidiva. (9)

En las **mastectomizadas**, la extirpación de uno o ambos pechos puede hacer que se sientan además menos atractivas, sientan vergüenza y eviten relaciones sociales o sexuales por no sentirse a gusto con su imagen corporal. Esto ocurre porque las mamas son órganos que están estrechamente relacionados con la feminidad, la maternidad y la sexualidad.

Biológicamente, la mama tiene como función principal proporcionar el calostro y la leche al neonato durante lactancia y, por tanto, cobra un papel importante en la representación de la maternidad. En cuanto a la sexualidad, su estimulación produce placer en la mujer y excita al varón. Socialmente, el tamaño y forma de las mamas siempre han sido objeto de valoración y símbolo de belleza. Por tanto, su extracción supone un cambio en su identidad como mujer.

Sin embargo, este impacto emocional, dependerá en gran medida de la personalidad de la paciente, del grado de identidad femenina en la constitución de la imagen corporal y de la existencia de problemática sexual o de relación de pareja anterior a la intervención. Existen mujeres que basan su autoestima en su aspecto físico y hasta una cicatriz quirúrgica pueden generarles un gran distrés emocional. Y otras, en cambio, basan su autoestima en otras cualidades y priorizan su salud sobre el aspecto físico.

Por ello, las **cirugías de reconstrucción mamaria** pueden ser útiles y aliviar estos efectos psicológicos de la cirugía relacionados con su autoconcepto siempre que la mujer así lo decida. Los estudios confirman que las pacientes con mamas reconstruidas tras la mastectomía tienen mayor autoestima, menor deterioro en la imagen corporal y mayor satisfacción estética. (10) (11) Incluso algunos estudios muestran mejores resultados frente a la cirugía conservadora. Por el contrario, en estas pacientes se han evidenciado mayores trastornos del ánimo y peor bienestar frente a los otros dos tipos de cirugía. (9)

En otro estudio se concluyó que la imagen corporal y la satisfacción eran superiores en la cirugía conservadora, después en la reconstrucción mamaria y por último en la mastectomía. En cuanto a la morbilidad psicológica, es mayor en la cirugía reconstructiva frente a la conservadora, pero menor que las mastectomizadas. (12)

Hay mujeres en cambio, que están dispuestas a hacerse una **mastectomía preventiva** gracias a los avances en la detección de marcadores genéticos predisponentes al cáncer de mama hereditario (BRCA1 y BRCA 2). Es importante aclarar que la mastectomía disminuye, pero no excluye el riesgo de desarrollar cáncer ya que podría aparecer en el escaso tejido residual mamario. Por ello, en las Unidades de Consejo Genético se estipulan unos criterios de selección para evitar casos hipocondriacos o actos psicóticos o presicóticos.

Por todo esto, la elección de la técnica quirúrgica adecuada viene determinada por un análisis completo de la paciente, una evaluación de sus necesidades y una rigurosa planificación quirúrgica. No hay que olvidar que el objetivo fundamental de la cirugía es el control de la enfermedad a pesar de que la estética juega también un papel importante.

QUIMIOTERAPIA (9)(10)

El tratamiento quimioterapéutico consiste en la administración de fármacos que pasan al torrente sanguíneo para eliminar las células cancerosas de forma sistémica.

Existe una gran variedad de estos fármacos denominados citostáticos y la decisión de cuál o cuáles se administran dependen de varios factores (edad, estado general de la paciente, uso previo de quimioterapia...).

Frecuentemente, se utilizan combinaciones de dos o tres medicamentos para aumentar su efectividad porque tienen diferentes mecanismos de acción y toxicidad. Se administra en ciclos, alternando periodos de descanso y la secuencia varia en función de los fármacos. No existe una duración determinada, si no que depende de la tolerancia y respuesta al tratamiento pero suele estar en torno a 3-6 meses aunque en el cáncer avanzado puede alargarse más tiempo.

La **quimioterapia adyuvante** se administra después de la cirugía para eliminar células cancerosas que puedan haber quedado y no puedan detectarse ni con estudios de imagen. De esta forma, se consigue disminuir el riesgo de recidiva.

La **quimioterapia neoadyuvante** es aquella que se realiza antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor y poder utilizar una técnica menos extensa. También se utiliza para eliminar cualquier célula cancerosa que se haya propagado y así reducir el riesgo de recidiva.

En el cáncer de mama avanzado, es decir, aquel que está propagado fuera de la mama o de la axila en el momento del diagnóstico o después de los tratamientos iniciales, la quimioterapia puede usarse como terapia principal.

Los efectos secundarios dependen del tipo, dosis y duración de los fármacos y de la susceptibilidad individual. Esto sucede porque la quimioterapia está dirigida a destruir las células tumorales o evitar que se reproduzcan, pero también es tóxica para otras células sanas como son las de la médula ósea, revestimiento del tubo digestivo y los folículos pilosos que también se multiplican a gran velocidad. De ahí que los más habituales sean: náuseas y vómitos, caída del cabello, cambios en las uñas, malestar o cansancio, inmunodeficiencia y trastorno del gusto y del apetito. También puede producir infertilidad, aunque no todos los fármacos citotóxicos tienen el

mismo potencial de destrucción de la función ovárica y también depende de la edad de la mujer. Así mismo, cuanto más cerca está la mujer de la edad menopáusica, mayor probabilidad hay de que se adelante con la quimioterapia.

Debido a estos efectos secundarios es lógico pensar que este tratamiento supone un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes, afectando a su estado psicológico. Los diferentes estudios confirman que las mujeres asocian este tratamiento con el estereotipo social de “paciente con cáncer” debido a la alopecia y el tener que usar pelucas o pañuelos. Esto favorece el miedo al estigma y el aislamiento social. (13)

RADIOTERAPIA (14) (8)

Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes de alta energía como tratamiento local o locorregional de la mama para destruir las células cancerosas que puedan haber quedado tras la operación.

Existen 3 tipos de radioterapia:

- **Radioterapia externa:** es la más utilizada, dura tan solo unos minutos y se administra 5 veces/semana durante 5-7 semanas aunque en algún subgrupo de mujeres se ha conseguido reducir a 3-4 semanas. Consiste en la emisión de un rayo de radiación preciso enfocado desde una máquina situada fuera del cuerpo. Si se administra después de la cirugía, no se hace hasta que la herida quirúrgica está sana, suele ser alrededor de 1 mes después. Si se administra quimioterapia, se da una vez finalizada esta. Es frecuente que provoque alteraciones cutáneas de la zona (enrojecimiento, descamación, edema, inflamación, prurito, picor...) que desaparecen semanas después de finalizar el tratamiento.

- **Radioterapia interna o braquiterapia:** se colocan unas sustancias que contienen materiales radiactivos a través de unos catéteres, cerca de donde se localizaba el tumor. Después, se retiran al cabo de unos días. La ventaja es que afecta menos a los tejidos sanos porque es muy localizada y no es tan largo el tiempo de administración.

- **Radioterapia intraoperatoria (RIO):** ha supuesto un gran avance en los últimos años ya que permite administrar todo el tratamiento de radioterapia en una única dosis en el mismo quirófano tras extraer el tumor. De esta forma se acorta la duración del tratamiento y el riesgo de toxicidad de tejidos sanos.

El cansancio es un síntoma habitual mientras dura la radioterapia e incluso algún tiempo después por lo que no se recomienda a estas pacientes realizar actividades de gran esfuerzo.

TERAPIA HORMONAL (15)(8)

Es una terapia farmacológica sistémica, generalmente oral, dirigida a aquellos tumores que expresan receptores hormonales positivos de estrógeno y/o progesterona. Los ovarios son la fuente principal de estrógenos hasta la menopausia, pero una vez finalizada, se siguen produciendo pequeñas cantidades en el tejido adiposo del cuerpo gracias a la enzima aromatasa. Por tanto, este tratamiento sistémico está dirigido a bloquear estos receptores estrogénicos en la mama (Ej: Tamoxifeno) o detener la producción de estrógeno (inhibidores de la aromatasa) y así impedir el crecimiento y desarrollo de estos tumores. En casos avanzados, puede aconsejarse la extracción de los ovarios para anular su producción de estrógenos.

Los efectos secundarios más comunes del Tamoxifeno son fatiga, sofocos, sequedad vaginal o sangrado y cambios de humor. Se suele administrar durante 5 o 10 años y en mujeres premenopáusicas.

Los inhibidores de la aromatasa como el Anastrozol, Letrozol y Exemestano se emplean en mujeres menopáusicas durante al menos 5 años y producen como efectos secundarios cansancio, sofocos, dolores musculares y articulares y osteoporosis.

Así mismo, la terapia hormonal al igual que la quimioterapia puede causar infertilidad temporal o definitiva por lo que en el momento de planificación de los tratamientos, la paciente deberá ser informada de esta posibilidad y estudiar la mejor opción para conservarla si es su deseo y es posible.

4.1.2 AREA PSICOLOGICA

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA (7) (16)

Existen dos tipos de pacientes según la capacidad de adaptación a la enfermedad. Hay mujeres que la afrontan de manera exitosa, sin necesitar intervención psicológica o psiquiátrica pero otras, con mayor frecuencia, viven esta experiencia de manera negativa y les genera un gran estrés emocional.

Estas pacientes viven un **duelo oncológico** que es un proceso normal adaptativo, aunque no siempre sigue las etapas clásicas del duelo (negación, ira, negociación, depresión, aceptación).

Se trata de un conjunto de pensamientos y sentimientos individuales ante cada fase de la enfermedad.

Por tanto, las emociones negativas no dejan de ser una reacción normal ante este acontecimiento vital y las pacientes pueden conseguir hacer frente a ellas si las aceptan y trabajan. Sin embargo, cuando generan un gran estrés, pueden evolucionar a una enfermedad psíquica.

La experiencia del cáncer de mama supone una aceptación de que es una enfermedad crónica y como tal, necesita un seguimiento de por vida para diagnosticar precozmente una posible recaída. De ahí, que una de las preocupaciones psicológicas más frecuentes de estas pacientes sea el miedo a la recidiva.

Algunas mujeres en cambio consiguen encontrar beneficios en esta dura etapa y esto está relacionado con una mejor adaptación emocional posterior. Parece que el crecimiento personal en pacientes con cáncer de mama aparece a partir 2 meses del diagnóstico e iría aumentando con el tiempo (17).

Estos cambios positivos se dan en un 50-80% de los casos pero no implican la ausencia de estrés (18).

En un estudio longitudinal, se observó que las características positivas que más valoraban las pacientes eran: darse cuenta de su fortaleza personal, sentirse más cerca de sus seres queridos y valorar más su vida (19).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

La ansiedad y depresión son los trastornos mentales más prevalentes en el cáncer de mama y afectan más a pacientes jóvenes, se asocian al miedo a la recidiva del cáncer y al retorno a la vida normal, no siempre se identifica la enfermedad y no siempre la paciente pide ayuda terapéutica.

Los factores más comunes para que aparezcan son: la falta de apoyo del entorno, la falta percibida del apoyo sanitario a estos síntomas, la falta de apoyo por el entorno de su trabajo y la sensación de sentirse solas al volver a la vida normal.

En torno al 55% de las pacientes padecerán ansiedad y en torno al 45% padecerán depresión, pero estas cifras varían según la etapa de la enfermedad.

Contra todo pronóstico, los trastornos psicológicos son más frecuentes en la fase final de la enfermedad que en la inicial del diagnóstico y tratamiento.

Incluso los casos más graves, no guardan relación directa con mayor afectación emocional y si desarrollan depresión o ansiedad, desaparecen o mejoran al año del diagnóstico.

En un porcentaje cercano al 35% de las pacientes, sufren ansiedad o depresión en la etapa final del cáncer, es decir, al año del diagnóstico coincidiendo con el final del tratamiento o una vez terminado.

Se puede decir que en el 35-55% de los casos, aparecen trastornos psiquiátricos “menores” como son estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. (16)

CONDICIONANTES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO.

Existen una serie de factores que pueden ser determinantes o moduladores del bienestar psicológico de estas pacientes. Entre ellos se encuentran:

- *Edad*: La edad de máxima incidencia del cáncer de mama está a partir de los 50 años pero, aproximadamente un 10% se diagnostica en mujeres menores de 40 años. (20). Estas mujeres pueden ver afectadas sus metas evolutivas en función del momento del ciclo vital en el que se encuentren.

- *Situación económica y laboral*: un gran porcentaje de las pacientes se encuentran en plena etapa laboral y este periodo puede afectar a su puesto de trabajo, originar bajas,...

- *Apoyo social*: especialmente el apoyo de la familia y la pareja es uno de los factores más importantes y se considera amortiguador de los efectos de la enfermedad sobre el bienestar emocional.

- *Inactividad física*: los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos producen un gran deterioro físico llegando a producir un descanso excesivo. Se ha evidenciado recientemente que el ejercicio adaptado a las características individuales de estas pacientes, está relacionado con una mejora de la calidad de vida y la supervivencia global y libre de enfermedad. (21).

En un metaanálisis se concluyó que puede disminuir la fatiga, los síntomas depresivos y aumentar la calidad de vida durante la quimioterapia y/o radioterapia para pacientes con cáncer de mama en etapa temprana pero hacen falta más ensayos con mayor tamaño muestral para generalizar estos hallazgos. (22)

- *Personalidad de la paciente*: la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como la autodeterminación y habilidad de competencia son rasgos de la personalidad que facilitan el bienestar emocional. (23)

- *Estrategia de afrontamiento*: esto significa que las personas con mayor nivel de bienestar psicológico están mejor capacitadas para desarrollar afrontamientos eficaces.

4.1.3 AREA SOCIAL (10) (14)

Es fundamental conocer el impacto emocional del cáncer en su entorno más cercano como es la pareja, la familia y los amigos que ejercen de cuidadores y brindan su apoyo.

Se ha evidenciado que las adecuadas relaciones familiares pueden ayudar al paciente oncológico a mitigar los efectos psicológicos e incluso reducen la incidencia de trastornos mentales y aumentan el nivel de autoestima y autoeficacia percibida.

Sin embargo, esta etapa genera muchos cambios emocionales que puede afectar tanto a la pareja como a la unidad familiar que puede verse dañada al verse interrumpidos sus roles y estilos de vida.

En cuanto al terreno laboral, las mujeres también pueden experimentar cambios. El trabajo para muchas mujeres hoy en día es una fuente de autoestima donde consiguen sentirse realizadas. Sin embargo, el proceso del cáncer puede originar procesos de baja (6.600 al año en España) con una duración media de 323 días.

En el 35% de las pacientes, al finalizar todo el proceso del tratamiento aparecen trastornos psíquicos incapacitantes (ansiedad, depresión o trastorno adaptativo) que pueden alargar la baja.

Se han identificado también mayores tasas de desempleo en supervivientes del cáncer y problemas de discriminación laboral con despidos injustos o cambios de puestos de trabajos a menos deseables o con limitación de responsabilidades. Esto conlleva una pérdida económica con sus consecuencias familiares y personales.

4.2 ATENCION PSICOLOGICA EN EL CANCER

La atención psicológica en el cáncer debe estar presente antes del diagnóstico, en intervenciones preventivas, en el proceso de consejo genético en población de alto riesgo, en el diagnóstico, durante el tratamiento y hasta la fase final de la vida y el duelo.

En el consejo genético, el profesional de la psicología tiene un importante papel porque valora la vulnerabilidad del paciente, su sensación de riesgo, ayuda a la toma de decisiones,...además de los tratamientos psicológicos necesarios.

En el diagnóstico es importante ayudar al paciente a asimilar la información, razonar las decisiones, vigilar los síntomas de ansiedad y tristeza y mejorar la comunicación con el equipo médico y familiar.

El tratamiento quirúrgico precisa información de los síntomas físicos y de los cambios psicológicos, ejercitar el control del estrés, preparación para la pérdida de funcionalidad y los cambios en la imagen corporal y asistencia para su posterior recuperación.

Cuando la paciente vuelve a su vida normal una vez finalizados los tratamientos se enfrenta, por una parte, a convivir con las secuelas que haya dejado la enfermedad (linfedema, trastornos sexuales, falta de autoestima,...) y, por otro lado, a la recuperación de su vida social, laboral, familiar y sexual que requerirá a menudo tratamientos psicológicos. Estas mujeres que pasan a ser supervivientes del cáncer de mama (más de 5 años sin evidencia de enfermedad), aunque faltan más estudios se ha visto que los profesionales de la salud no prestan la ayuda que necesitan y, como consecuencia, tienen sentimientos de abandono buscando apoyo en familiares, amigos.

Así mismo, las recidivas y los fracasos de los tratamientos son momentos de gran carga emocional donde la atención psicológica será preferente.

En las fases avanzadas de la enfermedad o en el final de la vida, se necesita una atención psicológica tanto para el paciente como para los familiares para atender todo el proceso proporcionando la información necesaria, manejando las emociones negativas, disminuyendo la incertidumbre y la soledad, atendiendo su espiritualidad y prevenir un duelo patológico.

Con todo esto, no hay que olvidarse de los familiares que, en ocasiones, presentan mayor distrés y síntomas de ansiedad y depresión que en la población general o en los propios pacientes.

Existen 3 niveles de necesidades de atención psicológica:

El primer nivel es el que proporcionan todos los profesionales médicos que atienden al paciente, familiares, amigos o voluntarios formados con el fin de ayudar al paciente o familiar a adaptarse a la enfermedad mediante habilidades para la comunicación como la escucha y la empatía, amabilidad, respeto,...

En el segundo nivel más específico, todos los profesionales debidamente formados a través de herramientas rápidas y sencillas pueden detectar el distrés emocional como el Termómetro de Distrés (DT) o la escala visual analógica de 10 puntos (siendo 0 "ausencia de distrés" y 10 "distrés extremo") y así en función del resultado, se decide derivar a un servicio especializado y la urgencia con la que deber ser atendido.

Por último, en el tercer nivel, la atención psicológica es llevada a cabo por psicólogos y psiquiatras mediante evaluaciones psicológicas y tratamientos específicos. (6)

Múltiples revisiones científicas demuestran la eficacia de la terapia grupal en las mujeres con cáncer de mama para mejorar su calidad de vida una vez finalizados los tratamientos médicos. En concreto, las intervenciones cognitivo-conductuales son muy útiles porque consiguen mejorar el control de algunos síntomas (ira, ansiedad, depresión, dificultad para la concentración y miedo), mejorar el estado de ánimo y el afrontamiento de la enfermedad.(24) (25)

4.2.1 DATOS SOBRE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES Y FAMILIARES CON CÁNCER EN ESPAÑA (6)

Gracias al estudio realizado por la AECC con el objetivo de conocer cómo es la organización de la atención psicológica, se determina que en 15 de las 17 CCAA, la atención psicológica a pacientes con cáncer depende de la Unidad de Salud Mental. Sin embargo, en 12, la atención que se presta no es especializada si suficiente para cubrir las necesidades de los pacientes y/o familiares.

El 48% de los hospitales públicos españoles no dispone de personal propio (psicólogos o psiquiatras) que realice la atención psicológica en el cáncer siendo esto más frecuente en los hospitales pequeños (más del 62%) que en los medianos y grandes.

Para los familiares o acompañantes, las cifras son peores y se ha visto que en 7 de cada 10 hospitales públicos examinados y en 13 de las 17 CCAA, no hay ningún tipo de atención psicológica para ellos.

Debido a esta falta de recursos, en el 93% de los hospitales analizados, se observa que es habitual (siempre o frecuentemente) reciban atención psicológica por parte de las entidades sin ánimo de lucro.

4.3 ANALISIS DE LOS RECURSOS EXISTENTES

4.3.1 ARAGON (22) (23)

El documento **“Estrategias y Proyectos de Atención Oncológica del Gobierno de Aragón 2017”** define los diferentes subprocesos con sus correspondientes criterios de calidad y buena práctica clínica.

Respecto a la atención psicológica para el cáncer de mama se dice que, toda paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso. Sobre todo, en dos momentos clave: en la información del diagnóstico y tras la intervención quirúrgica.

Este apoyo psicológico se extenderá a los familiares directos o cuidadores de la paciente que lo soliciten. Se podrá, además, contar con el apoyo del trabajador social durante todo el proceso. Este se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quien y donde se realiza.

La valoración psicológica de la paciente se recomienda que se realice en los siguientes momentos: prequirúrgico, a los tres, a los seis y a los doce meses posteriores a la cirugía. Los instrumentos de evaluación deben cumplir con criterios psicométricos. Es “aconsejable” que estén adaptados a la población española y deben ser aplicados por especialistas expertos en estas técnicas.

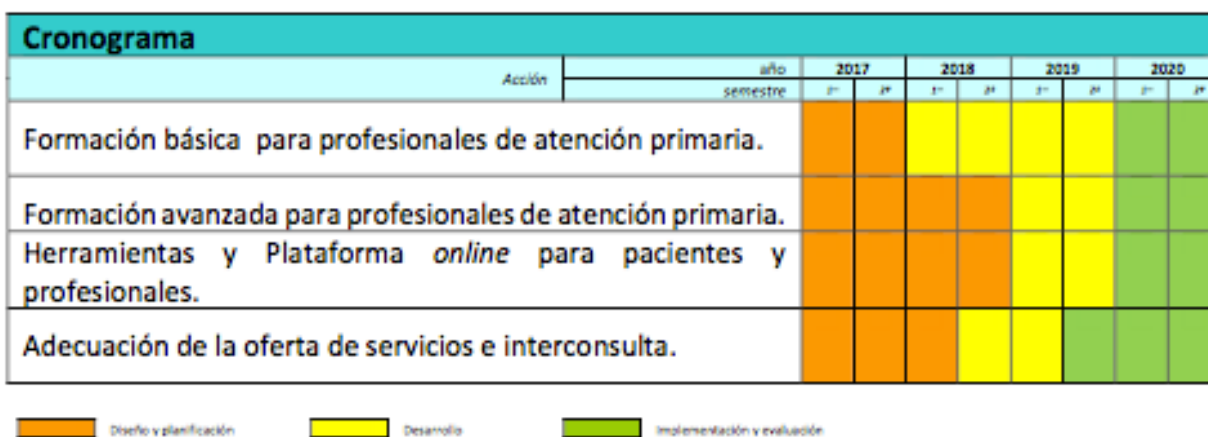
Se valoran distintos campos como las razones o expectativas realistas por las que la paciente decide realizar la cirugía, satisfacción con el proceso quirúrgico y la información recibida. Y como variables psicológicas se realizaría un cribado psicopatológico, imagen corporal, ansiedad, depresión y calidad de vida.

El **“Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021”** es un análisis de la situación actual y evaluación del Plan anterior, y se orienta en torno a 5 líneas estratégicas que forman 20 proyectos. Además, serán seguidos, implementados y evaluados con la colaboración de grupos de trabajo que articulará el Consejo Asesor de Salud Mental.

De las sugerencias recibidas se han identificado diversos temas que se irán incorporando como proyectos a corto plazo como **Psicooncología** y Unidades de psicósomática y enlace y aquellos otros que se identifiquen a partir de usuarios, familiares, profesionales, instituciones y entidades y del análisis que aporten los sistemas de información y estudio de datos.

Entre estos proyectos propuestos, se encuentra el de **“Abordaje del trastorno mental en Atención Primaria”** [Figura 1] cuyos objetivos son:

1. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los equipos de Atención Primaria.
2. Capacitar a los profesionales para la detección temprana de los problemas de salud mental.
3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y para la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves.
4. Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes.



Fuente: Plan de Salud Mental Aragón 2017-2021

Figura 1

El papel de los profesionales de Atención Primaria es determinante en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental, colaborando en la educación de la familia y la comunidad. Asimismo, pueden realizar un seguimiento terapéutico y ser un elemento de enlace entre la comunidad y los servicios de salud mental.

Lo que se propone para desarrollar este proyecto son una serie de formaciones (online, semipresencial y tutorizada) con métodos y técnicas breves (máximo 10 minutos) adaptadas a la realidad de las consultas de primaria y basadas en: comunicación clínica, técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de respiración y relajación, mindfulness y autocompasión, técnicas basadas en programación neuro-lingüística, técnicas de asertividad, motivación y apoyo, etc.

Y todo esto se llevará a cabo a través de la consulta de atención primaria (medicina de familia, pediatría, enfermería y trabajo social) y consultas monográficas (programadas individuales o grupales de duración superior a los diez minutos).

Se creará también una plataforma *online* de información y autoayuda para los pacientes. Una parte de ella de acceso libre, otra parte de acceso protegido (precisando derivación y seguimiento por el profesional de la salud) y que podrá reforzarse con técnicas presenciales individualizadas guiadas por profesionales formados, así como podrán incluir test de auto evaluación antes y después de seguir cada programa de autoayuda.

Además, se cuenta con la interconsulta virtual con los profesionales específicos de la salud mental para la comunicación/derivación de los pacientes.

Otro de los proyectos que se pretenden desarrollar en este plan es el de **“Atención integrada a todos los problemas de salud del paciente”** [Figura 2]. En él, se plantean las actuaciones necesarias para prestar una atención integrada a los problemas de salud mental (enfermedad mental grave, trastornos cognitivos, disconfort emocional y psicológico...) y a los problemas físicos, sobre todo, aquellos que afectan al bienestar mental de las personas (enfermedades crónicas, síntomas difíciles de encuadrar en el diagnóstico, estancias hospitalarias,...).

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Protocolo de aplicación en Atención Primaria para la detección de problemas de salud y factores de riesgo así como para el seguimiento de los mismos, destinado a todos los pacientes incluidos en el registro TMG.										
Se establecerá en todos los hospitales de agudos de Aragón un protocolo en el que se recogerán las situaciones que deben ser incluidas en los servicios de enlace de salud mental así como los flujos asistenciales entre las Unidades										
Todas las personas ingresadas en Unidades de hospitalización de Corta Estancia deben recibir un examen físico completo al ingreso o dentro de 24 horas, documentándose en su historia clínica.										
Las enfermeras de las Unidades de hospitalización de Corta Estancia dispondrán de las herramientas básicas para garantizar los cuidados propios y su continuidad.										
Todos los pacientes con residencia alternativa a su domicilio tendrán asignados un médico de familia y enfermera como responsables de la atención a su salud.										
En los programas individualizados que desde estas instituciones se desarrollen para cada paciente deben incluirse la comorbilidad, factores de riesgo y seguimiento necesario, así como documentarse la atención que se recibe desde los profesionales de atención primaria.										
Como mínimo cada año debe realizarse un examen completo del estado de salud de pacientes hospitalizados o en alojamiento supervisado.										
Se capacitará a las matronas que atienden el proceso de embarazo-parto y puerperio y se sistematizará las herramientas de sospecha y detección de la enfermedad mental.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Fuente: Plan de Salud Mental Aragón 2017-2021

Figura 2

Todo esto, no se limita a cambios estructurales y organizativos, si no que incluye el diseño e implantación de procesos en todos los niveles asistenciales y unidades clínicas, superando los problemas de comunicación y colaboración entre diferentes partes del sistema.




Por último, otro de los proyectos que creo que beneficiarán a las pacientes con cáncer es el de “**Estigma**” [Figura 3].

En él, se pretende eliminar la estigmatización, discriminación o exclusión a las personas con problemas mentales.

Este cambio será lento y necesita mucho esfuerzo ya que es algo que forma parte de nuestro inconsciente colectivo desde hace miles de años.

Para ello se desarrollarán una serie de intervenciones como la formación de profesionales sanitarios, asegurar la sensibilización en la administración pública y en el ámbito educativo, socia, etc.

Cronograma									
Acción	año semestre	2017		2018		2019		2020	
		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Implantación y registro de opinión del usuario, y decisión compartida.									
Formación y capacitación para familiares y cuidadores.									
Participación de usuarios y familiares en procesos de planificación.									
Elaboración de material informativo para medios de comunicación, fuerzas de seguridad, servicios sociales, instituciones laborales...									
Elaboración de un programa anual, en colaboración con entidades, para sensibilización e información sobre la enfermedad mental.									

 Diseño y planificación	 Desarrollo	 Implementación y evaluación
--	--	---

Fuente: Plan de Salud Mental Aragón 2017-2021

Figura 3

Se ha visto que el contacto con personas con patología mental junto con la educación son las dos acciones más eficaces. También son muy importantes las regulaciones legislativas con la aprobación de normativas que exijan su no discriminación en sus derechos como ciudadanos. Aunque esto ofrece una serie de resistencias que dificultan su correcta aplicación.

4.3.2 ESPAÑA (21) (24)

En el capítulo sobre **Calidad de Vida en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional (ENC)** se contempla como objetivo fundamental la atención psicológica y se recomienda realizar un estudio de las características de la atención psicológica que se presta dentro del Sistema Nacional de Salud a pacientes y familiares que lo precisen.

El abordaje de la necesidad de atención psicológica de los pacientes con cáncer y sus familiares se concreta en tres documentos validados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Según estas guías las Unidades Asistenciales del área del Cáncer debe proporcionar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los “servicios que oferta de carácter psicológico, social y de apoyo espiritual o cultural, si están disponibles”.

También señala la necesidad de incorporar profesionales de la psicooncología “en coordinación con otras unidades asistenciales de oncología y dependientes de los correspondientes servicios hospitalarios”, fundamentales para el adecuado funcionamiento de la unidad de hospitalización oncológica.

Por último, se hace hincapié en la atención multidisciplinar tanto en servicios asistenciales, como diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, todos estos documentos **no tienen carácter normativo ya que las competencias en sanidad dependen de los planes autonómicos.**

Por tanto, a partir de las normas de los documentos de la Estrategia Nacional en Cáncer aprobados en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), las CCAA establecen políticas y planes proporcionándoles los recursos necesarios. Incluso pueden añadir o mejorar medidas que consideren oportunas. Esto genera desigualdades en la calidad y cobertura de las necesidades psicológicas de las pacientes con cáncer y sus familiares.

En 2019, AECC realizó el primer estudio sobre la Atención Psicológica en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud para conocer la realidad de la situación en los hospitales públicos españoles y solucionar la falta de información sobre los recursos, la cobertura y la organización de la atención psicológica en estos pacientes.

Se obtuvieron los siguientes datos [Figura 4]:

- 13 de las 17 comunidades autónomas (sin incluirse Ceuta y Melilla por falta de un representante adecuado) cuentan con algún tipo de planificación en la atención psicológica al cáncer.

- De estas 13, 11 tienen un proyecto específico en cáncer (65%) y las otras 2 lo integran en su plan de salud general (12%).

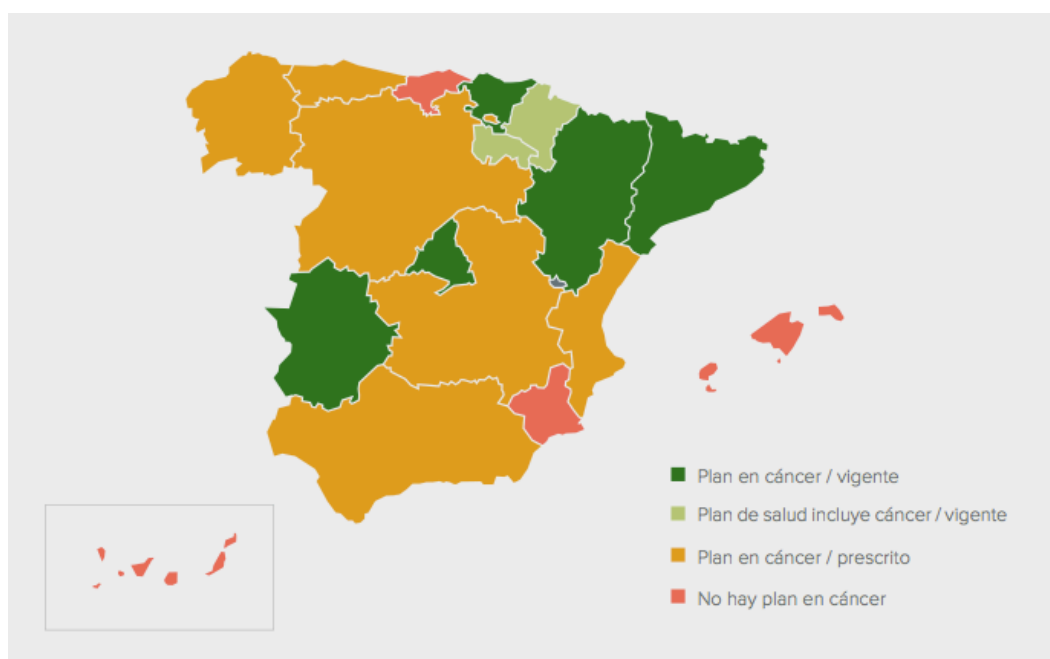
- Por tanto, 4 comunidades autónomas (23%) no tienen ni han tenido ningún tipo de planificación en cáncer, aunque no están exentos del plan mínimo estipulado en la Estrategia Nacional.

- Solo en 7 comunidades están vigentes en la actualidad los planes existentes (41% de las CCAA) [Figura 5]. El resto están desactualizadas de la Estrategia Nacional en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

- 34% de la población española está cubierta por una política en cáncer y en vigor.

- En al menos 15 CCAA (82%) hay dificultades para ofrecer atención psicológica en zonas rurales o alejadas debido a la concentración en los núcleos urbanos.

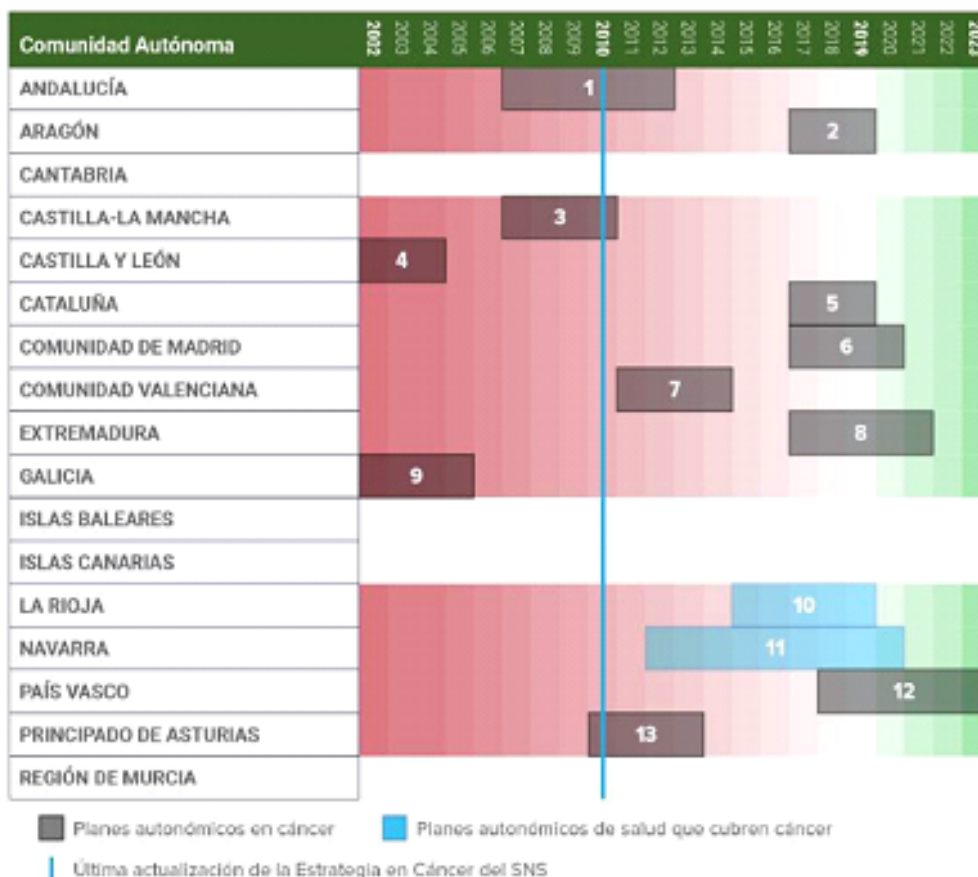
Existencia de políticas de planificación en cáncer según distribución territorial.



Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer. Estudio sobre la Atención Psicológica en Cáncer en Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2019.

Figura 4:

Período de vigencia del último plan existente que contempla planificación en cáncer por CCAA



Fuente: Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España. AECC. 2019.

Figura 5:

Existen dos modelos de implementación de estas políticas. En el primer modelo son los profesionales del Sistema Nacional de Salud (psicooncólogos y/o psicólogos clínicos) los que proporcionan la Atención Psicológica especializada en cáncer. Estos profesionales pueden depender de la Unidad de Salud Mental, Unidades de Atención Oncológica específicas o Unidades Pediátricas según el caso.

Esto no significa que no pueda haber colaboraciones puntuales con entidades sin ánimo de lucro que ayudan a cubrir las demandas de atención psicológica. Este es el caso del País Vasco y Cataluña. Sin embargo, en este modelo se observa que hay déficits de recursos públicos o ausencia la cobertura en ciertos centros o zonas del territorio que deriva a que parte de la demanda sea atendida de manera sistemática por profesionales no especializados en cáncer.

Y en el segundo modelo (Ej: Navarra) la Atención Psicológica de estos pacientes y familiares se realiza mediante colaboraciones con entidades sin ánimo de lucro.

El problema en este caso es la variabilidad de la oferta de los servicios que ofrecen estas entidades ya que dependen de la proactividad de cada hospital en la gestión de estos convenios y en algunos casos están cubiertos por subvenciones del SNS y en el resto por los presupuestos de las propias entidades.

Para solucionar esto, estas entidades debieran formar parte de los equipos multidisciplinares de los hospitales e integrarse correctamente en el SNS para así conseguir mejorar la eficiencia de este servicio. Actualmente, sólo 6 CCAA (35%) formalizan estas colaboraciones con las entidades sin ánimo de lucro en sus políticas en cáncer.

Por tanto, en 16 de las 17 CCAA, la cobertura de la atención psicológica no es suficiente por parte de los profesionales contratados por el SNS. Únicamente el modelo implantado por Navarra, comentando anteriormente, consigue este objetivo.

4.3.3 EUROPA (24)

En 2009, la Comisión Europea puso en marcha la Asociación Europea para la Acción contra el Cáncer (EPACC) para apoyar a los Estados Miembros y crear un marco donde compartir toda la información para combatir al cáncer de la manera más eficaz.

Se unieron sociedades científicas, organizaciones de pacientes y otros agentes de cada Estado Miembro y se desarrolló una acción coordinada (Joint Action), reduciendo así las desigualdades entre países.

Se distinguen cinco áreas principales: prevención, detección, atención médica, investigación y gestión de datos.

En la atención médica, se desarrolla la Cancer Control Joint Action (CanCon) que en su guía de recomendaciones políticas para mejorar la calidad de recuperación y supervivencia al cáncer incluye 11 (de 36) relacionados con la atención psicológica.

Las más relevantes son:

- Debe realizarse una evaluación periódica del nivel de distrés (recomendación nº7).
- Deben abordarse los síntomas somáticos, psicológicos y sociales en todas las fases de la trayectoria de la enfermedad del cáncer de forma precoz, sistemática y regular (recomendación nº17).
- La atención psicosocial, la rehabilitación y los cuidados paliativos deben estar integrados en el sistema de salud. Los especialistas correspondientes deben por tanto ser miembros de (o estar asociados con) los equipos médicos de los hospitales (recomendación nº20).

A pesar de todas estas directrices específicas y recomendaciones, son muy diversas e irregulares las políticas relacionadas con la necesidad de servicios de atención psicológica a personas con cáncer y sus familiares entre países europeos. Éstas dependen principalmente de la medida en que un país y su plan o estrategia nacional de control del cáncer (NCCP) lo considere una prioridad.

4.3.4 MUNDO (24)

La OMS señala la necesidad de abordar las “implicaciones físicas, psicosociales y espirituales a lo largo del continuo de atención al cáncer”, tanto en las personas con riesgo de padecer cáncer como aquellas ya diagnosticadas.

Según la última revisión en 2014 de la Declaración de Normas y Guías de Práctica Clínica en Cuidados Clínicos de la IPOS (Sociedad Internacional de Psicooncología), se ha descrito un estándar de calidad para la atención de las personas con cáncer que implica:

1. La atención psicosocial en cáncer debe ser reconocida como un **derecho humano universal**.
2. Para una atención de calidad a la enfermedad oncológica, el ámbito psicosocial debe estar **integrado en el cuidado rutinario**.
3. El **‘distrés’ debe medirse como el sexto signo vital** después de la temperatura, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y dolor.

Esto está respaldado por organizaciones internacionales como la UICC (Union for International Cancer Control) y la Alliance Mondiale Contre le Cancer, además de por más de 50 organizaciones nacionales de referencia en apoyo a personas con cáncer.

Sin embargo, todas estas medidas suponen dificultades en la definición y puesta en marcha de políticas, la dotación de los recursos económicos necesarios, la organización de los servicios y la incorporación de personal.

5. CONCLUSIONES

- La literatura demuestra los beneficios del apoyo psicológico en todas las etapas del proceso del cáncer de mama y resulta evidente la necesidad de ofrecerlo a estas pacientes y sus familiares debido al gran malestar emocional que supone.
- En España, faltan estudios sobre la calidad de vida de estas pacientes y su seguimiento posterior que pueden ser de utilidad para entender sus necesidades y establecer un protocolo de cribado o diagnóstico psicológico al inicio del tratamiento oncológico.
- Tanto en España como en Aragón en particular es necesaria una mejora de la organización de los recursos y la cobertura de la atención psicológica que no llega a atender a todas las pacientes y familiares.
- Solo en Navarra se cubren las necesidades de la atención psicológica de estos pacientes proporcionada por los profesionales contratados por el SNS.
- Casi la mitad de los hospitales públicos (no se han obtenido datos de los privados) no disponen de personal especializado (psiquiatra o psicólogo).
- En cuanto a los familiares, en 13 de las 17 CCAA y en 7 de cada 10 hospitales públicos examinados no contemplan ningún tipo de atención para ellos.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Con todo lo expuesto en este trabajo, he elaborado estas recomendaciones con el fin de mejorar e impulsar nuevas investigaciones sobre la atención psicológica que se ofrece a las pacientes y familiares con cáncer de mama y así mejorar su calidad de vida:

1. Modelo biopsicosocial

La Psicooncología hace hincapié en la utilización de un modelo multidisciplinar e integral como es el biopsicosocial donde también se tienen en cuenta los factores psicológicos y sociales de las enfermedades oncológicas.

2. Atención Primaria

Son los profesionales de la Atención Primaria los que ven con más frecuencia a estas pacientes en sus consultas habituales. Por tanto, es fundamental que se formen en salud mental y se les dote de herramientas para poder identificar las necesidades psicológicas de estas pacientes.

3. Supervivientes

Estar libre de enfermedad no significa que las pacientes ya no necesiten apoyo psicológico. De hecho, son más comunes los trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión en la etapa final de la enfermedad. Además, estas pacientes pueden sentirse abandonadas y tener dificultades para afrontar la vuelta a su vida normal. En España, se identifica la falta de estudios sobre la calidad de vida de las mujeres supervivientes al cáncer de mama.

4. Registro de la atención psicológica

En España no hay un registro oficial sobre los criterios de seguimiento y evaluación de la planificación e implantación de este apoyo por lo que es imposible valorar correctamente esta cobertura por parte del SNS.

Además, podría ser interesante el registro de la opinión de las pacientes después de utilizar estos servicios de apoyo psicológico y así poder evaluar su calidad.

5. Familiares y acompañantes

Acompañar el sufrimiento de un cáncer de una persona cercana supone también un distrés emocional hasta el punto de verse afectado de la misma forma o más que el propio paciente. Por tanto, los profesionales sanitarios no deben olvidar ofrecer apoyo psicológico a los familiares y acompañante porque también pueden ayudar al bienestar de las pacientes.

6. Información sobre el cáncer

Los pacientes se enfrentan a dos tipos de informaciones en este proceso: la proporcionada por el médico basada en la evidencia científica que es objetiva y real y el significado subjetivo que la paciente atribuye a la enfermedad influida por las connotaciones sociales. El grado de malestar emocional no sólo depende de los síntomas físicos derivados del tratamiento del cáncer, sino también de este significado individual. Por tanto, los profesionales que las atienden deben aclarar todas sus dudas y preocupaciones y así tratar de disminuir el miedo ante esta nueva situación desconocida.

7. Acabar con el estigma

Es importante que estas pacientes no se mantengan ocultas, ni traten de aislarse socialmente. Hay que fomentar las campañas de visibilización para que luzcan orgullosas sus pañuelos, pelucas y mamas (amputadas y/o reconstruidas). Así mismo, es importante que conozcan las entidades sin ánimo de lucro que ofrecen su ayuda, a través de charlas, talleres y recursos que pueden resultarles útiles.

8. Grupos de apoyo

Se ha demostrado que las terapias grupales resultan muy eficaces en el bienestar psicológico porque favorecen el intercambio de expresiones, el apoyo mutuo y el autoconocimiento. Así mismo las entidades sin ánimo de lucro también facilitan acompañamiento.

Verse apoyadas por alguien que ha pasado por el mismo proceso o lo conoce muy bien hace que estas pacientes consigan expresar sus sentimientos, los normalicen y reafirmen.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Pronóstico Cáncer de Mama: Supervivencia y Mortalidad | AECC [Internet]. [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020. SEOM. 2020;36.
3. OMS | Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. [cited 2020 Apr 13]. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
4. Observatorio del Cáncer AECC.
5. Cancer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=2>
6. AECC. Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España. 2019;
7. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria*. 2012;44(5):288–92.
8. Tratamientos del Cáncer de Mama | AECC [Internet]. [cited 2020 May 2]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento>
9. Olivares ME, Martín MD, Román JM, Moreno A. Biopsychosocial evaluation in patients with breast cancer surgery. *Psicooncología*. 2010;7(1):81–97.
10. Die Trill M. Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor*. 2015;191–773.
11. Sánchez Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicol*. 2015;36(1):62–73.
12. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer*. 2000 Oct;36(15):1938–43.
13. Parra Gómez CE, García Sánchez, LV; Insuasty Enríquez J. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40:65–84.
14. Society AC. Radiación para el cáncer de seno [Internet]. [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/radioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
15. American Cancer Society. Terapia hormonal para el cáncer de seno [Internet]. [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-hormonal-para-el-cancer-de-seno.html>
16. Vicente Pardo JL-GGA. Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Med Segur Trab*. 2017;63(248):245–59.

17. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med*. 2004;66(3):442–54.
18. Silva SM, Crespo C, Canavarró MC. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Heal*. 2012 Nov;27(11):1323–41.
19. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F, Tsikkinis A. Psychosocial Factors Related to Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: A Review. Vol. 54, *Women and Health*. Routledge; 2014. p. 569–92.
20. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica ©. Seom.org.2020 [Internet]. Cáncer de mama. [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>
21. Galiano-Castillo N, Ariza-García A, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Díaz-Rodríguez L, Legerén-Alvarez M, et al. Telehealth system (e-CUIDATE) to improve quality of life in breast cancer survivors: Rationale and study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2013 Jun 22;14(1):187.
22. Carayol M, Bernard P, Boiché J, Riou F, Mercier B, Cousson-gélie F, et al. Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: What is the optimal dose needed? *Ann Oncol*. 2013;24(2):291–300.
23. García-Viniegras CRV. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av en Psicol Latinoam*. 2007;25:72–80.
24. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2020;9(1):209.
25. Aguiar N, Meira D, Raquel S. Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Rev Estud Coop*. 2015;121:7–32.