

ANEXO

TÍTULO DE PSICÓLOGO/A ESPECIALISTA EN PSICOONCOLOGÍA Y PSICOLOGÍA PALIATIVA

Denominación oficial de la especialidad y
requisitos de titulación

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Madrid, 14 de enero de 2023

Comisión de Redacción

Juan Antonio Cruzado Rodríguez (Coord.).

Celia Ibáñez del Prado.

Ismael Jamal Reche.

Carolina del Rincón Fernández.

Carmen Yélamos Agua.

Documento suscrito por las siguientes Sociedades Científicas:

- Sociedad Española de PsicoOncología (SEPO).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PedPal).

Documento avalado por:

- **Sociedades Científicas:**

Sociedad Española de Radioterapia Oncológica (SEOR).

Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS).

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).

Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP).

Sociedad Española de Psicología de la Intervención Social (SEPIS).

Asociación de Psicooncología de Madrid (APSOM).

- **Asociaciones de Pacientes y familiares:**

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC).

Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC).

Fundación Leucemia y Linfoma (FLL).

Asociación Oncológica Extremeña (AOEX).

Fundación Catalana de ELA Miquel Valls.

- **Programas y entidades de apoyo a la atención y la investigación:**

Fundación “La Caixa”.

Fundación Contra el Cáncer (FEFOC).

- **Universidad:**

Conferencia de Decanos y Decanas de las Facultades de Psicología de España.

- **Entidades y Grupos de Investigación:**

Grupo Atlantes.

© de las personas del Comité de Redacción, Sociedades que suscriben y Consejo General de la Psicología de España. Madrid: 2023.

C/ del Conde de Peñalver, 45, 3ª planta, 28006 Madrid.

ISBN: 978-84-123659-3-1

Printed in Spain.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito de las/os titular/es del copyright. Para referenciar el documento citar:

Cruzado Rodríguez, J.A., Ibáñez del Prado, C., Jamal Reche, I., del Rincón Fernández, C., Yélamos Agua, C. (2023). *Título de Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa*. Consejo General de Colegios de Psicólogos de España. En línea. Disponible en: https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/05/2023_SOLICITUD-ESPECIALIDAD-PSICOONCO-Y-PS-PALIAT.pdf . ISBN: 978-84-123659-3-1

Índice

1.	Justificación: ¿Por qué la especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa?	6
2.	Marco legislativo. Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa. Requisitos previos	8
3.	Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa. Definición y campos de acción	8
4.	Creciente demanda asistencial de la especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.	10
4.1.	Impacto de la enfermedad: El cáncer en cifras	11
4.2.	Impacto de la enfermedad: Diagnóstico y tratamientos oncológicos.....	13
4.3.	Impacto de la enfermedad: Problemática psicológica no cubierta por el sistema sanitario.....	15
a)	Las personas diagnosticadas de cáncer.....	15
b)	Las personas cuidadoras y familiares	19
c)	Profesionales sanitarios	20
4.4.	Impacto de la enfermedad: Problemática asistencial	20
4.5.	Impacto de la enfermedad: Organismos e instituciones que demandan la Psicooncología y Psicología Paliativa como especialidad.....	35
Ámbito internacional.....		35
Ámbito nacional		37
5.	Aportaciones y conocimientos científicos de la Psicooncología y Psicología Paliativa..	38
6.	Impacto positivo de la Psicooncología y Psicología Paliativa en la calidad asistencial..	44
7.	Funciones y competencias propias de la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa que no pueden adquirirse por otra vía	46
8.	Viabilidad de la Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa desde un punto de vista económico.	48
9.	Procedimiento de convalidación de la nueva Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.....	50
10.	Programa de Formación de la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.	52
10.1.	Perfil profesional del/de la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa: Competencias profesionales.....	52

10.1.1. Áreas de competencia (Funciones) Específicas.....	52
10.1.2. Áreas de competencia (Funciones) compartidas	54
10.2. Objetivos de la formación.....	55
10.3. Características y esquema general del programa formativo.....	58
10.4. Formación teórica general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la salud	59
10.5. Formación teórica general básica en Psicooncología y Psicología Paliativa	60
10.6. Contenidos clínico-asistenciales. Rotaciones básicas y específicas vinculadas a los objetivos, actividades y conocimientos teóricos	64
10.7. Atención continuada	126
11. Referencias bibliográficas	126

1. Justificación: ¿Por qué la especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa?

Bajo el amparo del Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, la revisión del acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud, se presenta la documentación necesaria para la solicitud de la especialidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) de “**Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa**”. El objetivo de esta especialidad es la mejora de la atención integral en el cáncer y en los cuidados paliativos. Este objetivo genérico contempla la labor asistencial dirigida a las personas afectadas por el cáncer en las diferentes fases del control de la enfermedad, a los pacientes subsidiarios de atención paliativa y a los familiares y cuidador/es/as informales. Asimismo, incluye aspectos relacionados con la prevención del cáncer como enfermedad no trasmisible.

La **Psicooncología y Psicología Paliativa** representa un extenso y diferenciado campo dedicado a la intervención psicológica para la adaptación y afrontamiento de la enfermedad y los tratamientos médicos, y la optimización del funcionamiento psicológico de niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores, así como de sus familias y cuidadores/as durante la enfermedad y la supervivencia y, así como en el final de vida. Los especialistas en esta área habrán de aplicar intervenciones psicológicas eficaces para la prevención, el afrontamiento de situaciones más difíciles y estresantes de la enfermedad (diagnóstico, procedimientos médicos complejos, recidivas, etc.), la adaptación y mejora de la salud de los supervivientes, y para hacer posible el final de vida con el menor sufrimiento y el mayor bienestar, además de prevenir el duelo prolongado. La Psicooncología y Psicología Paliativa incluye el objetivo de optimizar la comunicación entre los/las profesionales sanitarios/as profesional sanitario y los/as pacientes/cuidadores/as, la facilitación de la toma de decisión; así como, la intervención para el manejo del estrés de los propios sanitarios, la prevención de la fatiga de compasión (desgaste de empatía) y del burnout. Finalmente la especialidad recoge también el objetivo de la educación y promoción de la salud con el fin de fomentar la adquisición y práctica de hábitos saludables prevención del cáncer (prevención primaria) y la prevención secundaria a través de la adherencia y fomento de conductas de detección precoz así como consejo genético oncológico.

En España, los/las psicooncólogos/as y psicólogos/as paliativistas trabajan – y por ende se especializan en diferentes áreas; así encontramos profesionales que desempeñan una labor aplicada en todos los momentos que abarca la enfermedad oncológica, interviniendo de forma secuencial con pacientes antes del diagnóstico, durante el proceso de enfermedad, en la fase de supervivencia y en la fase final de la vida. Las/los profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa prestan atención tanto en Servicios de Oncología y afines (Ginecología, Neurocirugía, Otorrinolaringología...), como en Servicios de Medicina Interna o Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). En su desarrollo profesional dentro de las UCP, estos/as profesionales intervienen en la fase final de vida de personas que padecen enfermedad oncológica u otras patologías, así como en la unidad familiar. La formación en Psicooncología y Psicología Paliativa posibilita los conocimientos teóricos y prácticos que se requieren para la intervención psicológica

en cuidados paliativos y, por ello, son los/as profesionales de elección para dar atención psicológica a las personas que se encuentran en la fase final de su vida.

Existe una creciente demanda asistencial de atención especializada en **Psicooncología y Psicología Paliativa** debido al impacto de la enfermedad, en la persona que lo padece, en su familia, en los profesionales de la sanidad y en la sociedad en general. Con los datos actuales casi una de cada tres personas a lo largo de su vida ha tenido, tiene o tendrá alguna enfermedad oncológica, la mitad de las personas que hayan sido diagnosticadas de cáncer se curarán, un cuarto vivirá con la enfermedad como una condición crónica muchos años (Bray et al., 2018; SEOM, 2022), y cuando lleguen al final de vida tendrán que ser atendidos y por ende tener acceso a unos cuidados paliativos que les procurarán una muerte digna con una buena calidad de vida. La atención continua en este proceso se extiende a familiares y cuidador/as/es de pacientes, y se prolonga a la asistencia en el proceso de duelo de los cuidadores/as.

En España se ha desarrollado un amplio campo de investigación científica aplicada, programas universitarios de formación y publicaciones especializadas en **Psicooncología y Psicología Paliativa**. En este documento se desarrolla una revisión de las aportaciones y conocimientos científicos de la Psicooncología y Psicología Paliativa como nuevo campo de la psicología, su impacto positivo en la calidad asistencial y su viabilidad desde el punto de vista socioeconómico.

La Estrategia en Cáncer del SNS (Ministerio de Sanidad y Consumo 2009; 2021), la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011) y los documentos de estándares y recomendaciones, evidencian entre sus puntos claves la importancia y necesidad de la atención interdisciplinar (tanto en servicios asistenciales, como diagnósticos y terapéuticos) como paradigma principal del modelo asistencial de calidad en la atención oncológica, destacando la figura del/la psicooncólogo/a como el/la profesional especialista que se encarga de realizar la atención psicológica a personas enfermas de cáncer, supervivientes y familiares, tanto en el contexto pediátrico como de adultos así como asesorar a los/as profesionales con implicación en la atención de paciente y familia. Las/os pacientes con cáncer y supervivientes, y en cuidados paliativos deben tener a su disposición una atención integral médica, psicológica y social de alta calidad. En la actualidad, en España las implicaciones psicológicas derivadas de padecer una enfermedad oncológica, y los cuidados paliativos, no están adecuadamente atendidas en paciente y familia durante las distintas fases de la enfermedad, dada la falta de recursos específicos. En este documento expondremos la problemática asistencial existente y cuál es la opinión de diferentes organismos e instituciones que solicitan la inclusión de una atención especializada, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

En la línea de la propuesta por el Ministerio de Sanidad, y teniendo en cuenta tanto las necesidades y demandas de las personas afectadas por el cáncer, las personas en la fase final de su vida, sus familiares y su red social, como las formuladas por los y las profesionales de la Oncología -y relacionados- y los Cuidados Paliativos, el reconocimiento internacional de la disciplina, la atención especializada de este campo de la Psicología y la investigación y desarrollo científico de la disciplina, **la única vía que garantiza la adecuada formación de profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa es la constitución de una especialidad propia**, con un plan formativo concreto. Solo así podrá garantizarse la atención de calidad al colectivo de las personas afectadas por la enfermedad oncológica, supervivientes

de ésta, las personas en la fase final de su vida, sus familiares y el conjunto de profesionales que se encargan de su atención.

2. Marco legislativo. Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa. Requisitos previos

En base a la legislación que establece el Real Decreto 589/2022 de especialidades , en el presente documento se procede a definir y justificar cada uno de los requisitos legales necesarios para la solicitud de la creación de una nueva especialidad en ***Psicooncología y Psicología Paliativa***, ampliamente demandada tanto por el colectivo de personas afectadas por cáncer (pacientes y supervivientes), por otras enfermedades en fase paliativa así como por sus familiares y por los profesionales de la sanidad que desarrollan su labor en el campo de la Oncología, enfermedades avanzadas y Cuidados Paliativos.

A continuación, se desarrolla el informe que comprende la necesidad de la especialización, el desarrollo teórico y evolutivo de la disciplina, así como la viabilidad de la nueva especialidad de la Psicología denominada ***Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa***.

3. Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa. Definición y campos de acción

La *Psicooncología y Psicología Paliativa* es la especialidad de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos de esta disciplina a:

- La atención psicológica especializada a pacientes con cáncer en todas las fases de la enfermedad (incluida la supervivencia) y con cualquier otra patología en su fase final o avanzada. Todo ello con el objeto de mejorar la adaptación al diagnóstico, las pruebas y tratamientos médicos, revisiones y seguimientos, recaída y/o final de vida; mejorar la adhesión a las prescripciones y tratamientos sanitarios, así como mejorar la calidad de vida durante el proceso de enfermedad y supervivencia, en su caso.
- La atención psicológica especializada a personas cuidadoras y familiares directos de la persona enferma de cáncer u otras patologías en estado avanzado, con el objeto de mejorar su calidad de vida, favorecer la comunicación y el soporte emocional y familiar, prevenir y tratar tanto la sobrecarga como las posibles complicaciones en el proceso de duelo.
- La formación de profesionales de la sanidad en habilidades de comunicación, gestión emocional y manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con la persona afectada por el cáncer y sus familiares, y entre el binomio paciente-cuidadores/as y los equipos sanitarios.
- La prevención y tratamiento del síndrome de *burnout*, de estar quemado en el trabajo o el desgaste por empatía o fatiga por compasión; así como la optimización del trabajo en equipo multi e interdisciplinar.

-
- La prevención de la enfermedad oncológica mediante la educación y promoción de la salud con el fin de fomentar la adquisición y práctica de hábitos saludables preventivos del cáncer (prevención primaria) y la prevención secundaria a través de la adhesión y fomento de conductas de detección precoz, así como consejo genético oncológico en cáncer heredofamiliar.
 - La investigación en:
 - a. los aspectos comportamentales, psicológicos y sociales que están presentes en las enfermedades neoplásicas en sus diferentes etapas y en otras patologías en estado avanzado;
 - b. la eficacia, eficiencia y efectividad de los métodos de evaluación y tratamiento psicológico en el área de la Psicooncología y Psicología Paliativa;
 - c. los factores que optimizan el sistema de atención y la mejora del clima relacional en los equipos sanitarios;
 - d. los procesos de duelo en familiares y personas al cuidado, su evaluación y tratamiento;
 - e. los factores psicológicos y sociales implicados en la mejora de la experiencia de pacientes y supervivientes de cáncer, así como de aquellos/as pacientes con cáncer u otras patologías en situación avanzada en el ámbito sanitario.

Las grandes áreas de la práctica psicooncológica se sustentan en los siguientes principios que Gil Moncayo et al., (2020) señalan de este modo:

1. La atención psico-oncológica es parte de la atención integral de pacientes y familias
2. Paciente y familia son la unidad básica de atención
3. Pacientes y familiares deben estar informados y tener acceso a los servicios de atención psicológica
4. Los/as profesionales deben respetar la dignidad e integridad de la persona
5. La atención psicológica debe estar disponible para las personas en todas las etapas de la enfermedad oncológica o que padezcan cualquier otra patología en estado avanzado o fase final de vida
6. Los aspectos psicológicos y sociales deben ser evaluados por los profesionales sanitarios de los propios servicios que atiendan a dichas personas con enfermedad oncológica y/o en estado avanzado, a través de indicadores de riesgo-vulnerabilidad y/o necesidades psicológicas y sociales validados, que serán consensuadas y aprobadas por el equipo de atención
7. Quienes integren los equipos profesionales interdisciplinarios deben respetar la experiencia y los conocimientos de cada uno de dichos/as profesionales
8. La práctica psicooncológica debe basarse en la evidencia y estar sujeta a posibles cambios para aumentar su efectividad

-
9. La formación continua y la investigación por parte de quienes componen el equipo de Psicooncología y Psicología Paliativa son fundamentales para la práctica asistencial.

Es de destacar cómo estos principios y corpus de conocimiento de la Psicooncología y Psicología Paliativa son los aplicados en la atención psicológica a pacientes con enfermedad avanzada y/o subsidiarios de recibir cuidados paliativos y a sus familiares, no sólo si están padeciendo una enfermedad oncológica, sino también no oncológica, como ya hemos mencionado. Y es que, como refieren Limón y Meléndez (2018) la atención paliativa presenta hoy en día una amplia visión que va desde los cuidados apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado, y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana e incluye a quienes poseen un diagnóstico reciente de cáncer avanzado y a quienes padecen una enfermedad crónica avanzada de un órgano, demencia senil avanzada, enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (SNC), personas en situación de fragilidad y situaciones de coma evolucionado por causas diversas; pacientes que suelen encuadrarse bajo la denominación de pacientes crónicos avanzados.

Entre las particularidades en la atención de esta tipología de pacientes cabe destacar la importancia de la Planificación Compartida de la Atención (PCA), tal y como destacan Saralegui et al. (2018), y que resulta definida como “el proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir”. Es en dicha PCA donde la labor del equipo interdisciplinar se torna fundamental y, como parte de ésta, la del/la psicooncólogo/a paliativista como profesional con amplia especialización en la exploración de necesidades psicológicas al final de la vida, la comunicación difícil en dichos contextos y el soporte en el proceso de toma de decisiones.

Así, el/la **Psicólogo/a especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa** desarrolla su actividad de forma integrada en los servicios y equipos biomédicos inter/multidisciplinares que ofrecen una atención integral a pacientes con cáncer en cada una de las fases de la enfermedad y/u otras patologías en estado avanzado y a sus familiares, y que, al mismo tiempo, posee conocimientos en investigación de base sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de sus intervenciones en un campo especializado que se encuentra en continua evolución y desarrollo. Todo ello, siguiendo los principios de la bioética, las máximas en perspectiva de género y aplicado a la población de cualquier rango de edad.

4. Creciente demanda asistencial de la especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.

El cáncer supone un conjunto de graves enfermedades con especiales connotaciones psicológicas y sociales. Al hacer referencia a los aspectos psicológicos implicados en una enfermedad como el cáncer, se citan las repercusiones

que la enfermedad y el tratamiento tienen en la vida de la persona que padece dicha enfermedad y su entorno familiar, así como en los y las profesionales sanitarios/as con implicación en su tratamiento y seguimiento. El impacto psicológico de esta enfermedad en la persona que lo padece así como en su entorno familiar y social más cercano, la alta incidencia de la enfermedad, la agresividad y larga duración de los tratamientos oncológicos, así como sus efectos secundarios y secuelas y, finalmente, las necesidades y demandas de atención de profesionales sanitarios que trabajan en Oncología y sus servicios afines, cuidados paliativos y otros, han dado lugar al desarrollo de la especialidad de la Psicooncología y Psicología Paliativa, cuyo objetivo no es sólo determinar las alteraciones en la persona enferma en áreas que van más allá de su dolencia física, sino también desarrollar un corpus teórico y práctico con diseño de instrumentos de evaluación y de intervención especializados (Holland, 2018).

4.1. Impacto de la enfermedad: El cáncer en cifras

El cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad mundial, con aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2018 (Bray et al., 2018). Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas hasta llegar a 29,5 millones al año en 2040. A su vez, es una de las principales causas de mortalidad del mundo, con aproximadamente 9,6 millones de muertes relacionadas con tumores en el año 2018 (SEOM, 2022). Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos a nivel mundial son el cáncer de pulmón (18,4% del total de muertes por cáncer), el cáncer colorrectal (9,2%), el cáncer de estómago (8,2%) y el cáncer de hígado (8,2%) (Bray et al., 2018; SEOM, 2022).

En nuestro país, los nuevos casos de cáncer han sufrido un aumento progresivo durante los últimos años. En 2019, concretamente, se diagnosticaron 275.562 nuevos casos según cifras del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (2019) que supusieron un 2,15% más respecto al año 2017. El número absoluto de cánceres diagnosticados en España ha continuado en aumento desde hace décadas debido al envejecimiento de la población y la exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, la contaminación, la obesidad y el sedentarismo entre otros muchos factores (SEOM, 2022).

El cáncer tiene una mayor incidencia en hombres que en mujeres. A lo largo de la vida, la probabilidad aproximada de recibir un diagnóstico de cáncer es de uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres. Según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), la probabilidad de desarrollar el cáncer aumenta más de un 10% entre los 55 y los 64 años y es a partir de los 60 cuando empieza a ser superior en hombres que en mujeres. Así, a partir de los 80 años, las mujeres tienen casi un 32% de probabilidad, que en el caso de los hombres aumenta hasta casi un 51%.

Los cánceres más frecuentes en España en ambos sexos son los de colon y recto (44.231 nuevos casos), próstata (35.126), mama (32.953), pulmón (29.638) y vejiga urinaria (22.350). En hombres, los más diagnosticados son los de próstata, colorrectal, pulmón y vejiga, y en mujeres los de mama y colorrectal, y en tercer lugar se sitúa el de pulmón (SEOM, 2022).

De forma general, la mortalidad del cáncer en España ha experimentado un descenso progresivo en las últimas décadas (SEOM, 2022). Estas tendencias reflejan las mejoras en la supervivencia de pacientes con tumores debido al

desarrollo de hábitos de vida más saludables, las campañas de screening y diagnóstico precoz, los avances terapéuticos (aunque estos últimos, particularmente relevantes en los últimos años, se reflejarán más fidedignamente en los datos epidemiológicos de los próximos años) y, en varones, a la disminución de la prevalencia del tabaquismo. Otros cambios, como el aumento de cáncer de pulmón atribuible a la contaminación, los tratamientos para el virus de la hepatitis, etc., tardarán en evidenciarse. En la actualidad, los tumores son la primera causa de muerte en hombres (297,8 fallecidos por 100.000 habitantes), y la segunda en mujeres (con 186,7), siendo la principal causa de muerte en los grupos de edad comprendidos entre uno y catorce años (29,2% del total) y entre 40 y 79 años (43,8%) (SEOM, 2022).

Globalmente, la supervivencia neta a 5 años de pacientes que recibieron un diagnóstico de cáncer en el periodo 2008-2013 en España fue de 55,3% en los hombres y de 61,7% en las mujeres (SEOM, 2022). Estas diferencias en la supervivencia global entre sexos se deben probablemente a que determinados tumores son más frecuentes en un sexo que en otro, ya que las diferencias más importantes en supervivencia se deben al tipo tumoral (junto con el estadio al diagnóstico). Las cifras de supervivencia de pacientes con cáncer de España son similares a las de los países de nuestro entorno. Se estima que se han duplicado en los últimos 40 años y es probable que, aunque lentamente, continúen aumentando en los próximos años (SEOM, 2022). Estas cifras ponen de relieve la necesidad de atención especializada e integral, en la que se incluya la atención psicooncológica y paliativa, para el cáncer y el final de vida (Martínez y Andreu, 2019).

En población pediátrica, se diagnostica de cáncer a aproximadamente 300.000 niños/as y adolescentes con edades comprendidas entre los 0 y los 19 años, en todo el mundo y cada año. En los países desarrollados, el cáncer es la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia (Steliarova-Foucher et al., 2017). En España, 1.100 menores enferman de cáncer cada año, cifra que representa el 3% de todos los cánceres. Según el informe publicado por el Registro Español de Tumores Infantiles de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (RETI-SEHOP, 2014), en la presentación del cáncer en la infancia predomina la leucemia con un 30%, seguida de linfomas con un 13% y los tumores del Sistema Nervioso Central con un 22%. En España, ha habido una mejora en la supervivencia de los menores con cáncer y, gracias a ello, es posible un mejor pronóstico cuando aparece la enfermedad oncológica. La supervivencia ha aumentado y los menores diagnosticados presentan actualmente una supervivencia del 82%. Estas mejoras en la perspectiva del cáncer infantil no disminuyen, sin embargo, el impacto del diagnóstico tanto en el menor como en las familias. El cáncer infantil todavía tiene un potencial de amenaza para la vida del niño/a que lo padece, esto unido a que tanto el/la menor como la familia se enfrentan a un tratamiento intensivo e invasivo para luchar por su curación; hace que la unidad familiar se enfrente a una situación de crisis y cambio que deja huella a nivel psicológico (Schweitzer et al., 2012). Además de impactar en la familia a nivel psicológico, el cáncer en la infancia y adolescencia va a tener gran impacto familiar a nivel sociolaboral y económico.

Todo lo expuesto redundará en la existencia de un grupo creciente de personas (adultos y menores) que han superado la enfermedad. Personas que están libres de cáncer, pero no libres de las secuelas del cáncer dada la afectación psicológica y social, así como los efectos secundarios a largo plazo y tardíos que pueden experimentar a causa de la enfermedad y sus tratamientos (Mayer et al., 2018).

4.2. Impacto de la enfermedad: Diagnóstico y tratamientos oncológicos

El diagnóstico de cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos, una prevalencia superior a la de la población general, precisando atención psicológica especializada (Hernández y Cruzado, 2016). El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los tratamientos, e incluso durante el periodo de supervivencia. De entre las distintas alteraciones psicológicas, la comorbilidad con depresión puede afectar a más de un 10% de pacientes, un riesgo aproximado tres veces mayor que en la población general (Hernández y Cruzado, 2016).

Según muestra la literatura creciente en el ámbito de la prevención el 44,4% de los cánceres se podrían evitar (GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators, 2022). En este sentido, alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Solo el tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer (GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators, 2022). Es, por tanto, necesario reducir los factores de riesgo y aplicar estrategias preventivas de base científica, abarcando también la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento temprano de cada paciente. La Psicooncología y Psicología Paliativa se hace necesaria desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer precisamente por la especialidad en el análisis, conocimiento y desarrollo de las estrategias para la implantación y mantenimiento de comportamientos saludables.

Unido a ello, el diagnóstico precoz y el tratamiento oncológico temprano incrementa las posibilidades de recuperación para muchas de las personas afectadas por esta enfermedad, mejorando la calidad de vida y la supervivencia de la enfermedad. El tratamiento del cáncer hoy en día exige un abordaje interdisciplinar que va a depender del tipo de tumor, del estadio de la enfermedad y de otros factores propios del paciente (comorbilidad de otras enfermedades, edad, estado general, soporte familiar, etc.). Según estas variables los tratamientos pueden ser primarios o con intención curativa (adyuvantes o neoadyuvantes) y también paliativos (tratamientos adyuvantes para el control de la sintomatología propia del final de vida).

El tratamiento primario tiene como objetivo extirpar completamente el cáncer o destruir las células cancerosas. Cualquier tratamiento oncológico puede usarse como un tratamiento primario. El tratamiento oncológico primario más frecuente para los tipos más comunes de cáncer es la cirugía, y los tratamientos adyuvantes y/o neoadyuvantes con intención curativa- como los tratamientos sistémicos y la radioterapia.

El tratamiento paliativo, tiene lugar sobre todo cuando ya no hay objetivos curativos, el pronóstico de vida se reduce a un corto plazo o son útiles para el alivio de la sintomatología de la persona durante el proceso de enfermedad. Los tratamientos paliativos permiten aliviar los efectos secundarios de otros tratamientos o los signos y síntomas provocados por la progresión del cáncer o de otras patologías. La filosofía clave de la medicina paliativa es procurar

para cada paciente el máximo bienestar o confort en todos los ámbitos vitales: físico, psicológico-espiritual/existencial y social.

La toxicidad, efectos secundarios y secuelas asociadas a los tratamientos oncológicos son un aspecto muy importante y clave en la atención a las personas afectadas por cáncer, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre su calidad de vida, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias. La agresividad y complejidad de los tratamientos que conlleva la enfermedad son evidentes e innegables, tanto a nivel físico: náuseas, vómitos, pérdida del cabello, amputación de miembros, etc.; como a nivel psicológico: pérdida de salud, amenaza vital, problemas de autoestima e imagen corporal, miedo a la recidiva, ansiedad ante el futuro, miedo a la muerte...; a nivel social: aislamiento, estigma social, deterioro y/o pérdida de relaciones y apoyo, etc.; y a nivel económico y laboral (incapacidad para realizar el trabajo habitual, bajas, despidos, etc.).

En el ámbito de la Oncología Pediátrica, el diagnóstico de un cáncer es siempre una experiencia inesperada y traumática tanto para la familia como para el/la menor o adolescente, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse: amenaza para la vida o integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, efectos secundarios de los tratamientos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etc. Además, quienes sobreviven deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída y las secuelas del tratamiento. Todas estas condiciones colocan a esta población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo (Bragado, 2009; Kelada et al., 2019).

El Informe del Observatorio de la AECC (2019) señala que la atención psicológica especializada en cáncer es más solicitada en aquellas fases de la enfermedad en las que se producen los cambios médicos más significativos, es decir, en aquellas fases que suelen constituir períodos críticos donde los niveles de distrés son claramente superiores y el deterioro de calidad de vida resulta especialmente significativo tanto para pacientes como para familiares. Así, las personas con enfermedad que solicitan y reciben atención psicológica se encuentran mayoritariamente en la fase de tratamiento activo del cáncer (42%) y en la fase avanzada (26%). En el caso de aquellos familiares a quienes se brinda intervención psicológica, los mayores niveles de distrés suelen estar principalmente en la fase de duelo tras la pérdida del ser querido (31%) y durante el tratamiento activo de la persona diagnosticada de cáncer (28%).

Es importante añadir que la demanda de ayuda psicológica se realiza con frecuencia una vez diagnosticada la enfermedad oncológica, y en muchos casos cuando los problemas psicológicos se han consolidado o agravado. De ahí, la relevancia de que la detección, triaje, evaluación de los problemas y la intervención psicológica se realice de forma temprana para prevenir complicaciones o agravamiento de la problemática.

En relación con el perfil de las personas con cáncer que solicitan atención psicológica, el Informe del Observatorio de la AECC (2019) señala que el 85% de personas beneficiarias que solicitaron y recibieron atención psicológica presentaban previamente niveles de distrés emocional altos o severos. El número de mujeres que solicitan atención psicológica es muy superior al de varones (74% y 26%, respectivamente) con una edad media de 55 años. El

62% de las personas que solicitan atención psico-oncológica son el/la propio/a paciente y el 38% restante algún/a familiar; la mayoría, cónyuges/pareja (43%), hijo/a (34%), y padre/madre (8%). La localización tumoral más frecuente de las personas que demandan este servicio es la mama (29%), pulmón (14%) y colon (9%). Los tres representan la mayoría de las patologías oncológicas tratadas (52%).

4.3. Impacto de la enfermedad: Problemática psicológica no cubierta por el sistema sanitario

A la hora de determinar la principal problemática asociada al cáncer en la que intervienen profesionales especialistas de la Psicooncología y Psicología Paliativa, se pueden distinguir las áreas relativas a las personas diagnosticadas de cáncer, cuidadores y familiares, así como la referida al personal sanitario.

a) Las personas diagnosticadas de cáncer

Sintomatología asociada a la enfermedad y los tratamientos oncológicos: dolor, fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones neurocognitivas y otros

Un artículo de revisión sugiere que al menos el 50% de la población superviviente muestra algún efecto tardío relacionado con el tratamiento, incluyendo alteraciones físicas, psicosociales, cognitivas y/o sexuales, así como preocupaciones por la recurrencia y/o el desarrollo de un nuevo cáncer (Valdivieso et al., 2012). En esta misma línea, una revisión sistemática centrada en las cuatro localizaciones tumorales más comunes (mama, ginecológico, próstata y colorrectal) informa de la existencia de un patrón consistente de síntomas, independientemente de la localización del tumor y del tipo de tratamiento recibido, que incluye síntomas depresivos, dolor y fatiga como los problemas más frecuentes en esta población (Harrington et al., 2010).

El dolor afecta al 50% de quienes padecen cáncer a lo largo de su enfermedad, independientemente del estadio de ésta y llega a estar presente en el 74% de los casos en la fase final de la enfermedad (Syrjala et al., 2014). El dolor es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad de quien sufre esta patología, interfiere con el apetito, el sueño y el estado del ánimo y conlleva pérdida de autocontrol. Por ello, las personas que presentan estos síntomas precisan de una evaluación y atención psicooncología especializada durante la fase de enfermedad, tratamiento y supervivencia.

La fatiga relacionada con el cáncer se define como la sensación subjetiva y persistente de fatiga o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo relacionado con la enfermedad o su tratamiento; una sensación que no es proporcional a la actividad realizada por la persona y que interfiere en el funcionamiento diario (Berger et al., 2010). La fatiga es, por otra parte, el síntoma de cáncer más frecuentemente informado entre las personas con cáncer y se identifica como la que causa la mayor interferencia con las actividades de la vida diaria de los/las pacientes, estimándose tasas de fatiga/astenia en pacientes que han recibido quimioterapia y/o radioterapia cercanos al 80% y en pacientes con enfermedad metastásica del 75% (Weis, 2011), permaneciendo esta sintomatología incluso aunque los tratamientos hayan finalizado.

Aproximadamente un 70% de pacientes con patología oncológica presentan alteraciones del sueño, principalmente insomnio de conciliación y mantenimiento (Savard y Morin, 2001). Estos datos se elevan hasta más de

un 90% en la fase final de la vida (Ibáñez del Prado y Cruzado, 2020). Los problemas de sueño ocurren además en combinación con dolor, fatiga, ansiedad y/o depresión (Ancoli-Israel, 2009; Berger y Mitchell, 2008; Forsythe et al., 2012).

Las personas con cáncer pueden presentar deterioro cognitivo de leve a moderado y estados confusionales (delirium). Las alteraciones neurocognitivas leves pueden ser secundarias a los tratamientos sistémicos y/o a la radioterapia y están relacionadas con el deterioro de los dominios neuropsicológicos, tales como atención, memoria, concentración, funciones de aprendizaje, cálculo y percepción visual-espacial (López-Santiago et al., 2011). Otras condiciones de deterioro cognitivo, incluida la demencia, se estiman en torno del 2-5% de pacientes y pueden ser causadas tanto por una enfermedad primaria como por los tratamientos (p. ej. radioterapia cerebral para el tratamiento de metástasis cerebrales). Las metástasis cerebrales también pueden provocar secuelas como afasias, alexias, acalculias, agnosias, apraxias, amnesias y alteraciones del estado de ánimo (Soussain et al., 2001). Un área especial de interés está representada por el delirium, uno de los trastornos cognitivos más comunes en el cáncer. La prevalencia del delirio, dependiendo de la etapa de la enfermedad, varía del 10 al 80%, incluyendo ambas formas hiperactivas-agitadas y mixtas, aunque es más común en cáncer avanzado (Breitbart y Alici, 2012; Grassi et al., 2015).

Malestar emocional o distrés. Sintomatología ansiosa, depresiva, miedos, desmoralización y trastornos psicopatológicos.

La “National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define el malestar emocional (distrés) como “una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado” (National Comprehensive Cancer Network, 2020). La prevalencia de distrés en población oncológica adulta señala un porcentaje que oscila entre el 30% y el 40% (Grassi et al., 2013; Hernández y Cruzado, 2016; Mitchell et al., 2011). Así pues, aproximadamente cuatro de cada diez pacientes de cáncer muestran niveles de distrés clínico en algún momento del proceso de la enfermedad. Los datos son mayores en cuidados paliativos, en los que se estima que el 80% presenta síntomas de ansiedad y depresión que requieren intervención psicológica (Sewt et al., 2021). Desafortunadamente, menos de la mitad de los casos clínicos de distrés se identifican y derivan a los servicios de asistencia psicosocial correspondientes (Martínez et al., 2013), con las repercusiones que todo ello conlleva en cuanto a disminución en la calidad de vida del paciente y aumento del gasto en la asistencia sanitaria recibida; no sólo por la probabilidad de realizar un mayor número de pruebas diagnósticas y pautar tratamientos médicos innecesarios, sino también por la peor adhesión del paciente a las recomendaciones médicas.

Todo ello sin olvidar que el cáncer y su tratamiento también generan distrés en el entorno familiar más cercano. Los resultados de investigación muestran que los familiares presentan niveles de distrés que, en ocasiones, son superiores a los observados en población general e incluso en los propios pacientes (Caruso et al., 2017; Pan y Lin, 2022). Así pues, el familiar también debería disponer de servicios de atención psicológica especializada. La concentración de la atención en las sensaciones somáticas y la interpretación disfuncional de los síntomas tras el diagnóstico de cáncer son frecuentes (37,5%) y pueden aumentar la discapacidad resultante, interferir con la adhesión

al tratamiento y la toma de decisiones, causar retraso en la recuperación y reducir el bienestar y calidad de vida tanto de pacientes como de familiares (Chaturvedi et al., 2006; Grassi et al., 2013). El miedo a la recurrencia del cáncer – preocupación y malestar emocional persistente que en ocasiones puede alcanzar niveles clínicos- es un problema común que se encuentra presente hasta en un 80% de las personas afectadas por cáncer (Syrjala y Yi, 2017) y dificulta la planificación de actividades y la incorporación a la vida cotidiana (Lebel et al., 2017; Tauber et al., 2019).

La desmoralización es un síndrome caracterizado por sentimientos de indefensión, desesperanza, sensación de fracaso e incapacidad para hacer frente a la enfermedad. Se ha demostrado que está asociado a mayores niveles de tristeza, mayor sintomatología física, menores niveles de bienestar, de actividades de ocio y apoyo social, mayores niveles de preocupación en general y relativas al cáncer en particular (p.ej. preocupación por la enfermedad en sí, por los efectos del tratamiento), sentimientos de ser diferente a los demás, así como mayor impacto en la vida sexual, social y laboral, el futuro y la muerte). También se ha asociado con la pérdida de significado y esperanza, pobre percepción de dignidad, sensación de inutilidad en la propia vida y en el futuro y con la presencia de ideación suicida (Robinson et al., 2015; Vehling y Philipp, 2018).

Se ha encontrado una prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión u otros trastornos psicopatológicos cercana al 30% en pacientes con cáncer (Mitchell et al., 2012), si bien algunos de los síntomas del cáncer y los efectos de los tratamientos, junto a la pérdida de capacidad funcional son similares a los síntomas-criterio de la DSM5 o CIE10 (Caruso et al., 2017; Caruso y Breitbart, 2020), por lo que el diagnóstico de un trastorno psicopatológico en pacientes de cáncer es muy complejo y debe ser claramente diferencial.

Autoconcepto: Imagen corporal y autoestima

Los efectos de los tratamientos oncológicos tales como la quimioterapia, radioterapia y la cirugía (especialmente mastectomía, ostomía y colostomía) con consecuencias tales como la pérdida funcional, incontinencia, alopecia, etc., son los principales factores causales del impacto en la imagen corporal, autoestima y relaciones sociales en las personas afectadas de cáncer (Fingeret et al., 2014). Estos cambios varían en función del grado de visibilidad, permanencia, controlabilidad y extensión que provoquen.

Problemas de crecimiento, desarrollo y hormonales

Los tratamientos contra el cáncer infantil pueden afectar el sistema endocrino. Se trata de un grupo de glándulas productoras de hormonas que controlan las funciones del organismo, como el crecimiento, la energía y la pubertad (Dickerman, 2007). Los niños y niñas afectados por un cáncer en su infancia/adolescencia podrían presentar problemas de sobrepeso, baja estatura, retraso en el desarrollo puberal que afecten a su vez al autoconcepto, autoestima y a las relaciones sociales, por lo que pueden requerir evaluación e intervención psicológica.

Problemas sexuales

Estos afectan a entre un 40% y el 90% de las/los pacientes con cáncer (Morreale, 2011). En los cánceres que afectan a órganos sexuales se observa una mayor incidencia. Así, por ejemplo, en el cáncer ginecológico se muestra una disminución o pérdida del deseo sexual, cambios en respuesta genital femenina (disminución o pérdida de

lubricación), problemas en el orgasmo, vaginismo y dispareunia. Del mismo modo en varones, en el cáncer de testículo y de próstata hay una disminución de la libido, ansiedad de actuación, eyaculación precoz y disfunción eréctil (Chung y Brock, 2013; Katz y Dizon, 2016). Dichos problemas sexuales, además de no ser evaluados en la atención clínica habitual en muchos casos, pueden devenir en dificultades mayores o trastornos psicológicos además de generar un deterioro importante en la calidad de vida de la persona enferma y en la de su pareja.

Necesidades existenciales y espirituales

El sentido existencial, el significado y propósito de la vida son áreas que pueden verse afectadas en las y los pacientes con cáncer, y se asocian al nivel de bienestar, a la sintomatología ansioso-depresiva y a la desmoralización, por lo que es necesario su evaluación y tratamiento (Breitbart et al., 2015). El interés y el reconocimiento de la función de los aspectos religiosos y espirituales en la adaptación a enfermedades como el cáncer, ha crecido en las últimas décadas (Benito et al., 2016; Redondo, Ibáñez del Prado y Barbas, 2017; Tarakeshwar et al., 2008; Yanez et al., 2009;). Las investigaciones indican que tanto los/as pacientes con enfermedad oncológica como las personas de la familia encargadas de su cuidado, recurren a la espiritualidad como ayuda para abordar enfermedades físicas graves y expresan el deseo de que sus necesidades e inquietudes espirituales y religiosas específicas sean reconocidas dentro de su tratamiento (Kim et al., 2007; Whitford et al., 2008).

Estigma personal y social derivado del diagnóstico de cáncer

El estigma asociado al cáncer afecta a las personas enfermas de esta patología desde el mismo momento del diagnóstico. El auto-estigma es la condición en la que las personas con cáncer internalizan o asumen las actitudes negativas hacia sí mismos y reducen de esta forma sus redes de apoyo social, su bienestar emocional y laboral, dañando su calidad de vida y su salud futura. Los factores que contribuyen al auto-estigma negativo en torno al cáncer son la atribución de responsabilidad del cáncer (culpa), la visibilidad de la enfermedad asociada a la vergüenza, al sufrimiento y la muerte, y la gravedad o riesgo de la enfermedad (victimización) (Knapp et al., 2014). Por otra parte, los cambios físicos relacionados con el tratamiento del cáncer, como la alopecia, el aspecto anémico, la mastectomía, la colostomía, los cambios en el color de la piel y las cicatrices quirúrgicas desempeñan un papel importante en las interacciones sociales de la persona afectada por cáncer que puede hacerle sentirse excluida e interferir en la vuelta a la normalidad y en su integración en la comunidad (Yilmaz et al., 2019). El estigma derivado del diagnóstico de cáncer está asociado a baja autoestima, ansiedad, depresión y deterioro en la calidad de vida (Huang et al., 2020).

Problemas de relación interpersonal

La viabilidad de una red satisfactoria de relaciones interpersonales es fundamental para el soporte emocional y práctico en los períodos de dolor, incapacidad e incertidumbre (Stanton et al., 2007). Siendo así que el apoyo social se convierte en un importante predictor del ajuste a la enfermedad (Sarason et al., 1997; Schmalings y Sher, 2000; Wills et al., 2001). En las personas afectadas por el cáncer, una mayor percepción de apoyo social reduce el grado de incertidumbre, depresión y ansiedad, favoreciendo así una actitud más optimista (Garner et al., 2015; Lien et al., 2009; Matthew y Cook, 2009; Priede et al., 2018) y se asocia, al mismo tiempo, con una mejor salud mental y mayor calidad de vida (Eom et al., 2013; Kroenke et al., 2013). Según la literatura, la principal responsabilidad en la asistencia a la

persona enferma recaerá en sus hijos/as y la pareja. No obstante, en muchos casos, la familia necesita ayuda para hacerse cargo de todos los cuidados que precisa la persona, por lo que necesitan ampliar su red de apoyo. En este sentido y como recoge la propia Estrategia Nacional en Cáncer del SNC (Sistema Nacional de Salud, 2021), el envejecimiento creciente de la población implica que los diagnósticos de pacientes con cáncer se producen en mayor medida en contextos familiares más envejecidos, con un preocupante aumento de hogares unipersonales, donde no existe la figura de la persona cuidadora principal o familias compuestas por la pareja de cónyuges, donde ambos miembros son de elevada edad y ninguno de ellos puede ejercer de cuidador principal del otro, una vez se diagnostica la enfermedad. Este marco, hace necesario fortalecer los vínculos con las instituciones sanitarias y la comunidad, de forma que se conviertan en los recursos necesarios para abordar esta nueva situación.

Problemas sociales y laborales

El cáncer tiene un importante impacto ya que puede conllevar importantes cambios y repercusiones laborales y sociales, que afectarán, a su vez, al estado psicológico de pacientes y familiares. Supone en muchas ocasiones un coste económico adicional al que soportan las familias que puede llegar a provocar una situación de vulnerabilidad social, principalmente en el caso de desempleados, autónomos y familias con rentas inferiores al salario mínimo interprofesional (SMI), en la que sus recursos personales y familiares no son suficientes (Oliver Wyman, 2020). La necesidad de prestación económica para gastos derivados de la enfermedad (medicación, prótesis y ortopedia, traslados y alojamientos temporales para recibir tratamientos en lugares de residencia distintos, servicios de atención a domicilio (SAD), etc.) y/o para cobertura de necesidades básicas (vivienda, suministros, alimentación, etc.) es reconocida tanto por los pacientes como por los familiares (Oliver Wyman, 2020). Los problemas no acaban cuando finaliza el tratamiento, debido a las dificultades que pueden presentar las personas afectadas por el cáncer para su reinserción laboral consecuencia de las secuelas de la enfermedad y su tratamiento. A los problemas económicos puede sumarse también el impacto negativo en la calidad de vida asociado, por ejemplo, al desempleo (De Souza et al., 2017). De hecho, el Instituto Nacional del Cáncer Americano propone como un objetivo prioritario la investigación de la comprensión de los predictores del empleo y el desarrollo de las intervenciones apropiadas a fin de optimizar los niveles laborales de los supervivientes de cáncer (De Moor et al., 2018).

b) Las personas cuidadoras y familiares

El cáncer y su tratamiento genera malestar emocional y afectaciones clínicamente significativas en el entorno familiar más cercano. Los/las familiares presentan niveles de distrés y síntomas de ansiedad y depresión, en ocasiones superiores a los observados en población general e incluso a los de las propias personas que tienen la enfermedad (Observatorio del Cáncer AECC, 2019). Los/as familiares-cuidador/as/es tienen un alto riesgo de sufrir estrés psicológico y privación del sueño, sobrecarga y dificultades para compatibilizar el cuidado de la persona enferma con su vida habitual, lo que conlleva notables consecuencias para su propia salud (función inmunológica, alteraciones neurohormonales e inflamatorias) y cambios en sus hábitos sociales (estilo de vida y aislamiento) (Northouse et al., 2012), además de duelo anticipado (Coelho et al., 2018).

Esta situación es aún más evidente y notable si la persona enferma es un/a niño/a o adolescente, pues son los padres y madres los que deben asumir el cuidado del/la menor, con afectación significativa tanto en su estabilidad emocional como en su calidad de vida (Kearney et al., 2015).

c) Profesionales sanitarios

El cuidado médico de personas con enfermedades crónicas, graves y potencialmente mortales, la larga duración de los tratamientos así como el enfrentamiento diario al deterioro físico y al sufrimiento de la persona enferma y del entorno familiar, generan niveles significativos de estrés y malestar emocional en quienes componen el staff sanitario, que no sólo altera el bienestar psicológico de estas/os profesionales que lo padecen, sino que además puede afectar al cuidado que se le presta al o a la paciente, a las relaciones que se mantienen con sus colegas y a las relaciones con familiares y amigos. El estrés y los sentimientos de impotencia que genera el cuidado de la persona enferma de cáncer pueden conducir en algunos casos al llamado burnout o síndrome de estar quemado y al desgaste de empatía y/o fatiga por compasión en los especialistas en oncología (Cavanagh et al., 2020; Hayuni et al., 2019), enfermería (Jarrad y Hammand, 2020) o el propio personal de atención psicológica (Morris et al., 2020).

4.4. Impacto de la enfermedad: Problemática asistencial

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Sistema Nacional de Salud, 2010, 2021) parte de un consenso entre Comunidades Autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares y al Ministerio de Sanidad, para impulsar el control y la prevención del cáncer. Es este documento la atención psicológica especializada en cáncer se contempla como principal objetivo en el capítulo sobre Calidad de Vida, en la que se afirma que un modelo de calidad de atención en cáncer debe proporcionar atención psicológica tanto a pacientes como a familiares que lo precisen. Asimismo, la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS (Sistema Nacional de Salud, 2011), hace explícito que en el final de vida es necesaria una adecuada atención psicológica tanto del paciente como de la familia.

Nuestro país incluye la atención psicológica a pacientes con cáncer en todos los planes autonómicos; aunque solamente la atención a familiares en un 70% de ellos; por lo que se puede destacar que las políticas autonómicas de cáncer incorporan de forma general la necesidad de satisfacer la necesidad y demanda de atención psicológica para las personas afectadas de cáncer, ya sean enfermos o familiares.

Cabe señalar que el Informe del Observatorio del Cáncer de la AECC (2019) recomienda: a) La inclusión, como objetivo asistencial en todos los planes/estrategias en cáncer regionales, de la atención psicológica, tanto para el/la paciente de cáncer como para la persona que le acompaña habitualmente, dentro de un modelo de atención oncológica multidisciplinar e integral b) La organización de los procesos de atención a la persona con cáncer en el ámbito hospitalario de modo que integre los tres niveles de soporte emocional: básico (profesionales sanitarios y servicio de voluntariado formado), medio (profesionales sanitarios formados para identificar y manejar sintomatología de malestar emocional no compleja) y especializado (profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa) y c) La medición del distrés o malestar emocional como el sexto signo vital después de la temperatura, presión arterial, pulso, frecuencia

respiratoria y dolor, incorporándose a la historia clínica (Bultz y Carlson, 2005). La actual ausencia de la Especialidad del SNS de Psicooncología y Psicología Paliativa hace que dicha cobertura no se pueda prestar de forma garantizada en todos los casos por profesionales con el debido reconocimiento formativo especializado.

Con relación a los cuidados paliativos, se manifiesta una gran demanda de necesidades atencionales no cubiertas actualmente. Las estimaciones actuales sugieren que aproximadamente el 75% de las personas que se acercan al final de la vida pueden beneficiarse de los cuidados paliativos (Etkien et al., 2017). El creciente número de personas mayores y aumento progresivo de las enfermedades crónicas significan una necesidad creciente de los cuidados paliativos en el futuro. Según la World Health Organization (2020), una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos, con mayor frecuencia los que padecen enfermedades crónicas cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%), además de otras enfermedades como insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas, entre otras.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2020), en 2018 murieron en España 427.721 personas. Seleccionando las 10 patologías propuestas por McNamara et al. (2006), en su estimación de mínimos de necesidades de cuidados paliativos (cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, EPOC, ELA y enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y SIDA), el número de personas que deberían recibir cuidados paliativos sería de 214.000. Según los criterios de Murtagh et al. (2014) –quienes estiman que, en los países de altos ingresos, entre el 69% y el 82% de las personas fallecidas deberían haber recibido cuidados paliativos- el número estaría entre 295.000 y 350.000. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Arias-Casais et al., 2019; SECPAL, 2016) informa que, en la actualidad, la atención paliativa está solo atendiendo a la mitad de la población susceptible de recibir cuidados paliativos. Además, el 25,3% de los recursos de cuidados paliativos cuentan con psicólogos/as que dedican menos del 50% de su dedicación a prestar esta atención. Unido a ello, el número de profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa que trabaja en cuidados paliativos por número de habitantes es muy bajo (1x195.000 hab.). Todo lo cual es indicativo de la gran necesidad y demanda de este tipo de profesionales a fin de poder prestar la atención adecuada.

La estimación de prevalencia de la necesidad de recibir atención paliativa entre las/os menores de 19 años ha aumentado en los últimos 25 años. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018) definió los Cuidados Paliativos Pediátricos (CCP) como la prevención y el alivio del sufrimiento en pacientes en edad infantil con enfermedades potencialmente mortales o que limitan la vida, así como para sus familiares. Los CCP se basan en el manejo integral y multidisciplinar de las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del niño y la familia (Benini et al., 2022a). Recientemente, se han publicado estándares internacionales para los CPP que incluyen la necesidad de la atención Psicooncológica y Psicología Paliativa (Benini et al., 2022b). En 2003 la “Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families”, junto con el “Real College of Pediatrics and Child Health” estableció que 10 de cada 10.000 niños necesitan recibir atención paliativa por presentar enfermedades limitantes y/o amenazantes para la vida (Association for Children’s Palliative Care, 2003). En el 2014, el Ministerio de

Sanidad publicó los “Criterios de Atención en Cuidados Paliativos Pediátricos” y refería que aplicando esta estimación a la población española <20 años (9.290.273 personas) en un año, entre 929 y 1.486 niños mueren por enfermedades que limitan la vida (40% de cáncer y 60% de otras enfermedades); de 11.148 a 14.864 padecen una enfermedad limitante para la vida y entre 5.574 y 7.432 de ellos necesita que le den respuesta a las necesidades específicas de la edad pediátrica al final de la vida. Más recientemente, en 2017 se realizó un estudio (Connor et al., 2020) sobre la prevalencia de la necesidad de recibir atención paliativa en 23 países, mediante la obtención de datos según los diagnósticos del Listado Diagnóstico de Hain (2013), las causas de mortalidad infantil de la base de datos de la OMS y la prevalencia de infección por VIH. En sus resultados se expone que los países con mayor Índice Global de Desarrollo, la prevalencia de la necesidad de cuidados paliativos se encuentra entre 21 y 29,7 por cada 10.000 menores de 19 años y en los de menor desarrollo podría ascender hasta 120 de cada 10.000 menores de 19 años. No obstante, y a pesar de las cifras, en este estudio se excluyeron a pacientes con Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, Epilepsia, Parálisis Cerebral Infantil, Enfermedad Pulmonar Crónica, secuelas de grandes quemados ni tampoco se tuvo en cuenta la comorbilidad prenatal. Por lo tanto, sigue existiendo una carencia de conocimiento sobre los criterios específicos que definen a los pacientes que deben recibir atención paliativa y sobre las características del momento en el que debe realizarse su derivación.

Las demandas de atención psicológica profesional en Psicooncología y Psicología Paliativa se organizan en un modelo de cuatro niveles (NICE, 2004; Jungert et al., 2010; Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010):

1. **Nivel I.** Screening del distrés o malestar emocional de pacientes con cáncer. Estrategias de intervención: Información y comunicación empática; apoyo emocional; evaluación continua de necesidades. El 20% de todas las personas afectadas por cáncer solo necesitan este nivel. Los profesionales sanitarios atenderán este nivel para prevenir la aparición de problemática emocional y hacer que la experiencia del paciente y sus familiares sea satisfactoria. Los y las profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa serían responsables de establecer las medidas de evaluación más adecuadas para dicho screening y determinar los sistemas de valoración de necesidades y triaje a servicios especializados de atención.
2. **Nivel II.** Información adicional, educación sanitaria, solución de problemas y consejo sobre temas concretos. El 30% de pacientes requeriría atención hasta este nivel. El staff sanitario en su conjunto podría actuar en este nivel de intervención si cuentan con una formación impartida por especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa.
3. **Nivel III.** Intervención especializada con las personas afectadas de cáncer dirigida a la regulación emocional, gestión y afrontamiento del estrés y manejo de síntomas derivados de la enfermedad y los tratamientos asociados. El 35-40% de pacientes con cáncer requiere atención psicológica especializada en este nivel. Es necesario personal especializado en Psicooncología y Psicología Paliativa para aplicar counselling, psicoeducación, terapias cognitivo-conductuales, de tercera generación y otras

psicoterapias validadas.

4. **Nivel IV.** Cuidados complejos, para pacientes con altos niveles de malestar emocional, elevada vulnerabilidad o síntomas múltiples de difícil control. El 10-15% de pacientes precisan de este nivel. Requieren también de especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa con la posible colaboración de otros/as facultativos/as.

Ante la creciente necesidad y demanda de atención psicológica de las personas afectadas de cáncer (tanto pacientes como familiares) se han puesto en marcha distintas iniciativas de ONG y Fundaciones relacionadas con el cáncer y de defensa de los derechos de pacientes con afectación por dicha patología. Así, la AECC desde los años 90, puso en marcha los primeros programas de atención psicológica dirigidos a las personas con cáncer y sus familiares. Actualmente esta entidad dispone de más de 292 psicólogos/os con formación especializada en cáncer y experiencia en Psicooncología y Psicología Paliativa, que realizan una prestación de atención psicológica anual a más de 14.700 personas afectadas por cáncer de cualquier edad cada año (Observatorio del Cáncer AECC, 2019). Estos/as profesionales desarrollan su labor tanto en la propia entidad como en hospitales a través de acuerdos y convenios de colaboración y en el domicilio del paciente. Asimismo, la Obra Social “La Caixa” puso en marcha en 2008 el “*Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas*”, que ha atendido a más de 150.000 pacientes y 200.000 familiares mediante 146 psicólogas/os especializadas/os en este ámbito, desempeñando su actividad integrados en Equipos/Unidades/Servicios del Sistema Público Salud de todas las Comunidades Autónomas y concertados con éste (actualmente, 128 hospitales y 133 equipos de atención domiciliaria de toda España disponen de dichos/as profesionales), tanto en el ámbito adulto como en el pediátrico. Asimismo, el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) aúna 103 organizaciones que incluyen la atención psicológica como un objetivo principal en sus programas de atención. La Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (FEFOC) y la Fundación de Leucemia y Linfoma, son entidades que han hecho importantes contribuciones asistenciales.

En el caso del cáncer pediátrico, la atención psicológica se considera de fundamental importancia para la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, que agrupa a 16 asociaciones autonómicas, así como en la Fundación Aladina y Fundación Caico. Todas estas asociaciones y entidades complementan la necesidad y demanda social de atención psicooncológica de los niños y niñas afectadas por cáncer, que el sistema sanitario actual no cubre y que constituye una especialidad claramente reconocida a nivel social y sanitario, pero no a nivel formativo o de especialidad reconocida. Aunque la atención psicológica se reconoce cada vez más como un elemento esencial de la atención pediátrica en oncología y parece ser accesible para niños/as, adolescentes y sus familias, la realidad es que los modelos de evaluación y prestación de estos servicios de ayuda varían ampliamente entre los centros, al igual que la disponibilidad de especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa (Steele et al., 2015; Wiener et al., 2020).

Actualmente, existe práctica especializada por parte de profesionales de la Psicooncología y la Psicología Paliativa en todas las CCAA del territorio español, incluyendo a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Asimismo, dicha implantación y su necesidad queda corroborada en cada una de éstas en diversos documentos propios de sus respectivos servicios de salud, legislación autonómica propia o documentación del Ministerio de Sanidad.

Aragón

El documento sobre Estrategias y Proyectos de Atención Oncológica en Aragón (2017) elaborado por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón recoge, en el apartado de Diseño e Implantación de Gestión de Procesos, el subproceso de Apoyo Psicológico (pág. 30) que luego detalla en el Anexo correspondiente al Proceso de cáncer de mama: Criterios de implantación. Refiere distintos subprocesos, uno de los cuales se centra en el “Apoyo psicológico”. En este apartado (pág. 54) refiere que “Todo paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al “apoyo psicológico” en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso”, extendiendo dicho apoyo a los familiares directos o cuidadores del paciente que lo solicite. Detalla asimismo en el subproceso correspondiente a la Reconstrucción mamaria que “la reconstrucción, como toda la cirugía del cáncer de mama, debe tener un enfoque multidisciplinar que englobe las especialidades de cirugía general, ginecología, cirugía plástica, radiología, oncología radioterápica, oncología médica y psicología” (pág. 66). Detalla en la pág. 77 la valoración psicológica a las pacientes pre y postquirúrgica.

El Proceso de cáncer colorrectal: Criterios de implantación también refiere el mismo punto que asegure el acceso inmediato al Apoyo psicológico en su pág. 88.

El Programa de Cuidados Paliativos de Aragón (2009) destaca como aspecto para la mejora de la atención de los Equipos de Soporte Domiciliario (ESAD) la “Posibilidad de apoyo psicológico especializado para el paciente y su familia, así como para los propios profesionales sanitarios” (pág. 23); además de señalar la figura del psicólogo como profesional de apoyo necesario en las Unidades de Cuidados Paliativos -UCP- (pág. 26) y en los Hospitales de convalecencia (pág. 28).

Adjunta se recoge la respuesta escrita a la pregunta nº 368/10 relativa a los recursos del Servicio Aragonés de Salud en psicooncología publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Aragón en 2010 (pág. 14043) que pone de manifiesto la presencia prácticamente exclusiva de psicooncólogos en el sistema público de salud a través de la prestación realizada por dichos profesionales pertenecientes a distintas asociaciones de cáncer.

Andalucía

La Estrategia de Cáncer en Andalucía (2021) elaborada por la Consejería de Salud y Consumo recoge en la *Línea Estratégica 4* referida a la *Humanización de la atención sanitaria al paciente oncológico/cuidados paliativos* la necesidad detectada de “ofrecer apoyo psicosocial al paciente oncológico y a su familia” (pág. 17). Asimismo, señala en el Objetivo 25, la Acción 3 bajo la denominación “Cubrir las necesidades de atención psicológica especializada en cáncer” (pág. 20).

En la *Línea Estratégica 3 Asistencial infantil y adolescente* refiere la necesidad de “Ofrecer apoyo psicológico a pacientes y familiares” señalando el *Objetivo 19: Fomentar programas de seguimiento a largo plazo de pacientes supervivientes de un cáncer infantil, así como la transición a adultos estableciendo un protocolo consensuado con Atención Primaria* la cobertura de la Acción dirigida a “Ofrecer atención psicosocial” (pág. 16).

La prestación de esta atención se realiza a través de convenios de colaboración con asociaciones como la Fundación Malagueña de Asistencia a Enfermos de Cáncer en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga, la Asociación Española Contra el Cáncer en el Hospital Regional de Málaga o en el Hospital Universitario de Puerto Real en Cádiz o en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada o el Hospital Reina Sofía de Córdoba, entre otros.

El BOJA, en su número 4 - viernes, 8 de enero de 2021-, en referencia a la elaboración del nuevo Plan de CP (2020-2022), señala en la página 30, en la Línea 7 -DEFINICIÓN Y ORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA SOCIAL-, Actuaciones: (EAPS=Equipos de Atención Psicológica y Social, formados por psicólogos especializados en CP de la Fundación La Caixa, con convenio Marco con la Consejería):

- a. *Definir la cobertura y dimensión de los EAPS necesarios en el SSPA.*
- b. *Definir su integración orgánica y/o funcional en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, para tener previsto la desaparición de las colaboraciones de las fundaciones.*
- c. *Acordar con La Fundación La Caixa un nuevo marco de relación con mayor presencia en Andalucía (Aumentar la cobertura y dimensión de los EAPS presentes en Andalucía) para que sigan colaborando total o parcialmente en la cobertura y dimensión de los equipos previstos en el plan.*
- d. *Dotar de apoyo psicológico específico para las unidades de cuidados paliativos pediátricos.*

Todo ello, reconociendo la presencia actual de dichos/as profesionales (psicólogos/as de los EAPS) en equipos de todas las provincias a excepción de Jaén y Huelva, donde señalaba la necesidad de su presencia y que, a fecha de hoy, ya cuentan con profesionales de la Psicooncología y la Psicología Paliativa por el mismo programa.

Por otro lado, Plan Andaluz de Cuidados Paliativos organizó entre enero y marzo de 2021 un grupo de trabajo en el que se desarrolló una [Propuesta de Perfil Competencial de Psicología en Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos en Andalucía](#), con funciones y perfil competencial distinto al de los y las profesionales de la psicología que lo hacen desde los dispositivos de Salud Mental.

Estos/as profesionales de la Psicooncología y la Psicología Paliativa, participan activamente, asimismo, en la formación continuada de profesionales del Servicio Andaluz de Salud y colaboran en entidades públicas del SSPA ligadas al soporte y formación de éstos/as (por ejemplo, RedPAL).

Al mismo tiempo, existen profesionales dedicados en exclusividad a la psicología paliativa -tanto en ámbito de adultos como pediátricos- dependientes directamente del propio SAS.

Asturias

El Programa de atención al cáncer del Principado de Asturias (2010-2013) recoge entre sus logros del programa 2005-2007 “La incorporación de la atención psicológica a la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Mama del HUCA” (pág. 17). Asimismo, en el punto 3.10 titulado Atención Psicológica de dicho Plan refiere explícitamente “la terapia psicológica, tanto individual como grupal, está siendo ampliamente aceptada como forma de ayuda eficaz para los pacientes oncológicos y sus familias. La evidencia científica avala los efectos positivos de diferentes intervenciones

psicológicas sobre el estado emocional, la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, la mejora de las respuestas de afrontamiento, la calidad de vida y la supervivencia. La atención psicológica a los enfermos oncológicos se ha incorporado en Asturias desde el año 2005, aunque la cobertura de esta atención aún es insuficiente.”

En el Objetivo 18 señala explícitamente La Estrategia de Cuidados Paliativos de Asturias, (2009), señala en su página 31, en referencia a las Funciones de los Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos, “VI. Promover visitas conjuntas en el domicilio con los profesionales del propio equipo (médico, enfermera, psicólogo, trabajador social) y de Atención Primaria.” Indicando la pertenencia de las/os profesionales de la psicología como parte de éstos.

Al mismo tiempo, el documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (2010) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, indica la presencia de profesionales de la psicología en la mayoría de sus recursos específicos de CP.

Baleares

En las Islas Baleares, entidades como la AECC asumen prácticamente la totalidad de la oferta de servicios de atención psicológica a personas con cáncer y a sus familiares como por ejemplo en el Hospital de Manacor, Hospital de Formentera o en los centros de salud del área de Santa Margalida y Can Picafort.

El Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares (2019-2023):

- a. Menciona el acceso a psicólogos en los ESAD (figura como profesional recomendado, pero señala su acceso efectivo en la totalidad de estos dispositivos (pág. 34).
- b. Refiere al profesional de la psicología como parte de las UCPs -figura en todas como parte propia de dichos equipos- (pág. 36).
- c. También como parte del ECP Pediátricos (pág. 39).
- d. Figura como profesional de acceso en el único ESH existente -Hosp. Manacor- (pág. 41).
- e. Además, la figura del/de la profesional de la psicología en CP figura en todos los RR de CP de Baleares, ya sean propios o de EAPS (Equipos de Atención Psicológica y social de La Caixa, que cuentan con la figura de profesionales de la psicología paliativa, conveniados con el Sistema Balear de Salud), algunos con más de un/a profesional por ECP (pág. 79).

Canarias

En Canarias no existe ningún documento que defina la estrategia en cáncer. Entidades como la AECC asumen prácticamente la totalidad de la oferta de servicios de atención psicológica a personas con cáncer y a sus familiares a través de convenios de colaboración como por ejemplo el firmado con el Cabildo de Fuerteventura para la prestación de psicooncología a los pacientes de cáncer y familiares, o con el Hospital San Roque en Las Palmas. El Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 recoge que “existen unidades funcionales de interconsulta y enlace (UFIE) con consultas externas hospitalarias de psicooncología” (pág. 364).

En su Estrategia en Cuidados Paliativos de Canarias (2018-2021):

- a. Señala la presencia de profesionales de la psicología paliativa en recursos hospitalarios (dependientes de FUNCANIS, de Caixa-Cruz Roja, de AECC o del SCS) (pág. 29)
- b. En referencia al Recurso de CP Pediátrico de Gran Canaria habla de profesional de atención psicológica pediátrica en el equipo (pág. 31).
- c. Refiere la necesidad de contar con equipos interdisciplinares en CP pediátricos con psicólogos en las islas no capitalinas (pág. 33).
- d. En la ficha financiera contempla el gasto de contratar hasta 10 profesionales de la psicología para sus ECP en 2019, 2020 y 2021 (pág. 77).

Cantabria

En Cantabria no existe ningún documento que defina la estrategia en cáncer. Si se dispone de un Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 en el que se recogen las enfermedades oncológicas, pero no se menciona el apoyo psicosocial para las personas afectadas por la enfermedad. El Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 recoge un punto de Psicooncología en el que señala “A principios de 2012 se inició un programa de atención a pacientes recientemente diagnosticados de cáncer para valoración psicológica y seguimiento, en colaboración con el Servicio de Oncología y la Asociación Española contra el Cáncer, y financiado por la Fundación Botín de Cantabria”. Entre las propuestas de actuación de dicho Plan se considera en el Objetivo general 1 dirigido a consolidar la red de dispositivos de salud mental de Cantabria “se proponen líneas de actuación con Oncología (programa de psicooncología” sin especificar más detalle.

El documento Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas (2010), señala la presencia de profesionales de la psicología en los Equipos Especializados de Atención Paliativa (EDAP) y la Unidad de Cuidados Paliativos. Asimismo, existe convenio firmado con La Fundación La Caixa (Hospital Santa Clotilde) para dotar al Sistema Cántabro de Salud de dicha atención por psicólogas paliativistas con formación y dedicación completa a dicha área.

Castilla y León

La Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla León señala en el apartado referido a *Garantizar la homogeneidad, la calidad y los resultados en salud* la importancia de la “Elaboración de un protocolo que contemple la valoración precoz de los pacientes oncológicos por servicios terapéuticos de apoyo, como: Psicología, Rehabilitación y Endocrinología/Nutrición” (pág. 129). Asimismo, en el proyecto dirigido a *Asegurar la atención multidisciplinar y personalizada del paciente pediátrico con cáncer* contempla la “incorporación temprana del apoyo psicológico en el proceso de atención del paciente con cáncer: Elaboración de un protocolo que contemple al inicio del proceso asistencial, la valoración por un psicólogo, y su posterior tratamiento y seguimiento”. Este punto vuelve a señalarse en los cuidados paliativos pediátricos, así como en el proceso asistencial durante la radioterapia (Pág. 143).

Se han realizado convenios de colaboración entre asociaciones y hospitales de dicha comunidad como por ejemplo el firmado con el Hospital de Medina del Campo en Valladolid.

El Plan de Cuidados Paliativos Castilla y León 2017-2020:

- a. Refiere la existencia de 20 psicólogos específicos para RR avanzados de CP explicitando, además, que los ECPD (de profesionales de la medicina y la enfermería) deben contar con el apoyo de 1 psicólogo (pág. 26).
- b. Señala la atención de los EAPS de La Caixa y de profesionales de la psicología de la AECC como subvencionada por la Consejería.
- c. En el *“Objetivo 1. 6. Facilitar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares en cualquiera de los ámbitos de atención sanitaria según sus necesidades”* (pág. 39), indica que *“Ante situaciones de alta complejidad la intervención psicológica será especializada”*.
- d. De acuerdo con el Plan de Cuidados Paliativos, en el caso de los pediátricos y adolescentes precisan un equipo multidisciplinar pediátrico de referencia con formación específica. Ante situaciones de alta complejidad, la intervención psicológica será especializada.

Al mismo tiempo, el documento *“Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas”* (2010), señala la presencia de profesionales de la psicología en los Equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios y en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Paliativos desde 2009.

Castilla-La Mancha

El Plan Oncológico de Castilla La Mancha 2007-2010 recoge en su presentación *“Especial sensibilidad requieren nuestras actuaciones, por tanto, cuando esta enfermedad afecta a niños y niñas, que si bien es poco frecuente en nuestro medio, comporta especiales cuidados, por ello se propone facilitar el apoyo psicológico al paciente y a la familia...”*

En la Estrategia Regional de CP de Castilla-La Mancha 2016-2020, se indica:

- a. En referencia a la composición de los Servicios de CP, *“El equipo estará formado por médicos/as y personal de enfermería, psicólogos/as, trabajador/a social y contará con la colaboración de otros profesionales”* (pág. 46).
- b. Figura la necesidad de su atención como criterio de complejidad (pág. 57).
- c. Que los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), las Unidades Domiciliarias de Cuidados Paliativos (UDCP) y la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos (UHCP), están compuestos de forma multidisciplinar contando con la presencia de profesionales de la psicología (págs. 62,63 y 64).
- d. En lo referente a *“Actuaciones”* (pág. 91), *“A. Implementar Servicios de Cuidados Paliativos*

independientes en cada Área Sanitaria. Con equipos formados por profesionales de las diferentes categorías, (facultativos, enfermería, psicólogos/as trabajadores/as sociales etc.) y un Jefe de Servicio/Coordinador reconocido por Área Sanitaria, con correlato a nivel de Servicios Centrales del SESCAM o de la Consejería competente”.

- Señalando los Recursos necesarios, incluye la recomendación de un psicólogo por cada 25 camas de UCP hospitalaria, así como la presencia de un psicólogo a tiempo completo por cada dos ESADs (pág. 94).
- Habla específicamente de la figura del *Psicólogo de Cuidados Paliativos* (págs. 82 y 83).

Cataluña

Un aspecto desarrollado en Cataluña desde el inicio del primer Plan director de oncología ha sido el apoyo a la implantación de la atención psicooncológica, que ha sido promovida tanto con la disponibilidad de profesionales en centros de referencia como con el despliegue de un modelo de trabajo. En este sentido, el Pla director d'oncologia. Estratègies 2017-2019 desarrollado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya afirma que dispone de una red de profesionales de la psicooncología que es necesario continuar apoyando. Por este motivo se propone el objetivo 38 (pág. 24): “Desenvolupar una estratègia d'atenció psicooncològica adaptada segons la complexitat del pacient i implantar el cribratge del distrès psicològic, realitzat periòdicament pels professionals sanitaris, com a part de la seva activitat assistencial” (Desarrollar una estrategia de atención psicooncológica adaptada según la complejidad del paciente e implantar el cribado del distrés psicológico, realizado periódicamente por los profesionales sanitarios, como parte de su actividad asistencial).

Por otra parte, es destacable la integración de la psicooncología en dicha comunidad autónoma tal y como se recoge en el documento de Consenso sobre el estándar de atención psicooncológica, complejidad psicosocial y actividad asistencial en el Instituto Catalán de Oncología publicado en la revista Psicooncología (2021) y las distintas páginas del Institut Català d'Oncologia en los que incluyen su cartera de servicios.

En cada uno de los Planes Territoriales de Cuidados Paliativos se explicita la necesidad y presencia de profesionales de la psicología en dicho ámbito. Al mismo tiempo, según el documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (2010), ya en 2009 Cataluña es la Comunidad Autónoma con más recursos de atención psicológica especializada en Cuidados Paliativos, ya sea en centros de titularidad pública o privada concertados con el sistema -un centenar, según dicho documento, que, a su vez, no contempla el posterior a esa fecha crecimiento de dichos recursos mediante el “Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas” de la Fundación “La Caixa”, con gran implantación en la totalidad de dicho territorio.

Comunidad Valenciana

La Estrategia contra el cáncer de la Comunitat Valenciana 2019-2022 recoge la necesidad de “disponer de procedimientos para la atención a las personas con historia de cáncer con una visión de atención integral abarcando

todos los ámbitos de la salud: la atención sanitaria, psicológica y la prevención y atención a las secuelas, así como la atención multidisciplinar y la implicación de todos los dispositivos asistenciales centrados en las personas...”

Son las asociaciones del tercer sector las que están cubriendo las necesidades de atención psicológica tanto en población de pacientes adultos, como en el caso de cáncer infantil y los familiares de las personas afectadas por cáncer. En este sentido, se observan deficiencias claras de la cobertura ofrecida desde el sector público, aunque se dispone de actuaciones concretas como las ofrecidas en el Instituto Valenciano de Oncología. Como ejemplo de convenios y actuaciones en psicooncología con los hospitales del SNS destacan el firmado con el Hospital Universitario de la Plana en Castellón y el Hospital General de Alicante además del convenio con la Asociación Española Contra el Cáncer para la prestación de esta actuación en los hospitales de la comunidad y que lleva vigente desde 2006.

La atención psicooncológica no es provista por personal propio de los hospitales salvo en casos excepcionales como son las unidades de consejo genético se incluye la atención psicológica, siendo obligatoria la figura del psicólogo especializado. También se deriva de salud mental los casos de mayor complejidad.

El Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunidad Valenciana 2010-2013 señala:

- a. “El ES (Equipo de Soporte) tendrá un médico coordinador/ referente del programa de CP y dependerá funcionalmente de la dirección médica. En su composición participarán al menos profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social” (pág. 67).
- b. “Garantizar que el equipo asistencial de CP del HACLE (Hospital de Atención a Crónicos de Larga Estancia) sea interdisciplinar y con formación intermedia/avanzada. En su composición participarán al menos profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social” (pág. 69).
- c. “Necesidades del estudio cualitativo con respecto a los planes y recursos de cuidados paliativos en la Comunitat Valenciana. Integrar a los psicólogos y trabajadores sociales dentro de las unidades de cuidados paliativos, fomentando así la creación de equipos multidisciplinarios en todos los departamentos” (pág. 107).
- d. Posibilitar el apoyo psicológico a los profesionales (pág. 109).

Cabe añadir que el documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (2010), recoge como la figura profesional de la psicología está contemplada en la estructura básica de los recursos humanos básicos de los equipos de CP y como existe presencia de éstos en las plantillas de dichos equipos.

Extremadura

El Plan integral contra el cáncer en Extremadura recoge el papel de las asociaciones en la prestación de servicios sanitarios como la atención psicológica a enfermos de cáncer y familiares con la finalidad de paliar los efectos que el cáncer produce sobre las personas que las padecen y sus familias (pág. 64).

Desde hace veinte años (2002), El Programa Marco de Cuidados Paliativos señala la idoneidad de equipos de Cuidados Paliativos Completos con profesionales de la Psicología. Actualmente, el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura (2020-2024), refiere convenios con la Asociación Española Contra el Cáncer (desde 2003) y la Asociación Oncológica de Extremadura (desde 2005) para atención psicooncológica paliativa por parte de estos profesionales de la psicología en todos los Equipos de Soporte de CP, existiendo dicha figura profesional en todas las áreas sanitarias de la Comunidad.

Galicia

El Plan oncológico de Galicia 2002-2005 recoge que la atención psicológica es una de las grandes áreas de mejora de la atención integral en oncología. Señala específicamente que “ningún paciente con un diagnóstico de cáncer deberá de afrontar un tratamiento oncológico sin el debido apoyo psicosocial. Esta prestación deberá hacerse extensiva a los familiares (cuidadores) del paciente, que soportan gran parte de la carga física y emocional que el proceso conlleva”.

Finalmente afirma que “todas las unidades de oncología deberán contar, al menos con un psicólogo de apoyo. Se coordinarán, además, otro tipo de acciones de apoyo y ayuda, prestadas por voluntarios y promovidas tradicionalmente por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) que solidariamente colabora con estos proyectos”.

El Plan Galego de Cuidados Paliativos (2007), elaborado por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, señala al/a la profesional de la psicología como componente de recursos de CP (pág. 32). Asimismo, indica como “*Perfil profesional idóneo específico de cada una de las categorías profesionales*” a la figura profesional de la psicología (pág. 33). Al no existir en dicho momento la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa que se demanda, refieren como requisito “Titulado superior especialista en psicología clínica”, pero se pone de evidencia la necesidad de una especialidad propia para dichos ámbitos, cuando se señala a continuación como necesario: “*o con experiencia previa en cuidados paliativos; intereses y conocimientos suficientes de los principios y aplicación de los cuidados paliativos; deberá acreditar flexibilidad en la aproximación metodológica en su disciplina; currículo profesional acreditado en cuidados paliativos*”.

Comunidad de Madrid

El Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid (2007) recoge dentro de las acciones de Cáncer Familiar como objetivo específico “suministrar apoyo psicológico a los pacientes y sus familiares”. Asimismo, dentro del objetivo de Rehabilitación y Cuidados Paliativos: Atención integral y calidad de vida incluye acciones como “Mejorar la atención psicológica y emocional del paciente y su familia en las distintas etapas del proceso oncológico”. Por otra parte, el Programa Integral de Detección y Asesoramiento de Cáncer Familiar en la Comunidad de Madrid dentro de la Unidad Hospitalaria de referencia se señala que se debe contar con la “posibilidad de disponer directamente de evaluación y atención psicológica por personal con formación en el ámbito”.

En su Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020:

-
- a. Se indica específicamente el convenio con La Caixa en 2009 para *“impulsar la atención psicológica con psicólogos integrados en los ECP”* (pág. 13).
 - b. Cita textualmente *“En situaciones complejas la identificación de esos elementos, su adecuado abordaje, el respeto a los valores y preferencias del paciente y la familia, conlleva que la atención sea realizada por equipos multiprofesionales, es decir, que estén formados por los profesionales necesarios para realizar valoraciones complementarias desde las diferentes disciplinas, médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales así como otros profesionales [...] cuya intervención coordinada, mejore la calidad de vida del paciente y sus seres queridos”* (pág. 17).
 - c. Señala la existencia de más de una veintena de profesionales de la psicología formando parte de los equipos de CP (pág. 41).
 - d. Indica la presencia de profesionales de la psicología en toda la tipología de recursos existentes de CP de la Comunidad: Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica -UAIPP- (pág. 43), Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria -ESAPD- (pág. 44), Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios -UCPD AECC- (pág. 45), Equipos de Soporte Hospitalario -ESHP- (pág. 45), Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos -UCPA- (pág. 46) y Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia -UCPME- (pág. 47).
 - e. Como Línea Estratégica, indica que los Equipos Interdisciplinarios Específicos de CP, *“deben estar constituidos, al menos, por profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, para garantizar el correcto abordaje de las situaciones paliativas complejas, con especial atención a las situaciones de final de vida”* (pág. 77).
 - f. Asimismo, en sus objetivos, el citado plan refiere la *“Dotación progresiva de psicólogos en los equipos específicos de cuidados paliativos de los distintos niveles asistenciales”* (pág. 107).
 - g. Indica además el acceso de dicho perfil a los sistemas de información en los que se registra la actividad asistencial en CP, refiriendo al respecto *“Psicólogos y Trabajadores Sociales de los Equipos Específicos de Cuidados Paliativos”* (pág. 115).

La Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica, ubicada en el Hospital del Niño Jesús cuenta con cinco equipos de atención paliativa interdisciplinar, formados por médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, técnico auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo, todos ellos a tiempo completo.

Región de Murcia

En la Región de Murcia no existe ningún documento que defina la estrategia en cáncer. Si se dispone de un Plan de Salud prescrito. Hay mención de atención psicológica en cáncer, a través de equipos multidisciplinares y asistencia a pacientes y familiares en cuidados paliativos. La cobertura de la atención de psicooncología en la Región de Murcia se apoya principalmente en la Asociación Española Contra el Cáncer para la prestación de dicha actividad mediante

convenios de colaboración como por ejemplo el firmado con el Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, el hospital general Universitario Santa Lucía de Cartagena o el área de Salud VI, Vega Media del Segura.

El Plan integral de cuidados paliativos en el servicio murciano de salud (2009) recoge en el área de cáncer el objetivo 7 dirigido a “mejorar los cuidados paliativos y el apoyo psicológico del paciente y la familia”. Incluye asimismo al psicólogo en todos los programas formativos realizados en cuidados paliativos dentro del equipo de profesionales del servicio murciano de salud.

Existe cobertura de atención psicológica paliativa mediante convenio entre el Servicio Murciano de Salud y el Programa de Atención Integral a personas con enfermedades avanzadas de la Fundación “La Caixa”, que presta su atención en el sistema público desde el año 2009. Asimismo, también existe cobertura de atención psicológica paliativa mediante convenio entre el Servicio murciano de Salud y la Asociación Española Contra el Cáncer para la prestación de esta actividad.

Comunidad Foral de Navarra

La Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra recoge dentro de su línea de la calidad del trato, las acción general dirigida a minimizar el sufrimiento bajo el título soporte emocional y/o espiritual dirigida a “Ofrece atención psicológica en procesos con alto impacto emocional”.

El Plan de salud 2014-2020 recoge que los pacientes con cáncer de la comunidad de Navarra reciben apoyo psicológico mediante la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer que presta este servicio dentro de los hospitales mediante acuerdo de colaboración subvencionado por dicha comunidad autónoma. Asimismo, señala la importancia de “reforzar dichos servicios de apoyo psicológico tanto al paciente como al cuidador, que permitan que ambos adquieran habilidades y estrategias para afrontar y saber responder de una forma adecuada y favorable posible a sus problemas”.

El documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (2010), recoge como existe coordinación para atención psicooncológica a dichos pacientes. Al mismo tiempo, desde el año 2008 el Hospital San Juan de Dios, mediante el citado anteriormente Programa de la Fundación “La Caixa”, presta cobertura para la atención psicológica paliativa por psicólogas/os especializados, a lo largo de todo su territorio, mediante la existencia de un convenio marco firmado por dichas entidades y el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

Comunidad Autónoma del País Vasco

El Plan oncológico de Euskadi 2018-2023 incluye en su objetivo 2 la importancia de que los profesionales que están implicados en su atención “valoren las necesidades psicoemocionales de las personas con cáncer y les ayudan a afrontarlo de la manera más adaptativa posible y con la mayor calidad de vida”.

El Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la *Declaración de Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi*, en su artículo 11, destaca como derecho de su ciudadanía “la atención integral, incluida la atención psicológica, con una adecuada planificación de cuidados y de respeto a las voluntades anticipadas

así como a una oferta de servicios de Cuidados Paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial para mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir”.

El Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020, refiere a los Equipos de Atención Psicosocial (de los que forman parte profesionales de la psicología paliativa) del referido programa de La Caixa como unidad de apoyo para todas las OSIs -Organización Sanitaria Integrada del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza- (pág. 16). Dicho Plan, en su Anexo, I señala:

La existencia de convenio entre dichos EAPS y la AECC para dar cobertura de atención psicológica paliativa en todo el territorio (pág. 43).

Los EAPS figuran como recursos dentro del Mapa de Recursos asistenciales en CP de dicha comunidad (pág. 65).

De igual modo, el documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (Instituto de Información Sanitaria, 2011), recoge a las/os profesionales de la psicología paliativa como parte de los Equipos Coordinadores de CP.

La Rioja

La psicooncología en La Rioja se presta en los principales hospitales de la comunidad autónoma a través de convenio de colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer.

El Plan Cuidados Paliativos La Rioja (2018), indica que *“Los pacientes que reúnan criterios de complejidad serán atendidos por la UCP, bien en forma de consulta externa, atención domiciliaria, u hospitalización convencional. Tendrán soporte psicológico y de atención social-con medios específicos-, tanto a la familia como al paciente”*. También, en referencia a estos recursos de atención psicológica, señala que *“Son específicos, es decir, no compartidos con otros estamentos del Sistema de Salud, el apoyo psicológico y social, que se ve reforzado con el Equipo de Atención Psicosocial convenido con la Fundación Bancaria La Caixa. Ambos, apoyan la atención posterior al duelo de los familiares afectados”* (pág. 10).

La Rioja dispone de cobertura de atención psicológica paliativa desde hace décadas, primero mediante convenios firmados con AECC, para posteriormente disponer de sus propios recursos profesionales de psicología paliativa integrados plenamente en sus equipos de CP, ya como dependientes directamente de su sistema de salud, y, desde 2008, disponer del apoyo de un EAPS también integrado en dichos ECP. Actualmente se trata de una de las Comunidades Autónomas con mayores ratios de profesionales de la psicología paliativa por habitante de España.

Ceuta y Melilla (INGESA)

El documento “Atención a los cuidados paliativos. Organización en las comunidades autónomas” (Instituto de Información Sanitaria, 2011) señala a las/os profesionales de la psicología como parte de la composición básica de los ECP de ambas ciudades autónomas. De hecho, forman parte de estos equipos, con dependencia directa del INGESA profesionales de la psicología paliativa.

Además, desde 2001, en la Ciudad Autónoma de Ceuta, se cuenta con el apoyo adicional de profesionales de la psicología paliativa en sus recursos públicos de Cuidados Paliativos a través de la Asociación Española Contra el Cáncer. A partir de 2015, se formaliza esta actuación entre la Asociación Española Contra el Cáncer y el Programa de la Fundación La Caixa para la prestación de atención psicológica en fase paliativa en la ciudad autónoma de Ceuta, tras asumir el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) los servicios de médico y enfermería.

En la Ciudad de Melilla se cuenta con la presencia de psicólogo en la unidad de cuidados paliativos desde 2001 en virtud del convenio de colaboración entre el INGESA, la ciudad de Melilla y la Asociación Española Contra el Cáncer, renovándose nuevamente en 2005. Desde 2011 el INGESA asume la atención sanitaria de cuidados paliativos en Melilla, con apoyo adicional de psicología paliativa desde 2022 a través del programa de la Fundación La Caixa.

4.5. Impacto de la enfermedad: Organismos e instituciones que demandan la Psicooncología y Psicología Paliativa como especialidad.

Ámbito internacional.

La Organización Mundial de la Salud (2006) señaló la necesidad de abordar las “implicaciones físicas, psicológicas y sociales y espirituales a lo largo del continuo de atención al cáncer”, tanto en las personas con riesgo de padecer cáncer como en aquellas ya diagnosticadas. Recogiendo esta necesidad, la International Psycho-Oncology Society (IPOS) formuló una declaración que afirma que la atención psicológica y social en pacientes con cáncer debe reconocerse como un derecho humano universal, debe integrarse en la atención sanitaria habitual y debe medirse el malestar emocional (distrés) como el sexto signo vital después de la temperatura, la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y el dolor (Bultz y Carlson, 2005; Travado et al., 2017).

Esta declaración ha sido avalada por la Federación de Sociedades de Psicooncología y ha sido suscrita por organizaciones internacionales como la “Union for International Cancer Control”, la “Alliance Mondiale Contre le Cancer” y más de 50 organizaciones internacionales y nacionales de referencia en apoyo a las personas con cáncer.

En esta misma línea, el *Institute of Medicine* (IOM) de EE. UU afirmó que atender las necesidades psicológicas y sociales debería ser una parte integral de la atención de calidad al cáncer ya que [...] “no es posible brindar atención de cáncer de buena calidad sin abordar las necesidades de salud psicológica y social de pacientes” (Adler y Page, 2008).

En Europa, el *Consejo de la Unión Europea* (UE) (2008) ha reconocido que, para lograr resultados óptimos en oncología, se debe implementar un enfoque interdisciplinar integral centrado en la/el paciente y una atención psicológica y social óptima durante el tratamiento, rehabilitación y seguimiento posterior para todas las personas y, cuando el cáncer no es tratable, cuidados paliativos. La *Resolución del Parlamento Europeo*, de 10 de abril de 2008, sobre la lucha contra el cáncer en la UE instó a los Estados miembros y a la Comisión Europea a desarrollar y consolidar iniciativas destinadas a apoyar a las personas afectadas directa o indirectamente por el cáncer, en particular mediante el establecimiento y el desarrollo de programas de atención y apoyo psicológico para supervivientes del cáncer en toda la UE. Así, la UE a través del *Cancer Control Joint Action* desarrolló una guía de 36 recomendaciones para mejorar la calidad

del tratamiento del cáncer, de las cuales 11 están relacionadas directamente con la atención psicológica dirigida a las personas afectadas por cáncer (CanCon Policy Papers, 2017). Se destacan las siguientes recomendaciones:

Se debe realizar una evaluación periódica del estrés y de las necesidades psicológicas, y esta evaluación debe ir seguida de la provisión adecuada de atención psicológica (Rec. 7).

Para el diagnóstico de las afecciones psicológicas, un/a profesional de atención psicológica debe llevar a cabo una evaluación específica: (a) utilizando herramientas validadas y simples y de acuerdo con las guías de práctica clínica para la evaluación y el tratamiento del estrés y de la morbilidad psicológica; y (b) anticipar las necesidades específicas de las poblaciones de alto riesgo, incluidas las poblaciones jóvenes (por ejemplo, niños/as, adolescentes, adultos/as jóvenes) y familiares (Rec. 8).

Se recomienda un modelo escalonado de atención psicológica dependiendo del nivel de estrés, condición psicológica y morbilidad de cada paciente con intervenciones que van desde: (a) información sanitaria por parte del equipo primario de oncología hasta el apoyo de pares; (b) plataformas de salud electrónica para apoyo psicológico y social y programas de autocuidado; (c) Intervenciones psicológicas de profesionales capacitados en Psicooncología (Rec. 9).

Las intervenciones psicológicas en formato individual o grupal deben ser realizadas por profesionales con debida capacitación y experiencia específica en Psicooncología (Rec. 10).

Los síntomas somáticos y psicológicos, así como los desafíos sociales, deben abordarse en todas las fases de la trayectoria de la enfermedad del cáncer de manera temprana, sistemática y regular. El tratamiento debe realizarse de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible (Rec. 17).

La educación formal en cuidados paliativos debe ser un componente obligatorio del plan de estudios profesional para especialistas en oncología médica, atención primaria y comunitaria: (a) la formación básica debe ser obligatoria en las escuelas de medicina y enfermería; y (b) las habilidades y servicios especializados de cuidados paliativos deben ser accesibles para pacientes con enfermedad incurable avanzada y parte de los comités de tumores multidisciplinares (Rec.19).

La mejor calidad de vida alcanzable para el/la paciente a nivel individual y sus familiares debe ser parte de un plan de atención en la supervivencia para pacientes con efectos secundarios tardíos por cáncer y tratamientos antineoplásicos (Rec. 18).

La atención psicológica, la rehabilitación y los cuidados paliativos deben integrarse en todo el proceso de atención del cáncer, incluido el período de supervivencia y rehabilitación. Las/os especialistas en atención psicológica, de rehabilitación y de cuidados paliativos deben ser miembros (o estar asociados con) el equipo médico en los hospitales y en la atención comunitaria (Rec. 20).

Debería potenciarse el empoderamiento de pacientes y familiares para aumentar su participación en los programas de autocuidado, rehabilitación y vuelta al trabajo. Los programas online (no presenciales) facilitan este proceso (Rec. 25).

Deberían elaborarse y evaluarse programas de educación y autocuidado: a) debería estar disponible un mejor acceso a estos programas para las poblaciones marginadas y desfavorecidas (bajos ingresos/baja educación); (b) la evaluación de las necesidades de las y los pacientes debería ser parte sistemática del desarrollo de un programa educativo; y (c) la evaluación de estos programas debe evaluar el impacto en los niveles de políticas personales, organizacionales y de atención médica, incluida la rentabilidad y el impacto en la calidad de la atención médica (Rec. 26).

La rehabilitación y la atención de apoyo deben ofrecerse específicamente a niños/as, adolescentes y adultos/as jóvenes como supervivientes de cáncer, en particular la actividad física adaptada. Se debe proporcionar a esta población una evaluación y seguimiento psicológica anual con atención a los problemas y secuelas sociales, psicológicas y de comportamiento, progreso educativo y/o vocacional (Rec. 30).

Ámbito nacional

Las recomendaciones internacionales se han visto reconocidas en España, dónde (como mencionamos con anterioridad) la atención psicológica se contempla como principal objetivo en el capítulo sobre Calidad de Vida en la *Estrategia en Cáncer del SNS* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), en el que se afirma que un modelo de calidad de atención en cáncer debe proporcionar atención psicológica tanto a los pacientes como a los familiares que lo precisen. Asimismo, la *Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS* (2011), hace explícito que en el final de vida es necesaria una adecuada atención psicológica tanto del paciente como de familia.

El abordaje de las necesidades psicológicas identificadas en las citadas estrategias tanto en las personas con cáncer, como en sus familiares se concreta en tres documentos de estándares y recomendaciones (*Unidades asistenciales del área del cáncer, Unidad de Cuidados Paliativos y Unidades asistenciales del cáncer en la infancia y adolescencia*) refrendados por el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*), según las cuales la atención psicológica al cáncer en España debe responder a los siguientes estándares:

1. Las Unidades Asistenciales del área del Cáncer deben proporcionar a pacientes y cuidador/a/as/es información escrita sobre los servicios que ofrecen de carácter psicológico y espiritual/existencial y social. En relación con la figura del equipo multidisciplinar, 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.
2. Las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) deben poder garantizar la provisión de una atención especializada integral. Esto implica la oferta de atención psicológica en su cartera de servicios. En caso de que la UCP no disponga de recursos para realizar una cobertura adecuada de esta necesidad, debe

establecer acuerdos formales que permitan a los pacientes el acceso a las organizaciones que provean de estos servicios. Las funciones principales asociadas al profesional de la psicología que ejerce en este ámbito son el soporte emocional a pacientes y sus familias, la participación en el acompañamiento espiritual y la atención al duelo.

3. Las Unidades Asistenciales del Cáncer en la Infancia y Adolescencia citan la necesidad de ofrecer apoyo psicológico, social y educativo a pacientes con cáncer, niños/as, adolescentes o jóvenes con la enfermedad, y sus familias desde el momento del diagnóstico y durante la fase de tratamiento. Para ello, es necesaria una valoración sistemática de la presencia de signos de distrés en pacientes y familiares. En el marco de la atención multidisciplinar especializada, es imprescindible la incorporación de profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa.
4. La figura del psicólogo/a como miembro del equipo interdisciplinar necesario para atender a niñas/os, adolescentes y jóvenes con cáncer es algo que se ha venido reivindicando tradicionalmente, siendo las asociaciones de padres y madres de niños/as afectados/as las primeras en pedir a las administraciones que en los hospitales donde se trata a los/las menores se proporcione apoyo psicológico. Las necesidades de esta población no son las mismas que las de la población adulta, pues los tumores que se diagnostican en la infancia no suelen ser los mismos que los que se producen en la vida adulta, ni tampoco su tratamiento médico. Además, es importante recordar que los afectados por cáncer de este grupo están en desarrollo y, por su temprana edad, están todavía muy íntimamente ligados a sus madres y padres, a su familia. También se señala como necesaria la inclusión de la atención psicológica en cuidados paliativos pediátricos con formación específica avanzada, tal y como apuntan los criterios de atención paliativa pediátrica (Benini et al., 2022b; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría, 2022; Ministerio de Sanidad, 2014).
5. La Estrategia en Cáncer del SNS, la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS y los documentos de estándares y recomendaciones evidencian entre sus puntos claves la importancia y necesidad de la atención multidisciplinar (tanto en servicios asistenciales, como diagnósticos y terapéuticos) como paradigma principal del modelo asistencial de calidad en la atención oncológica, destacando la figura del/la psicooncólogo/a como el/la profesional especialista encargado de realizar la atención psicológica a personas enfermas de cáncer y familiares, tanto en contexto pediátrico como de adultos así como al conjunto de profesionales con implicación en la atención de paciente y familia.

5. Aportaciones y conocimientos científicos de la Psicooncología y Psicología Paliativa

En las últimas décadas, ha aumentado el interés por las necesidades psicológicas de las personas afectadas por cáncer, por la detección temprana y la prevención del distrés y problemática emocional asociada, la evaluación y la

intervención psicológica especializada en la problemática que presentan, por la investigación de todos los aspectos psicológicos relativos al cáncer desde la prevención primaria a la terciaria y la fase de supervivencia, así como por la formación de profesionales de la psicología en esta área.

Estos hechos propiciaron la creación de la especialidad de la **Psicooncología y Psicología Paliativa** a nivel internacional finales de los años 70. En España, sus inicios se sitúan desde mediados de los ochenta y desde entonces se ha desarrollado un amplio campo de investigación científica aplicada, programas universitarios de formación y publicaciones especializadas en Psicooncología.

La **Psicooncología y Psicología Paliativa** se ha establecido firmemente como disciplina en los planes estratégicos del cáncer en todos los países desarrollados y en todos ellos se han constituido Sociedades especializadas en el campo de Psicooncología y Psicología Paliativa. Actualmente en el mundo se han cuantificado más de 25 sociedades científicas dedicadas de forma exclusiva al área de la Psicooncología, destacando especialmente, la *International Psycho-Oncology Society* (IPOS) y, en España, la *Sociedad Española de Psicooncología* (SEPO).

Asimismo, y dado que la **Psicooncología y Psicología Paliativa** tiene su campo de conocimiento en la atención a las necesidades psicológicas de las personas afectadas por cáncer en los diversos entornos sanitarios y junto al resto de colectivos profesionales especializados en el tratamiento de las necesidades de las personas con cáncer, existen grupos de trabajo o áreas de **Psicooncología y Psicología Paliativa** dentro de las principales sociedades científicas o profesionales. La *Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica* (SIOP) fundada en la década de los años 60 con el objetivo principal de aumentar el conocimiento y mejorar la salud de los niños y niñas afectados/as por cáncer, puso en marcha en 1991 el Comité de trabajo sobre Aspectos Psicosociales reconociendo la importancia de la problemática psicológica y social en los cuidados y curación de los niños/as afectados por cáncer.

En nuestro país, se han constituido grupos de trabajo relativos a la **Psicooncología y Psicología Paliativa** en las principales sociedades relacionadas con el abordaje del cáncer y los cuidados paliativos tales como la *Sociedad Española de Oncología Médica* (SEOM), *Sociedad Española de Oncología Radioterápica* (SEOR), *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL), *Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas* (SEHOP), *Sociedad Española de Enfermería Oncológica* (SEEO), *Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos* (PedPal), etc.

Desde hace décadas también se vienen editando numerosas revistas científicas especializadas en el área de Psicooncología y Psicología Paliativa, destacando a nivel internacional publicaciones como *Psycho-Oncology*, *Journal of Psychosocial Oncology*, *Psycho-Oncology Journal*, *Journal of Psychosocial Oncology*, *Psycho-oncologie* y, en España, la revista científica *Psicooncología*. Asimismo, existen numerosas publicaciones inter/multidisciplinares en el área de los cuidados paliativos con especial referencia a la Psicooncología, como *Journal of Palliative Care*, *Journal of Palliative and Supportive Care*, *BMC Palliative Care*, *Journal of Pain and Symptom Management*, y en España, *Medicina Paliativa*.

Junto a ello, los principales desarrollos científicos y aplicados de la Psicooncología que avalan la especialidad de la Psicooncología y Psicología Paliativa son los siguientes.

1. **Factores biopsicológicos y sociales de la salud y la enfermedad:** la Psiconeuroinmunología y el estrés. En

las últimas décadas se ha logrado una mejor comprensión de cómo los factores psicológicos (personalidad, emociones y estilos de afrontamiento), sociales y hábitos de salud (alimentación, ejercicio físico, sueño y tabaquismo) interactúan con las variables genéticas y fisiológicas y afectan a la etiología y el curso del cáncer, a las reacciones, a los tratamientos y a la supervivencia (García-García et al., 2019). La investigación en psiconeuroinmunología ha aportado información respecto a cómo interactúan el sistema inmune, el neuroendocrino y los aspectos psicológicos así cómo ha determinado su influencia en el envejecimiento, la reparación de los tejidos, la susceptibilidad a las infecciones y al cáncer (Kiecot-Glasser et al., 2002). Por otra parte, se ha progresado en cómo afectan el estrés y las emociones a la expresión de los oncogenes, la longitud de los telómeros y la actividad de la telomerasa en la salud de las personas con cáncer (Law et al., 2016).

- 2. Promoción y Educación para la Salud.** Se ha extendido y mejorado la aplicación de los modelos de promoción de la salud en personas sanas, en pacientes de cáncer y en supervivientes. En concreto, alcanzan especial relevancia los modelos de Creencias de Salud (Becker, 1974), Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), Estadios de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1992) y Proceso Paralelo extendido (Witte, 1992). Asimismo, se ha desarrollado la evaluación de hábitos de salud y estilos de vida, las estrategias motivacionales para llevarlos a cabo, programas que facilitan la adherencia terapéutica y otras intervenciones que permiten optimizar su aplicación (Costa y López, 2008). Sobre todo, destaca la disponibilidad actual de tratamientos eficaces para la deshabituación tabáquica, programas de intervención para el ejercicio físico, sueño y manejo del estrés, alimentación saludable, entre otros.
- 3. Participación en el autocuidado de la salud:** Paciente activo/a y Paciente experto/a. En las dos últimas décadas, la relación entre usuarios y profesionales ha pasado de un modelo paternalista a un modelo participativo, según el cual se hacen necesarios el empoderamiento y la participación activa de la persona con enfermedad en la atención sanitaria (Basagoiti, 2012). Asimismo, el/la paciente activo/a y experto/a son el fundamento del autocuidado y la gestión comunitaria para el control de las enfermedades crónicas, entre las cuales se incluye el cáncer.
- 4. Comunicación e interacción de pacientes y profesionales.** Constituye un elemento clave para la atención integral al cáncer y en cuidados paliativos, la puesta en marcha de programas formativos eficaces para todo el personal sanitario (Arranz et al., 2004; Baile et al., 2005) dirigidos no solo a facilitar la comunicación con la persona enferma y su familia, sino también a la gestión emocional del proceso de enfermedad y tratamiento, implicación de dichas personas en programas de autocuidado, etc. La necesidad clave de comunicación óptima sanitario-paciente está recogida en el objetivo 27 de la Estrategias en Cáncer del SNS (2021).
- 5. Evaluación psicológica y de la calidad de vida.** El desarrollo de la metodología dirigida a la evaluación psicológica en la oncología y los cuidados paliativos ha permitido disponer de métodos fiables y válidos

para llevar a cabo (Cruzado, 2013; Tian et al., 2019): a) el screening del distrés o malestar emocional y poder llevar a cabo un adecuado triaje de las personas que necesitan intervención según el nivel de complejidad; b) evaluación de los síntomas de ansiedad, depresión, desmoralización, alteraciones en la imagen corporal y autoestima, etc.; c) la temprana y adecuada detección del distrés y diagnóstico de trastornos psicopatológicos en pacientes con cáncer; d) las preferencias informativas y de toma de decisión en los tratamientos por parte de los pacientes en los programas de autocuidado y de participación en los procesos de salud; e) evaluación de los síntomas físicos asociados a la enfermedad tales como dolor, fatiga, funcionalidad, alteraciones cognitivas, etc.; f) evaluación de la calidad de vida mediante protocolos como los de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) o la Functional Assessment of Cancer Treatment (FACT), que permiten una evaluación precisa para cada condición oncológica; g) el afrontamiento del diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recaída y final de vida; h) evaluación de la función sexual y de las alteraciones sexuales que afectan a paciente y pareja; i) impacto en relaciones sociales, familiares y de pareja; j) impacto laboral, vocacional y escolar; k) hábitos saludables y conductas de riesgo; y l) necesidades espirituales. Asimismo, diferentes equipos de investigación han desarrollado y/o validado numerosas herramientas de evaluación en esta área (véase: Andreu et al., 2013; Andreu et al., 2015; Andreu et al., 2018; Andreu et al., 2019; Andreu et al., 2022; Martínez et al., 2012; Martínez et al., 2015; Martínez et al., 2019; Martínez et al., 2021; Priede et al., 2018)

- 6. Necesidades psicológicas de las personas supervivientes de cáncer.** Los resultados indican que, aunque se haya concluido el tratamiento primario con intención curativa, al menos el 50% de los supervivientes muestra algún efecto o secuela vinculado con el tratamiento (Valdivieso et al., 2012). En concreto, los supervivientes experimentan problemas físicos, psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad y su tratamiento y además han de afrontar desafíos únicos vinculados con la nueva fase de la enfermedad en la que se encuentra. Desafíos únicos relacionados con los efectos físicos a largo plazo y tardíos; con dificultades psicológicas persistentes, como miedo a la recurrencia, percepción incrementada de vulnerabilidad y cambios en la imagen corporal y también con aquellas derivadas de reasumir los roles familiares, laborales y sociales (Admiraal et al., 2020; Burris et al., 2015; National Cancer Institute, 2017; Wiltink et al., 2020). La situación descrita convierte la detección y manejo de las necesidades psicosociales que presentan los supervivientes de cáncer en clave para lograr una atención de calidad a la supervivencia. Así lo recoge también el manifiesto sobre el cuidado del largo supervivientes elaborado por la SEOM en 2018 (SEOM, 2018).
- 7. Intervención y tratamientos psicológicos eficaces en Psicooncología y Psicología Paliativa.** En los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han diseñado, creado y adaptado programas de intervención y tratamientos psicológicos de forma específica para las personas afectadas de cáncer, supervivientes y personas en fase final de la vida, tratamientos psicológicos para mejorar la calidad de vida y disminuir las reacciones adversas de estrés, ansiedad y depresión. En concreto, las intervenciones

específicas de la Psicooncología y Psicología Paliativa que han demostrado ser eficaces, efectivas y eficientes en ensayos clínicos controlados son:

- Programas psicoeducativos (Martínez López et al., 2019; Yélamos, 2013)
- Counselling (Chin-Yee et al., 2017; Costa y Arranz, 2013)
- Relajación progresiva, relajación autógena (Crespo, 2013)
- Técnicas hipnóticas y de sugestión (González Ordi y Capilla Ramírez, 2013)
- Técnicas de exposición (Cruzado, 2013)
- Terapia de solución de problemas (Nezu et al., 2015)
- Terapia psicológica adyuvante (Moorey y Greer, 2002)
- Terapia cognitiva (Cruzado, 2013)
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Luciano y Páez, 2013)
- Terapia narrativa basada en la atención plena (Rodríguez Vega et al., 2013).
- Mindfulness (Bayón et al., 2013)
- Terapia expresivo-apoyativa (Kissane y Ngan, 2015; Spiegel et al., 1989)
- Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) Therapy (Lo et al., 2015)
- Psicoterapia centrada en el sentido (Breitbart y Poppito, 2014).
- Terapia de la dignidad (Chochinov et al., 2002)
- Intervenciones centradas las necesidades espirituales (Benito et al., 2016)
- Terapia de pareja (Myers y Manne, 2013)
- Terapia sexual (Olivares, 2013)

Las intervenciones psicológicas se han mostrado eficaces, efectivas y eficientes en las distintas fases de la atención al cáncer, desde la prevención a la rehabilitación y la supervivencia (de la Torre et al., 2016; Faller et al., 2013; Instituto Max Weber, 2018; Rodin et al., 2020). Según los estudios realizados (Observatorio del Cáncer AECC, 2019; Instituto Max Weber 2018; Rodin et al., 2020) los tratamientos más probados en Psicooncología y Psicología Paliativa son los de corte cognitivo-conductual con un crecimiento exponencial de las terapias de tercera generación, sobre todo aquellas basadas en Mindfulness en la literatura más reciente.

La supervivencia es la fase de la enfermedad en la que se ha desarrollado un mayor número de

publicaciones sobre la eficacia de los tratamientos, aunque cuando se aborda la problemática familiar también son frecuentes los trabajos realizados en la fase avanzada, paliativa o incluso el duelo. Algunas se centran en la etapa de consejo genético, diagnóstico inicial o de tratamiento médico, ofreciendo herramientas para adaptarse al mismo o para afrontar sus consecuencias. Muchos trabajos empiezan a incluir como modalidad de aplicación las nuevas tecnologías tanto para aplicación del tratamiento, como para reforzar el mismo, sea con el uso de programas y entornos de realidad virtual, el ordenador para estimulación cognitiva o canales basados en internet o teléfono. En este sentido el modelo más probado es igualmente el basado en las terapias de corte cognitivo-conductual o alguna de sus versiones en las terapias de tercera generación.

En el ámbito de las intervenciones psicológicas eficaces en Psicooncología pediátrica y cuidados ante la enfermedad avanzada destacan las terapias cognitivas y conductuales y de sistemas familiares dirigidas a:

- Manejo y reducción de la ansiedad y mejora del ajuste en pacientes con cáncer pediátrico (Kearney et al., 2015).
 - Efectos de la distracción sobre el dolor, el miedo y la ansiedad durante la venopunción en niñas/os y adolescentes con cáncer (Windich-Biermeier et al., 2007).
 - Eficacia de la aplicación de la realidad virtual en procedimientos médicos dolorosos en pacientes pediátricos (Wolitzky et al., 2005) y en la percepción de la ansiedad asociada en Cuidados Paliativos Pediátricos (Evans y Taubert, 2019).
 - Eficacia de la intervención psicoeducativa para reducir los problemas gastrointestinales y el dolor en niños/as (Wu et al., 2014).
 - Terapia del juego en niñas/os con enfermedades crónicas (Nijhof et al., 2018).
 - Efectos beneficiosos de la terapia psicológica en el estado psicológico de padres y madres de niños y niñas con cáncer y dolor crónico y en la relación parental y pautas de crianza (Salem et al., 2017).
 - Entrenamiento en estrategias de afrontamiento en madres y padres de niñas/os con cáncer (Barón y Rubio, 2012).
8. **Duelo.** La investigación actual ha permitido un mayor conocimiento de los factores predictores del duelo complicado antes del fallecimiento de la persona enferma, métodos de evaluación válidos y programas de tratamiento eficaces del duelo complicado o prolongado (Barreto y Pérez, 2013). Atención en el duelo de padres y madres que han perdido a un/a hijo/a por cáncer, así como de los/las hermanos/as (Lichtenthal et al., 2015).
9. **El entorno familiar y las personas cuidador/as informales.** Se ha desarrollado una ingente investigación sobre las necesidades psicológicas de los y las cuidadores/as y su calidad de vida, lo cual ha permitido

disponer de adecuados métodos de screening, de evaluación y de intervenciones psicológicas eficaces para afrontar la sobrecarga, la solución de problemas, la comunicación, el pacto o conspiración de silencio, el manejo de estrés, la prevención de problemas de salud así como la mejora de la calidad de vida que han demostrado su eficacia (Klein et al., 2018; Kleine et al., 2019).

10. Estrés de profesionales. Prevención del burnout; Síndrome de desgaste por empatía (SDE)/fatiga por compasión. En la actualidad, se ha reconocido que los y las profesionales sanitarios/as que están dedicados a la atención de pacientes con enfermedades graves y de carácter crónico se encuentran en riesgo elevado de desarrollar reacciones de estrés, síntomas psicológicos como miedo, culpa por no poder ayudar o salvar a sus pacientes, desesperanza, falta de atención y anhedonia, sobreimplicación emocional, burnout o síndrome de estar quemado. La investigación reciente permite disponer de adecuados procedimientos de evaluación y monitorización del estrés, el burnout y la fatiga por compasión en profesionales del ámbito sanitario. Asimismo, se han desarrollado métodos eficaces de autorregulación emocional para prevenir el desgaste por empatía y el burnout (Sinclair et al., 2017).

Como se ha puesto de manifiesto, la pertinencia de la creación de la Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa obedece a una clara necesidad y demanda de diferentes organismos, desde internacionales a nacionales, de sociedades científicas internacionales y nacionales también, de los directamente afectados y de la sociedad en su conjunto, teniendo ello claras implicaciones en la necesidad de la figura de este especialista a nivel asistencial.

6. Impacto positivo de la Psicooncología y Psicología Paliativa en la calidad asistencial.

En cada punto de la cadena asistencial de la Oncología (prevención, screening y detección precoz, consejo genético, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recaída y final de vida) la atención a los pacientes con cáncer y sus familiares, para ser adecuada, requiere que se lleve a cabo por medio de un equipo inter/multidisciplinar, que incluya al o a la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa. En todos los protocolos de atención psicooncológica y psicología paliativa se incluyen unas directrices necesarias para maximizar el impacto positivo en la calidad asistencial, tanto en lo que se refiere a los resultados en la salud como en la eficacia de la gestión, que se detallan a continuación:

- **Métodos de screening o cribado** de las necesidades de atención psicológica de pacientes y familiares, de modo que se identifique a quienes necesitan atención psico-oncológica precoz, mediante instrumentos breves, fáciles de aplicar y disponibles de modo habitual en la práctica clínica tales como el termómetro del estrés, cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) (Limonero et al., 2012), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Caro e Ibañez, 1992) , BSI-18 (Galdon et al., 2008) y otros cuya validez y precisión diagnóstica está ampliamente reconocida (Andreu et al., 2019; Cruzado y Hernández, 2018; Cruzado y Hernández, 2018; Mitchell et al., 2012; Martínez et al., 2013; Martínez et al., 2015; Martínez et al., 2019; Zebrak et al., 2015) por lo que deberían ser de aplicación normalizada en el contexto asistencial, aunque en la actualidad no se ha alcanzado su plena

implantación. La importancia de dicho screening está reconocida como objetivo 28 de la Estrategia en Cáncer del SNS (Sistema Nacional de Salud, 2021).

- **Evaluación de las necesidades psicológicas** concretas derivadas del proceso de enfermedad y tratamiento que incluyen la necesidad de información, la capacidad decisional y de participación en el proceso de tratamiento, la adherencia terapéutica, los hábitos saludables, la vulnerabilidad psicológica, las estrategias de afrontamiento, la presencia de síntomas no controlados tales como fatiga, dolor, insomnio, alteraciones sexuales, deterioro cognitivo y otros (Adler y Page, 2008; Cruzado, 2013; Wang et al., 2018). El objetivo 30 de la Estrategia en Cáncer del SNS (Sistema Nacional de Salud, 2021) señala la necesidad de la evaluación del impacto laboral, psicológico y social de las personas enfermas de cáncer y a sus familiares.
- La evaluación se centrará también en la presencia de **distrés**, así como de sintomatología ansiosa, depresión o desmoralización, necesidades espirituales y existenciales además de alteraciones en la calidad de vida, el bienestar y la resiliencia (Cruzado, 2013). En el caso de las/los familiares, se evaluará preferentemente la calidad del apoyo, la presencia de sobrecarga, alteraciones en la comunicación familiar y riesgo de duelo complicado/prolongado (Cruzado, 2013). Esta evaluación hará posible la formulación de un plan de intervención idóneo para cada persona enferma y su unidad familiar.
- El **equipo inter/multidisciplinar** que lleve a cabo un trabajo coordinado que unifique los esfuerzos integrados y colaborativos de un modo continuo en todas las fases del proceso de enfermedad, que permita la aplicación de las intervenciones lo más inmediatamente posible, y así prevenga la aparición de trastornos, el agravamiento o cronificación de los problemas psicológicos y mejore la calidad de vida de las personas afectadas. La necesidad y ventajas del equipo inter/multidisciplinar ha sido consensuada por numerosos especialistas (Fann et al., 2012; Hui et al., 2018; Gil Moncayo et al., 2020; Jacobsen y Lee, 2015; Jacobsen y Wagner, 2012).
- El **trabajo en equipo** es uno de los pilares fundamentales en la atención a personas con enfermedad oncológica o enfermedad avanzada -oncológica o no-. Todas las actividades que realiza el/la psicooncólogo/a cobran sentido dentro del trabajo en equipo (Steven et al., 2019). Es importante proporcionar una atención terapéutica integral a la persona enferma que abarque su compleja pluridimensionalidad junto a los y las profesionales de los Servicios responsables de su atención. Las intervenciones aisladas producen en los pacientes insatisfacción con la calidad de los cuidados y desorientación e inseguridad respecto al tratamiento.
- **Acceso de los/las pacientes y sus familiares a los tratamientos psico-oncológicos que se han mostrado eficaces** (De la Torre Luque et al., 2016; Faller et al., 2013; Instituto Max Weber, 2018) y la eliminación de los que obstaculizan su aplicación.

-
- **Seguimiento de las personas diagnosticadas de cáncer** según el modelo de Cuidado Crónico o *Collaborative Care*, que facilite el autocuidado dentro del contexto comunitario, con la participación de atención primaria, asociaciones de cáncer y organizaciones de pacientes, junto con profesionales especialistas según el grado de complejidad del caso, lo que es especialmente relevante para los supervivientes de cáncer. La utilidad del *Collaborative Care* está ampliamente avalada (Fann et al., 2012; Li et al., 2017; Zimmermann-Schlege et al., 2017;). Dicho seguimiento con planes individualizados se recoge en el Objetivo 31 de la Estrategia en Cáncer del SNS (Ministerio de Sanidad, 2021).
 - **Evaluación continua del funcionamiento del equipo asistencial**, con el objeto de intervenir para mejorar su funcionamiento, el bienestar de sus miembros y prevenir el burnout, el desgaste por empatía o la fatiga por compasión. La importancia y la utilidad de las intervenciones ha sido ampliamente demostrada (Hernández García, 2017; Lehto et al., 2020).
 - **Valoración de los resultados de los beneficios de la atención psico-oncológica** a las personas afectadas por cáncer (pacientes, supervivientes y familiares) (Gil Moncayo et al., 2020; Jenniches et al., 2020;). En un metaanálisis realizado sobre los efectos de los tratamientos psicológicos en la calidad de vida de pacientes con cáncer, se evidencia que la calidad de vida mejora con la intervención psicológica, especialmente cuando la persona se encuentra en tratamiento médico y/o después del mismo. Los tratamientos psicológicos tienden a promover mejores resultados en la sintomatología depresiva y ello se traduce en una mejora de la calidad de vida (De la Torre et al., 2016).

Una de las vías para salvar las barreras en la detección de estos problemas será el reconocimiento de la especialidad de la Psicooncología y Psicología Paliativa. La labor del/la profesional de la Psicooncología y Psicología Paliativa se realiza en una situación compleja relacionada directamente con el diagnóstico de una enfermedad grave, con la cronicidad, el posible avance y progresión de la enfermedad y la inminencia o la proximidad de la muerte. Tal complejidad viene dada, en primer lugar, por la especificidad, el nivel de dificultad y de exigencia que comportan las situaciones clínicas a las que se enfrenta cada profesional y que requieren de gran sensibilidad, mucha experiencia y competencia en el manejo de las necesidades de las personas afectadas, sólo posibles desde una posición especializada. Por otro lado, la complejidad se deriva también de la intensidad y la multidimensionalidad del impacto que la enfermedad produce en los pacientes y familiares en esta situación, además de las demandas de profesionales del equipo asistencial que frecuentemente se encuentran con dificultades en la derivación al/ a la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa, razón que con frecuencia frustra a dichas/os profesionales que podrían utilizarlos (Mitchell et al., 2011).

7. Funciones y competencias propias de la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa que no pueden adquirirse por otra vía

La especialidad de Psicooncología y de Psicología Paliativa fue contemplada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el asesoramiento de representantes científicos/as y de los Consejos Generales de todos los Colegios Oficiales profesionales implicados en materia sanitaria, y publicado el 9 de octubre de 2013 en el “*Libro blanco de los recursos humanos en el sistema sanitario*”, en el que se plantea la necesidad de crear una especialidad oficial de **Psicooncología y de Psicología Paliativa**.

En la línea de la propuesta del Ministerio, y teniendo en cuenta las necesidades y demandas de las personas con cáncer así como de las y los profesionales de la Oncología, Servicios afines y otros, el reconocimiento internacional de la disciplina, la atención especializada de este campo de la psicología, la investigación y desarrollo científico de la Psicooncología y Psicología Paliativa, el Consejo General de la Psicología de España ya en 2016, mediante su Comisión Nacional de Acreditación Profesional, estableció una acreditación propia para reconocer a aquellas/os profesionales de la Psicología especializadas/os en Psicooncología y Psicología Paliativa, existiendo actualmente más de 300 profesionales con esta acreditación en toda España. Actualmente es posible la adquisición de este reconocimiento justificando la realización de un programa formativo y práctica profesional especializada en oncología y servicios relacionados y cuidados paliativos, centrado en Másteres Universitarios y experiencia profesional, pues dentro del Sistema Nacional de Salud las opciones de una formación completa son actualmente nulas.

Actualmente, solo existe la posibilidad para los/as psicólogos/as residentes (PIR) de Psicología Clínica de escoger, de forma optativa, un recorrido formativo de 2 a 4 meses en Psicooncología y/o en Cuidados Paliativos, dentro de sus programas de formación específica. Durante este tiempo, los/las rotantes que eligen este recorrido toman contacto con la realidad de la Oncología o los Cuidados Paliativos, constatándose que la orientación, áreas de trabajo y formación de ambas especialidades (de Psicología Clínica y de **Psicooncología y Psicología Paliativa**) es claramente diferencial, necesitándose una base y enfoques propios en la Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa muy diferentes a los de la de Psicología Clínica y viceversa. En este corto periodo de tiempo y formación actualmente existentes no es posible incluir el conjunto de contenidos necesarios para la adecuada práctica de la Psicooncología y Psicología Paliativa, ni su integración en los equipos sanitarios dónde es atendido un/a paciente oncológico/a y/o con cualquier enfermedad en estado avanzado, desde su diagnóstico hasta la fase final de vida; mucho menos la prevención de la enfermedad, la detección precoz o el consejo genético.

Tal y como se pone de manifiesto en el documento, la amplia gama de servicios donde la Psicooncología y Psicología Paliativa puede estar presente, afianzar los conocimientos necesarios para la aplicación de esta especialidad, utilizar tanto las técnicas específicas de evaluación como de tratamiento o adquirir las habilidades necesarias para el manejo de situaciones clínicas complejas que sufre la persona afectada por cáncer, su entorno familia y los/as profesionales sanitarios/as que desarrollan su labor en Oncología y/o Cuidados Paliativos, sólo pueden adquirirse con un programa específico de especialidad de formación integral (ver punto 10).

Es por todo lo expuesto que la única vía que garantiza la adecuada formación de profesionales de la Psicooncología y Psicología Paliativa es la constitución de una especialidad propia, con un plan formativo concreto. Así podría garantizarse la atención de calidad al colectivo de las personas afectadas por el cáncer u otras enfermedades en

fase avanzada y final de vida, junto a sus familiares, así como a los profesionales sanitarios, demanda ésta realizada tanto por Sociedades Científicas Médicas e interdisciplinares como por las propias asociaciones de pacientes y familiares afectados.

8. Viabilidad de la Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa desde un punto de vista económico.

Según el informe *La Carga del Cáncer en España* (Díaz-Rubio, 2019), el SNS destina unos 7.168 millones de euros anuales al abordaje del cáncer, lo que representa un 10,9 por ciento del gasto sanitario público en España y un 0,66 por ciento del producto interior bruto (PIB). De los costes directos de esta enfermedad en España, que se estiman en unos 4.818 millones de euros, un 94% recaen directamente sobre los hospitales y un 6% en Atención Primaria. Los costes indirectos del cáncer en España fueron de 2.350 millones de euros. Según el tipo de coste indirecto, los costes de la mortalidad prematura por cáncer se estimaron en 125 millones de euros; los costes de la incapacidad temporal fueron de 222 millones de euros y los costes de la incapacidad permanente alcanzaron los 292 millones de euros. Por último, los costes de cuidador/a/as/es no profesionales de los pacientes con cáncer fueron de 1.710 millones de euros.

Además, el estudio constata cómo un 4,5% del total de bajas laborales registradas fueron por incapacidad temporal y un 10,1% del total de pensiones contributivas en vigor en España en 2015 fueron a causa del cáncer. Además, representó casi 412.000 años de vida perdidos y casi 280.000 años de vida productiva perdidos.

Por otra parte, el Informe sobre el *Impacto económico y social del cáncer en España* (Oliver Wyman, 2020) señala que el cáncer cuesta a la sociedad española alrededor de 19.300 millones de euros, el 1,6% del producto interior bruto de España. Se calcula que el 45% del coste total es asumido por paciente y familia a lo largo de todo el proceso de enfermedad. Los costes directos, es decir los derivados del tratamiento y seguimiento, tales como gastos en farmacia y parafarmacia, cuidados paliativos, reconstrucción mamaria, tratamiento del linfedema y preservación de la fertilidad, etc., son asumidos tanto por el sistema sanitario como por las familias y suponen aproximadamente el 48% de la estimación total, lo que significa alrededor de 9.330 millones de euros. Los costes directos no médicos son los gastos no sanitarios en los que incurre una persona por el hecho de tener cáncer tales como transporte al lugar de tratamiento, comida y alojamiento, en caso de residir en una localidad distinta a la de la aplicación del tratamiento, equipamiento y obras (por ejemplo, acondicionamiento de la casa en caso de limitaciones de la vida diaria y secuelas de la enfermedad), cuidados formales e informales. Estos gastos son asumidos mayoritariamente por las familias y suponen aproximadamente el 12% de la estimación total, lo que significa alrededor de 2.220 millones de euros. Por otra parte, hay que añadir en los costes indirectos aquellos debidos a la pérdida de productividad tanto del paciente como de la familia a consecuencia directa del cáncer: pérdida de ingresos de pacientes activos/os, pérdida de ingresos del hogar (excluyendo a los/las pacientes) y pérdida de productividad por muerte prematura. Suponen aproximadamente el 40% de la estimación total, lo que significa alrededor de 7.700 millones de euros.

Existen varios estudios que informan sobre la rentabilidad económica de las intervenciones propias del Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa. Jansen et al. (2016) llevaron a cabo una revisión sobre

la relación coste-beneficio de las intervenciones psicológicas en cáncer, cuyos resultados indicaron que la atención psicológica resultaba rentable para personas de diferentes umbrales económicos. Dieng et al. (2016) revisaron la literatura e identificaron ocho estudios con un total de 1.668 pacientes, cuatro de ellos emplearon el coste debido a Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC), seis estudios informaron que las intervenciones psicológicas y sociales eran rentables económicamente para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, el estado de ánimo, el dolor, el malestar emocional o el miedo a la progresión del cáncer, en comparación con la atención habitual.

Arving et al. (2014) llevaron a cabo un estudio con 168 pacientes de cáncer de mama con el objeto de analizar el coste-utilidad de la intervención psicológica en comparación con el tratamiento habitual. Informaron de que los costes de intervención ascendieron a aproximadamente a 500 € (3% de los costes totales). Los costes totales de atención médica, incluidos los costes de las intervenciones psicológicas, fueron más bajos en los grupos que habían recibido atención psicológica (20.419 €) que en el grupo del tratamiento habitual (25.800 €). El número de AVAC también fue mayor en los grupos de intervención psicológica (1,59 AVAC) en comparación con el grupo de tratamiento habitual (1,43 AVAC). El análisis de coste-utilidad reveló que, durante el tratamiento adyuvante para el cáncer de mama, las intervenciones psicológicas fueron rentables porque disminuyeron los costes de atención médica y los AVAC fueron más elevados en comparación con el tratamiento habitual sin atención psico-oncológica.

Asimismo, se dispone de datos que indican que recibir atención psicooncológica implica una minimización del gasto de pacientes y familiares que padecen la enfermedad. Así, Carlson y Bultz (2004) encuentran que proporcionar cuidados psicológicos y sociales a los pacientes con cáncer no solo es efectivo en cuanto a sus resultados, sino que ahorra costes económicos a largo plazo, ya que los y las pacientes con cáncer que se benefician de la atención psicológica hacen menos uso de otros servicios de atención médica (visitas al médico general y especialistas en oncología), produciéndose una compensación de los costes. Asimismo, la adherencia a los tratamientos y las recomendaciones en cuanto a estilos de vida más saludables resultan en una mejora general de la salud que supone a su vez una disminución de gastos (Han et al., 2015; Lebel et al., 2013; Pan y Sambamoorthi, 2015; Thewes et al., 2012). Además, las pérdidas de productividad pueden reducirse debido a una mayor capacidad de trabajo e incorporación más temprana al entorno laboral (Tevaarwerk et al., 2013; Verdonck-de Leeuw et al., 2010).

Khushalani et al. (2018) pusieron asimismo de manifiesto que el malestar psicológico está asociado con mayores costes de atención médica entre supervivientes de cáncer, por lo que, el abordaje de los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer redundará en una minimización de dichos costes. En el mismo sentido, Mausbach et al. (2018) mostraron como la depresión mayor en pacientes de cáncer está asociada a un mayor gasto en salud del sistema sanitario. Como se ha señalado a lo largo del documento, el enfoque preventivo de la Psicooncología y Psicología Paliativa con los pacientes de cáncer, reduciendo y previniendo la presencia de distrés y alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión, resulta fundamental en muchos aspectos y, entre ellos, en la minimización de los costes sobrevenidos a las personas afectadas y a los familiares por tales patologías.

La revisión de Gallagher et al. (2022) sobre la relación coste-beneficio de las intervenciones para mejorar estilos de vida saludable para el cáncer ha avalado la rentabilidad de las intervenciones conductuales. Asimismo, la revisión de Nicklaus et al. (2022) ha mostrado la rentabilidad económica de las intervenciones psicológicas en el cáncer.

Finalmente, hay que destacar que el Informe del Observatorio del Cáncer de la AECC (2019) señala que la intervención psicológica en el ámbito de la oncología obtiene resultados muy positivos con un número de sesiones de tratamiento relativamente reducido. El 85% de pacientes que acuden a dicha entidad reciben menos de 8 sesiones, de tal forma que en poco menos de dos meses, la mayoría de las personas afectadas por cáncer, así como sus familiares pueden obtener un cambio sustancial en sus problemas y en su calidad de vida. Estos datos señalan nuevamente la relación coste-beneficio de la intervención psicológica especializada en cáncer.

En resumen, con los datos actuales, los costes de los servicios de atención psico-oncológica son inferiores al 3% de los costes directos del tratamiento del cáncer, pero dicho gasto puede suponer un ahorro en: a) costes directos muy superior, debido al menor uso de consultas, la mejor salud de las personas enfermas y supervivientes tanto en salud mental como física por la adopción de hábitos saludables, y b) costes indirectos por la mayor productividad y menor dependencia de los y las afectadas de cáncer y sus familiares.

Como conclusión, el cáncer se configura como uno de los principales problemas de salud en España, y este tipo de análisis de la carga que supone la enfermedad para el SNS son claves porque ponen de manifiesto la necesidad de encontrar soluciones para reducir su impacto, como lo son la creación de la presente especialidad.

9. Procedimiento de convalidación de la nueva Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.

El esquema detallado del proceso de convalidación de la especialidad del SNS de “Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa” para profesionales con experiencia y formación previa puede verse a continuación.

Para el reconocimiento del título oficial de **Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa** será necesario cumplir unos requisitos básicos o generales y una de las modalidades de convalidación señaladas, todo ello mediante certificación expedida por el Consejo General de la Psicología de España.

A. **Requisitos Generales** (los **cuatro son de obligado cumplimiento** –el punto 2 por una de las tres vías señaladas-):

1. Tener la **licenciatura o grado en psicología**, o título homologado o reconocido oficialmente como profesional de la psicología a tales efectos, por el Ministerio de Educación, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1837/2008 de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la referida Directiva 2005/36/CE y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, o norma posterior en

vigor.

2. **Tener la habilitación como Psicólogo/a Sanitario/a por una de las vías** que actualmente están en vigor:
 - 2.1. Estar habilitado/a como Psicólogo/a Sanitario/a según lo establecido en el número 6 de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (añadido por la disposición final octava de la Ley 3/2014, de 27 de marzo), y cumpliendo los requisitos que se determinaron en el número 2 de la disposición adicional sexta de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social.
 - 2.2. Ser Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica.
 - 2.3. Estar en posesión del Máster en Psicología General Sanitaria.
3. **Estar colegiado/a en un Colegio Oficial de la Psicología de España** y estar al corriente de pago de la cuota colegial.
4. **No estar inhabilitado/a o suspendido/a para el ejercicio de la profesión.**

B. Modalidades de convalidación (se exige cumplir una de ellas además de los requisitos generales):

1. **Que se hayan desempeñado las funciones propias de los ámbitos de la Psicooncología y Psicología Paliativa** (descritos anteriormente) **de forma exclusiva por un periodo no inferior a 4 años y 6 meses** (periodo marcado por el *RD 2490/1998* –que señalaba debía ser del 150 por 100 del programa PIR en dicha fecha, es decir, 3 años- y superior al tiempo señalado en el único programa PIR vigente hasta el momento -4 años, según la *Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica-* **previos a la fecha de entrada en vigor de la nueva Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa**, tanto dentro del Sistema Nacional de Salud, -sea en centros de titularidad pública como concertados o con algún tipo de convenio con éste- como fuera de éste, siempre que puedan demostrar una dedicación en exclusividad o nunca inferior al 75% de la jornada laboral en el periodo señalado a las áreas propias de esta nueva especialidad.
2. Los profesionales perteneciente a los **Cuerpos de Catedráticos/as, Profesores/as Titulares, Profesores/as Contratados y/o Ayudantes Doctores de Universidad**, cuyo ejercicio docente o investigador, a la entrada en vigor de este Real Decreto, se corresponda con los contenidos propios de la especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa y acrediten actividad asistencial o de investigación en Psicooncología y Psicología Paliativa aplicada durante un tiempo no inferior a cuatro años (tiempo equivalente a la duración del programa PIR de la Especialidad en Psicooncología) en las áreas propias de esta nueva especialidad¹.

¹ El Consejo General de la Psicología de España dispone de mecanismos para facilitar dicho proceso de reconocimiento, como la **Acreditación de Experto/a en Psicooncología y/o Psicología en Cuidados Paliativos** de dicho órgano colegial, existente desde hace más de dos años, para los y las profesionales de la Psicología que desarrollan su labor en dichos ámbitos.

10. Programa de Formación de la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa.

Denominación oficial de la especialidad y requisitos de titulación: ***Psicooncología y Psicología Paliativa.***

Duración: **4 años.**

Estudios previos: ***Licenciatura/Grado en Psicología.***

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud, previendo su publicación en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento.

El Consejo General de la Psicología de España ha elaborado el programa formativo de la ***Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa*** para su ratificación por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor del Ministerio de Sanidad en materia de formación sanitaria especializada.

Este programa formativo se compone de cuatro años de formación, al igual que los existentes actualmente en cuanto a especialidad de Psicología se refiere dentro del Sistema Nacional de Salud (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica). Dicho programa permitirá una mejor cualificación de los y las profesionales acorde con la importancia progresiva que la Psicooncología y Psicología Paliativa tiene en nuestro sistema sanitario.

En la elaboración de este programa se han tenido en cuenta las características y evolución de la Psicooncología y Psicología Paliativa antes citadas, así como la necesidad de desarrollar en un futuro próximo Áreas de Capacitación Específica o subespecialidades de la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa, en los términos previstos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.

El programa formativo se estructura sobre la base de una formación en Psicooncología y Psicología Paliativa, que permita a las y los futuras/os especialistas ejercer con eficacia las tareas propias de la prevención, evaluación y valoración psicooncológica, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos, en los diversos campos que hoy configuran la especialidad.

10.1. Perfil profesional del/de la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa: Competencias profesionales

Descritas las características primordiales que diferencian esta especialidad de otras, en el presente apartado se describen sus funciones profesionales. Algunas de estas funciones se desarrollan de modo interdisciplinar junto a otros/as miembros del equipo asistencial y otras (la mayoría y radicales de dicho ámbito) son específicas de la figura del/de la **Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa.**

10.1.1. Áreas de competencia (Funciones) Específicas

Serán áreas competenciales las siguientes:

-
- Promover estilos de vida y hábitos saludables, a través de programas de intervención psicológica en salud y modificación de conductas de riesgo (p. ej. tabaquismo) promoviendo la capacitación de pacientes, familia y/o comunidad como agente de cambio.
 - Análisis y evaluación de las variables psicológicas que permitan una detección precoz del cáncer así como la participación de la población de riesgo en las campañas de screening.
 - Evaluación continua del impacto psicológico y las necesidades de pacientes de cualquier edad, en las dimensiones cognitivas, físicas, emocionales, conductuales, sociales -de relación con otros/as y con el medio- y espirituales, ante el diagnóstico, el posible pronóstico, los tratamientos y sus síntomas asociados, las posibles recidivas y la supervivencia de enfermedad, o en el final de vida, así como la calidad de vida, -especialmente de los factores psicológicos relacionados con ésta- en todas las fases. Dicha evaluación se llevará a cabo mediante el uso de entrevista, observación e instrumentos con propiedades psicométricas contrastadas.
 - Evaluar de forma continua los aspectos psicológicos relacionados con la sintomatología presente en cada paciente (por ejemplo: dolor, astenia, insomnio o hipersomnias, náuseas, emesis, tristeza, ansiedad y culpabilidad desadaptativa, miedo, soledad, ira...) indicando y aplicando la intervención psicológica adyuvante necesaria para el control de éstos.
 - La evaluación continua de cuidador/es/as y familiares, de sus necesidades, estrategias de afrontamiento, niveles de calidad de vida, sobrecarga, y en casos de cáncer avanzado u otras enfermedades no oncológicas en fase avanzada, los riesgos de duelo anticipado desadaptativo, de complicaciones durante el proceso de resolución del duelo y duelo persistente.
 - Promover la adaptación psicológica (a nivel cognitivo, físico, emocional, conductual-de relación con otros y con el medio y espiritual) de la persona afectada por el cáncer en todas sus fases u otras enfermedades no oncológicas en estado avanzado y familiares (especialmente cuidador/a principal, en su caso) al proceso de enfermedad, impacto psicológico de del diagnóstico, efectos secundarios derivados de los distintos tratamientos antineoplásicos, posibles pérdidas (p. ej. autonomía), consejo genético oncológico y supervivencia. Todo ello, aplicando métodos de intervención psicooncológicos validados empíricamente, promoviendo recursos de afrontamiento de paciente y familiares.
 - Promover la adaptación psicológica de cuidador/es y familiares con el objeto de mejorar su calidad de vida, favorecer la comunicación y el soporte emocional y familiar, prevenir y tratar tanto la sobrecarga, como complicaciones en el proceso de duelo.
 - Coordinar y asesorar a otras/os profesionales de los equipos implicados en la atención al/a la paciente (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hemato-Oncología, Cirugía, Medicina Interna, Cuidados Paliativos, etc.) o de otros equipos consultores, sobre los aspectos psicológicos -como referente de dicho

abordaje- de paciente y cuidador/a principal, para optimizar el abordaje interdisciplinar y manejo individualizado de paciente y familia, la adherencia y mejora de la información en general, y la comunicación de las malas noticias.

- Evaluar el bienestar y los niveles de burnout, desgaste de empatía/fatiga por compasión del personal de los equipos asistenciales (por ejemplo: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hemato-oncología, Cirugía, Cuidados Paliativos, etc.), así como llevar a cabo la intervención psicológica, cuando sea necesaria.
- Elaborar protocolos y guías prácticas de atención a la persona afectada por el cáncer en cualquiera de sus fases u otras enfermedades no oncológicas en estado avanzado, familia y equipos asistenciales, relacionadas con aspectos psicológicos en estas áreas.
- Facilitar formación en Psicooncología y Psicología Paliativa:
 - Formación básica: sobre aspectos psicológicos relacionados a otros/as profesionales sanitarios/as, no sanitarios/as y voluntarios que colaboren en la atención de estos/as pacientes, realizando programas de docencia institucional y comunitaria.
 - Formación avanzada: en atención psicológica en estas áreas a otras/os psicólogas/os, ya sean generales sanitarias/os o de otras especialidades, mediante programas de docencia institucional.
- Impulsar y participar en equipos y/o proyectos de investigación encaminados a facilitar el avance y mejora de la actividad preventiva y asistencial en el campo de la Psicooncología y Psicología Paliativa.

10.1.2. Áreas de competencia (Funciones) compartidas

- Proporcionar recursos teóricos y técnicos a la población general para evitar factores de riesgo (p. ej. tabaquismo) fomentar hábitos saludables, favorecer la detección precoz del cáncer, y el asesoramiento genético, a través de programas de educación para la salud. Asimismo, promover comportamientos de prevención secundaria: adherencia de comportamientos de detección precoz del cáncer, y consejo genético para las personas que en riesgo de cáncer familiar lo precisen.
- Informar, aconsejar y educar en aspectos sanitarios, fomentar la adherencia o adhesión terapéutica, asesoramiento y apoyo al/ a la paciente en las distintas fases del proceso y tratamientos antineoplásicos incluido el periodo libre de enfermedad (superviviente) y la fase final de la vida de enfermedades oncológicas y no oncológicas. Valorar y explorar las necesidades y conocimiento de información y asesorar y/o participar en el proceso de información.
- Asesorar sobre pautas de organización y funcionamiento del entorno de la persona con enfermedad (o superviviente) y apoyo a las personas vinculadas a éste, especialmente al/ a la cuidador/a principal, en su caso. Mediar en la resolución de conflictos que dificulten la adaptación al proceso de enfermedad de paciente (o superviviente) y/o familiares.

-
- Valorar integralmente necesidades de la persona afectada por cáncer u otras patologías en estado avanzado y familiares (especialmente cuidador/a principal, en su caso) y establecer un plan de cuidados que incluya medidas preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de síntomas y cuidados generales.
 - Valorar el estado cognitivo (nivel de conciencia, actitud, lenguaje, orientación, percepción, memoria, problemas de orientación), emocional (existencia de sintomatología ansioso-depresiva) y la autonomía de la persona con patología neoplásica y/o en estado avanzado -neoplásica o no-.
 - Valorar la capacidad y/o condiciones de participación en procesos de toma de decisiones con respecto a la enfermedad (p. ej. tratamientos antineoplásicos) o riesgo de ésta (consejo genético oncológico) de paciente y familiares (especialmente cuidador/a principal, en su caso); promover y facilitar dicha participación y apoyar y asesorar durante ésta.
 - Valorar la estructura y dinámica familiar y fuentes de apoyo familiar y social; identificar cuidador/a o interlocutor/a familiar principal.
 - Valorar la capacidad para el cuidado de los familiares (especialmente cuidador/a principal, en su caso), orientando para un adecuado desempeño de éstos.
 - Detectar factores de predicción de complicaciones, así como atención y soporte, de forma preventiva, de duelo en familiares.
 - Participar en la formación de otros/as profesionales y/o voluntarios/os que participen en la atención sobre aspectos relacionados con la atención al paciente oncológico y/o con enfermedad avanzada.
 - Participar en equipos y/o proyectos de investigación encaminados a facilitar el avance y mejora de la actividad preventiva y asistencial tanto en el campo de la oncología y ciencias afines, como en las responsables de la atención a pacientes con enfermedades avanzadas y a sus familiares.
 - Coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos e institucionales).

10.2. Objetivos de la formación

Objetivos generales

- Capacitar a los/las psicooncólogos/as y psicólogos/as paliativistas en formación para la detección y el abordaje de los problemas de pacientes oncológicos y de pacientes en cuidados paliativos, en cualquier rango de edad, lo que implica tanto la intervención directa sobre el paciente, los familiares, así como la formación de personal sanitario especializado, todo ello bajo los fundamentos de la bioética moderna, y teniendo en cuenta las máximas de la perspectiva de género.
- Capacitar a los/las psicooncólogos/as y psicólogos/as paliativistas en formación para la evaluación, diseño y puesta en práctica de programas de intervención dirigidos a la prevención, al tratamiento y al aumento de

la calidad de vida, así como de la paliación y/o minimización del sufrimiento de los pacientes con cáncer u otras patologías en estado avanzado y sus familiares, de la manera más eficaz y eficiente posible, atendiendo a los máximos estándares de calidad científica disponibles en cada momento.

- Capacitar a los/las psicooncólogos/as y psicólogos/as paliativistas en formación para el ejercicio interdisciplinario que requiere una concepción multidimensional, tanto del ser humano, como de los procesos de salud y enfermedad.
- Capacitar a los/las psicooncólogos/as y psicólogos/as paliativistas en formación para conocer y manejar adecuadamente las variables y factores institucionales que están presentes e intervienen en el desempeño de la actividad sanitario-asistencial en sus diversos niveles y contextos.

Objetivos específicos

Durante su período de formación, el/la **Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa** debe adquirir, según los principios basados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento, los conocimientos sobre:

- 1) Los aspectos básicos del cáncer y otras patologías en estado avanzado, que incluyen:
 - a. La clínica de las afecciones oncológicas y de los pacientes en cuidados paliativos.
 - b. El proceso de atención médica: detección precoz, consejo genético, pruebas diagnósticas, principales métodos de tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, tratamientos inmunológicos, trasplantes hematopoyéticos, y otros posibles tratamientos activos frente a la enfermedad).
- 2) El funcionamiento de los servicios sanitarios relacionados con el cáncer: atención primaria (promoción de la salud, y prevención), hospitales, centros de atención socio-sanitaria, centros de cuidados paliativos y servicios comunitarios.
- 3) Las características de la sintomatología y calidad de vida de las personas afectadas por diferentes tipos de cáncer, y enfermedades avanzadas en las diferentes etapas de éste: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, supervivencia, recaídas y cuidados paliativos. Tanto en cáncer en población adulta como infantil.
- 4) La aplicación de los fundamentos y las implicaciones del modelo biopsicosocial de salud durante los procesos de cronicidad de la enfermedad como en el final de la vida. Con los objetivos de prevenir, curar y cuidar.
- 5) La integración en equipos interdisciplinarios de atención a personas con cáncer y en cuidados paliativos.
- 6) La comunicación óptima entre paciente-cuidadoras/es y sanitarios, basado en un modelo deliberativo de cómo informar y asistir a la toma de decisiones, respetando las preferencias y valores de los afectados.
- 7) La recepción y análisis de la demanda, y el subsiguiente establecimiento, realización, y seguimiento de los planes de evaluación, intervención y/o de tratamiento psicooncológicos más adecuados.
- 8) Los principales aspectos de la evaluación psicooncológica y paliativa:

-
- a. El adecuado screening o cribado para la detección del malestar emocional (distrés) de modo continuo.
 - b. La entrevista psicooncológica y los métodos de observación las personas afectadas por cáncer (en todas las fases de la enfermedad) y/o enfermedad avanzada, en todas las etapas vitales.
 - c. Aplicación de instrumentos válidos y fiables en la valoración de: a) funciones cognitivas; b) componente psicológico de la sintomatología física (dolor, fatiga, insomnio, etc.); c) estrategias de afrontamiento; d) resiliencia; e) apoyo social; f) sintomatología emocional, ansiedad y depresión; g) ansiedad por la salud, miedo a la recidiva y somatización; h) desmoralización; i) imagen corporal y autoestima; j) sexualidad; k) significado, sentido y propósito vital; l) necesidades espirituales; y m) calidad de vida.
 - d. Evaluación de las necesidades de las/los cuidadoras/es: solución de problemas, administración de tiempo, grado de impacto emocional, sobrecarga, riesgo de claudicación familiar y complicaciones en el proceso de duelo.
- 9) El uso de forma eficiente de las técnicas y procedimientos de entrevista psicooncológica, a fin de establecer el pertinente análisis de la problemática que presentan las personas afectadas tanto a nivel individual, como grupal, y proporcionar elementos para el establecimiento del plan terapéutico más adecuado.
 - 10) La adecuada integración de la información, formulación de casos clínicos y planificación de la intervención psicológica en la unidad paciente- cuidadores/as- equipo sanitario. Devolución de la información al binomio paciente - cuidador/a.
 - 11) El manejo y la práctica de los tratamientos validados empíricamente.
 - 12) Las técnicas específicas de intervención: cómo dar la información, técnicas de asesoramiento y técnicas cognitivo-conductuales.
 - 13) El diseño y puesta en marcha de programas de intervención primaria, secundaria y terciaria, tanto individuales como grupales y comunitarias.
 - 14) El diseño, aplicación, evaluación y seguimiento de programas de apoyo, intervención, psicoterapia y tratamiento psicológicos, a nivel individual, familiar, grupal, y comunitario, atendiendo a la gravedad, urgencia, y grado de deterioro, interferencia y disfuncionalidad de las dificultades, impacto psicológico, enfermedades, o problemas a los que se van a aplicar dichos programas.
 - 15) La planificación y diseño de la investigación en Psicooncología y Psicología Paliativa.
 - 16) El desarrollo de programas de coordinación y cooperación con los dispositivos de la red asistencial, y c el conocimiento y uso de los recursos sociales, jurídicos, educativos y comunitarios.
 - 17) El desarrollo de programas de asesoramiento para los responsables y agentes sociales, educativos y jurídicos, relacionados con el ámbito objeto de abordaje de la Psicooncología y Psicología Paliativa.

-
- 18) La realización de informes psicooncológicos, certificados, y/o peritaciones psicológicas sobre el impacto psicológico de la enfermedad oncológica y la enfermedad avanzada.
 - 19) La detección de factores de riesgo en el desarrollo de burnout y/o fatiga por compasión de profesionales de equipos multidisciplinares.
 - 20) El asesoramiento y provisión de atención a dichos/as profesionales sanitarios.

10.3. Características y esquema general del programa formativo

La formación especializada en **Psicooncología y Psicología Paliativa** se sustenta en la acción práctica, complementada con una formación teórica que la enmarca en sus contenidos y perspectivas, a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo del/de la residente.

A lo largo de la formación, la/el residente contará con la figura imprescindible y definida del/de la Tutor/a, que deberá ser **Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa**. Atendiendo a las funciones que establece el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el/la Tutor/a planificará, gestionará, supervisará y evaluará todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del/de la residente, con especial atención a la eficiencia y calidad de las actividades que la/el PIR realice en las diferentes fases del proceso formativo.

La actividad del/de la Tutor/a general podrá quedar apoyada, pero no sustituida, por la que lleven a cabo las/los supervisoras/es de rotación en los servicios o unidades donde se efectúe una determinada rotación. Y todo ello, asimismo, en relación con los contenidos teóricos. Con carácter general la organización, evaluación, supervisión y responsabilidad progresiva del/de la residente y demás aspectos formativos/docentes se regularán según lo previsto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Oncología Médica (u otras)², se llevará a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada.

El esquema general relativo a los contenidos de este programa se distribuye en los siguientes apartados:

- Formación general transversal común con otras especialidades en ciencias de la salud a desarrollar durante los cuatro años de residencia (punto 10.4.).

² Se precisa modificar el anexo II del RD 183/2008, añadiendo como Unidad Docente Multidisciplinar la de Oncología, en la cual se formará a Médicos Especialistas en Oncología Médica y Psicólogos Especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa. Cabe la posibilidad de hacer extensible dicha modificación a la Unidad Docente de Medicina Interna, por la relación que guarda con el perfil de esta Especialidad, así como también añadirla a la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental.

-
- Formación teórica general básica en Psicooncología y Psicología Paliativa, a desarrollar durante los cuatro años de residencia (punto 10.5.).
 - Contenidos clínico-asistenciales. Rotaciones básicas y específicas vinculadas a los objetivos, actividades y conocimientos teóricos (punto 10.6.).
 - Atención continuada (punto 10.7.).

10.4. Formación teórica general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la salud

10.4.1. Bioética, ética asistencial y deontología profesional

- Principios de bioética.
- Metodología para el análisis del problema ético-asistencial.
- Derechos humanos, enfermedad crónica y final de vida.
- Relación profesional sanitario-paciente.
- Consentimiento informado.
- Consentimiento del menor y de paciente incapacitado.
- Confidencialidad y secreto profesional.
- Deontología profesional.
- Comités de ética asistencial y de investigación.

10.4.2. Organización y legislación sanitaria

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Estructura y organización funcional de los servicios de salud.
- Legislación aplicable a los profesionales sanitarios y los servicios de salud.
- Marco legal e institucional y organización funcional de la red de atención en oncología y cuidados paliativos –así como otras redes específicas de atención a otras poblaciones (tabaquismo, SIDA, ELA, etc.)- de la Comunidad Autónoma, y su articulación con otras redes y servicios.
- Marco jurídico-normativo en oncología y final de vida y aspectos legales relacionados con la asistencia a personas con las enfermedades citadas y final de vida.

10.4.3. Gestión clínica

- Planificación, programación de la actividad asistencial, dirección participativa por objetivos.

Indicadores de calidad en Psicooncología y Psicología Paliativa.

- Metodología de calidad. Sistemas de evaluación sanitaria. Indicadores. Guías de práctica clínica. Programas de gestión de calidad.
- Metodología en gestión de procesos. Conocimiento de la estructura y funciones de los dispositivos de salud, redes de servicios y programas de coordinación.
- Coordinación, dirección y gestión de equipos de trabajo. Metodología de trabajo en equipo.
- Estrategia Nacional de Oncología y Planes Autonómicos de Oncología (Adultos e Infantil, en su caso). Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos y Planes Autonómicos de Cuidados Paliativos (Adultos e Infantil, en su caso). Otras Estrategias Nacionales y Planes Autonómicos específicos dirigidos a otras poblaciones (tabaquismo, SIDA, ELA, etc.)
- Cartera de servicios del SNS y de la CCAA.
- Diseño, realización y evaluación de programas y servicios de salud.

10.4.4. Metodología de la Investigación

Durante su formación el/la residente debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación.

Debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación ya sea de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico, así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación.

Es recomendable que la formación transversal a la que se refiere este apartado se organice por la Comisión de Docencia juntamente con residentes de otras especialidades.

10.5. Formación teórica general básica en Psicooncología y Psicología Paliativa

Los contenidos del programa deberán estar articulados, en la medida de lo posible, con las actividades asistenciales de las sucesivas rotaciones. La finalidad del programa es profundizar en los conocimientos adquiridos durante la formación previa como psicólogo/a general, sobre los modelos, las técnicas y los recursos para el diagnóstico, la evaluación y los tratamientos psicológicos y su investigación en las diferentes etapas del ciclo vital.

El programa está enfocado a incrementar el conocimiento sobre los aspectos conceptuales, metodológicos, y de investigación relacionados con la enfermedad física, siendo la oncológica la que obtendrá una mayor profundización en su conocimiento, sin menoscabo de la no oncológica en estadocrónico avanzado- y su impacto a nivel psicológico. El programa, por ello, se centra primordialmente en la comprensión y el abordaje de los factores psicológicos desencadenantes y de mantenimiento de las enfermedades físicas y de las repercusiones psicológicas que las

enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en las personas. Asimismo, incluye contenidos relacionados con aspectos éticos y legales específicos de la Psicooncología y Cuidados Paliativos.

El conjunto de la formación teórica constituirá entre el 15% y 20% del tiempo total del programa formativo. Los contenidos podrán adquirirse mediante una metodología que favorezca el aprendizaje activo del/de la residente a través de: sesiones clínicas, bibliográficas, talleres, evaluaciones de competencias objetivas estructuradas (ECO), rol-playing, seminarios, clases regladas, magistrales, conferencias, cursos de doctorado, cursos de postgrado, de formación continua del SNS y otros. En todo caso, al/a la tutor/a le corresponderá velar porque los contenidos docentes se ajusten al programa y sean impartidos por personal cualificado para la docencia de postgrado y expertos en los temas que se vayan a impartir.

La formación se estructura en dos grandes apartados: el primero referido a los contenidos generales del programa formativo, y el segundo relacionado con los específicamente vinculados con los programas de rotación. Los contenidos de estos programas se incluyen en los apartados correspondientes.

10.5.1. Enfermedad física y afrontamiento

- Modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Atención integral desde la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados para mantener el bienestar, la calidad de vida y aliviar el sufrimiento.
- Continuum afrontamiento adaptativo – desadaptativo – trastorno mental y enfermedad física. Diferencias y actuación.
- Condicionantes culturales, sociales, y prevalencia del impacto psicológico por la enfermedad.
- Estrés y emoción en cáncer. Psiconeuroinmunología.

10.5.2. Marco conceptual, legal e institucional específico de la Psicooncología y Psicología Paliativa.

- El código deontológico en Psicología. Aspectos deontológicos específicos en Psicooncología y Psicología Paliativa.
- Definición y caracterización de la Psicooncología y Psicología Paliativa.
- Psicooncología y Psicología Paliativa. Funciones y objetivos del/de la psicooncólogo/a.
- Aspectos psicológicos y sociales que influyen en la adaptación a la enfermedad de paciente con enfermedad oncológica y no oncológica en estado avanzado y su familia.
- Psicooncología y Psicología Paliativa y valoración de los factores psicológicos relacionados con la salud. Alteraciones psicopatológicas y de los trastornos mentales relacionados con el cáncer y la enfermedad crónica y/o avanzada, y de sus implicaciones.
- El proceso de la investigación científica en Psicooncología y Psicología Paliativa: Definición del

problema, hipótesis, diseño, análisis de los resultados, discusión y redacción del informe.

- Valoración de la eficacia y la eficiencia de los tratamientos y los programas de evaluación e intervención en Psicooncología y Psicología Paliativa.

10.5.3. Evaluación Psicooncológica y Psicológica Paliativa:

- La entrevista clínica y la exploración psicológica, psicooncológica y psicopatológica.
- La historia clínica en Psicooncología y Psicología Paliativa.
- El proceso de valoración en Psicooncología y Psicología Paliativa.
- El informe psicológico y psicooncológico.
- Características especiales de la evaluación psicológica en población con enfermedades físicas.
- Criterios y sistemas de diagnóstico psicopatológico y de clasificación de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, cognitivos, del comportamiento y relacionales y su relación con la enfermedad física.
- Integración de la información. Formulación clínica del caso. Devolución de la información. Planificación de las intervenciones y su valoración.

10.5.4. Procedimientos de la intervención y tratamiento psicológico:

- Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas.
- Habilidades y estrategias de comunicación.
- Terapias eficaces en Psicooncología y Psicología Paliativa: bases teóricas y entrenamiento en su aplicación:
 - Psicoterapia y procedimientos cognitivo-conductuales.
 - Programas psicoeducativos.
 - Counselling.
 - Relajación progresiva, relajación autógena. Técnicas hipnóticas y de sugestión.
 - Técnicas de exposición.
 - Terapia de solución de problemas.
 - Terapia psicológica adyuvante.
 - Terapia de activación

-
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).
 - Terapia narrativa.
 - Terapia basada en la atención plena. Mindfulness.
 - Terapia expresivo-apoyativa. Terapia Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM).
 - Psicoterapia centrada en el sentido. Terapia de la dignidad. Intervenciones centradas en las necesidades espirituales.
 - Terapia de pareja. Terapia sexual.
- Promoción de la salud, con acciones encaminadas a contextualizar la enfermedad oncológica/crónica/avanzada y sus dimensiones, con especial énfasis en la lucha contra el estigma y la discriminación.
 - Niveles de intervención en psicoterapia y modalidades procedimentales en Psicooncología y Psicología Paliativa: Individual; Grupal; Pareja y familia; Institucional; Comunitaria.
 - Psicofarmacología.

10.5.5. Investigación en Psicooncología y Psicología Paliativa.

Los y las especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa deben ser capaces de aplicar sus conocimientos y habilidades de investigación, adquiridos en su formación como psicólogo/a, al campo de la salud y la enfermedad humanas. A lo largo del periodo formativo, el/la residente en Psicooncología y Psicología Paliativa debería desarrollar una investigación relacionada con los contenidos de la Especialidad, y preferentemente aplicada o traslacional, ya sea individualmente, en grupo, o incorporándose a un equipo, proyecto, o línea de investigación ya establecidos, dentro o fuera de la Unidad Docente Acreditada, contando en este último caso con la autorización del/de la Tutor/a.

El/la Tutor/a se ocupará de garantizar que la investigación sea adecuadamente dirigida o supervisada por personas expertas en el tema escogido por quien realiza la residencia. Al término del periodo formativo, la/el residente presentará los resultados de la investigación, a ser posible en el contexto de la Unidad Docente Acreditada. Cuando la investigación se haya realizado en el marco de un grupo, presentará un informe de su participación y, en su caso, de los resultados obtenidos hasta el momento, visado por el/la directora/a o supervisor/a de esta. Asimismo, adjuntará copia o relación de las publicaciones o informes científicos derivados de dicha investigación en los que haya participado y figure como autor/a. La realización de la Tesis Doctoral y/o de los trabajos de investigación previos a la misma, siempre que versen sobre contenidos relacionados con la especialidad y el/la tutor/a lo autorice, podrá también ser considerada en este apartado.

10.6. Contenidos clínico-asistenciales. Rotaciones básicas y específicas vinculadas a los objetivos, actividades y conocimientos teóricos

El circuito de rotación es el eje principal sobre el que se articulará la formación especializada entanto que da el soporte y aporta el marco de referencia para un aprendizaje basado en la práctica profesional con crecientes niveles de autonomía y responsabilidad en un proceso tutorizado. Las rotaciones por los distintos dispositivos asistenciales han de tener un marco definido: una red sanitaria de servicios especializados que integran la Unidad Docente Acreditada, sin perjuicio de la participación de otras como apoyo en la formación de quien realiza la residencia. Ello contribuirá a garantizar que el perfil del/de la **Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa** se adecúe a los avances científicos, la atención a la salud en cada momento y la progresiva transformación de la red asistencial.

Los distintos Servicios que formarán parte del circuito de rotación serán:

- a. El Servicio de Oncología Médica, que será, preferentemente, el eje central de referencia formativa, sin que sea óbice de que otros Servicios que puedan tener en su seno la figura del Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa y/o Unidades subsidiarias: Servicios, Dispositivos o Unidades de Cuidados Paliativos, Atención Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Hematooncología, Oncología Radioterápica, Cirugía, etc., ya sea en ámbito adulto como pediátrico. No obstante, podrán existir casos en los que sea alguno de los servicios anteriores los referentes en la formación de dicho Especialista, dependiendo de la organización del centro. Habrá de contar al menos con programas o unidades de atención ambulatoria y comunitaria a: niños/as, adolescentes, personas adultas, personas de edad, así como programas de apoyo y coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Equipos de educación, etc.
- b. Otros Servicios en los que la figura del/de la Psicooncólogo/a pueda formar parte de su estructura y sean objeto de su actividad: Ginecología, Nefrología, Geriátrica, Medicina Preventiva, Medicina Laboral, etc.
- c. Servicios en los que la figura de otros especialistas en Psicología son un componente básico y cuyos conocimientos son parte de la troncalidad en la formación del/de la Psicólogo/a Interno/a Residente en Psicooncología y Psicología Paliativa - además de poder ser subsidiarios de soporte por parte del/de la Psicooncólogo/a - Salud Mental (tanto en programas de Hospitalización de Agudos, como Comunitaria, de Enlace o Infantojuvenil) y Neurología (incluyendo Neurocirugía, tanto en ámbito adulto como pediátrico).
- d. Servicios o Unidades en los que el especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa pueda prestar soporte: Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias.

Todo ello, no es óbice de que se puedan realizar diferentes rotaciones con agentes comunitarios que establezcan los convenios correspondientes con los Servicios objeto de la rotación y las Unidades Docentes.

10.6.1. Distribución y duración de los períodos de rotación

El período de formación incluye los programas siguientes:

		Programas	Nº Meses	
Rotaciones Propias de la Especialidad	Psicooncología Adultos – Hospitalización y tratamientos	Oncología Médica (Hospitalización, Tratamientos Ambulatorios, Consulta Externa)	12	34
		Oncología Radioterápica (Tratamientos y Consulta Externa)		
		Cirugía Oncológica (Hospitalización y Consulta Externa)		
		Hematooncología (Hospitalización, Tratamientos Ambulatorios, Consulta Externa)		
	Prevención y promoción de la salud en cáncer y otras enfermedades.		2	
	Supervivencia y cronicidad en cáncer		2	
	Psicología Paliativa Adultos- Hospitalización	Hospital Agudos	4	
		Centros Media Estancia y Sociosanitarios.		
	Psicología Paliativa Adultos- Comunitaria	Atención Domiciliaria	4	
		Consulta Externa y Unidad de Día de Cuidados Paliativos		
	Psicooncología Pediátrica		4	
Psicología Paliativa Pediátrica		2		
Áreas de Formación Específica de la Especialidad (AFEs)		4		
Rotaciones otras especialidades o áreas comunes con otras especialidades	Atención Primaria		2	
	Programas de Enlace, Interconsulta u otros dispositivos de Psicología Hospitalaria		4	
	Psicología Clínica en Hospitalización y Urgencias		2	
	Psicología Clínica Infantojuvenil		1	
	Neuropsicología Clínica Adultos		2	
	Neuropsicología Clínica Pediátrica		1	
Rotaciones Libre disposición (pueden ser también AFEs de la propia especialidad o de otras especialidades)			2	2
TOTAL			48	

El/la tutor/a, en función de las posibilidades, disponibilidad y capacidad de la Unidad Docente Acreditada, Unidades Docentes Asociadas y convenios suscritos con otros Servicios autorizados y considerando los intereses de quien realiza la residencia, establecerá la continuidad de la rotación para la incorporación de esta/e a los programas para el desarrollo de áreas de formación específica. El tiempo mínimo para la rotación en un área de formación específica será de 2 meses. Las rotaciones de libre disposición tendrán en consideración las características propias, los intereses y las preferencias de los residentes, que serán tenidos en cuenta a la hora de planificar su concreción.

El circuito de rotación se organizará en dos bloques:

- a. Un bloque inicial, que a su vez se divide en dos fases:
 - I. Primera fase de toma de contacto con la actuación del/de la Psicólogo/a **Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa**, en presencia de dicha figura, que posteriormente se completa con rotaciones en los distintos Servicios en los que el/la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa desempeña su labor, con especial hincapié en los Servicios afines a la de Oncología (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematooncología) y Cuidados Paliativos, junto a la figura del especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa y/o con otras/os profesionales de las distintas especialidades médicas, enfermería, etc.;
 - II. Segunda fase en el que el/la residente en **Psicooncología y Psicología Paliativa** rotará por los servicios y dispositivos de los que forman parte Psicólogos/as de otras Especialidades como Psicología Clínica o Neuropsicología (ambas tanto en el ámbito adulto como infanto-juvenil), junto a la presencia de profesionales de otras especialidades de la psicología y/o de las especialistas de medicina y enfermería correspondiente a dichos Servicios.

De este modo, este bloque inicial cumple un doble objetivo: el de toma de contacto y familiarización con los distintos Servicios que son propios del ámbito de actuación de este especialista, tanto a nivel de desempeño propio como de funcionamiento de dichos Servicios de modo general y de adquisición de conocimientos troncales de Psicología necesarios para su especialización. Este bloque inicial abarca algo más del primer año y medio de la residencia.

- b. El segundo bloque se centra en la profundización y maximización del desarrollo de las competencias del/de la **Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa**. Durante casi los dos años y medio finales realizará su rotación por dispositivos específicos de actuación de su especialidad, donde desempeñen su labor Psicólogos/as Especialistas en Psicooncología y Psicología Paliativa, pudiendo realizar rotaciones libres (de ésta y otras especialidades) y/o de Formación Específicas (en áreas propias de la presente especialidad).

Así, la organización anual recomendable seguir cuando sea posible para los periodos de rotación sería la siguiente:

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Programa	Servicios Oncología - Psicooncología (I)				Cuidados Paliativos – Ps. Paliativa (I)		Prevención y Promoción Salud			Atención Primaria y Pediatría Comunitaria		SM / Ps. Cl. Hosp. y Urg.	R1
Meses	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Programa	Neurología / Neuropsi.		Neurología / Neuropsi. Inf.	SM / Ps. Cl. Inf.- Juv.	Oncología Pediátrica - Psicooncología Pediátrica				Cuidados Paliativos Pediátricos- Psi. Pal. Ped.		Progs. Psicológicos de Ic. y Enlace		R2
Meses	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Programa	Progs. Psicológicos de Ic. y Enlace		Servicios Oncología - Psicooncología (II)							Progs. Supervivencia y Cronicidad en cáncer			R3
Meses	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
Programa	Cuidados Paliativos – Psicología Paliativa (II)						Áreas de Formación Específica			Libre Disposición			R4

10.6.2. Objetivos específicos-operativos: Actividades por año de residencia

El Programa de Formación debe contar con el instrumento complementario del Libro del/de la Residente que tendrá las características que se citan en el artículo 18 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. En él deberán consignarse las actividades desarrolladas a lo largo de la rotación en cada uno de los programas, servicios o dispositivos. Las actividades que no aparezcan como tales en el Libro del/de la Residente deben consignarse y cuantificarse en los objetivos y actividades individualizados y acordados con el/la tutor/a para cada residente y en cada uno de los programas del circuito de rotación.

La Comisión de Docencia aprobará los protocolos pertinentes para áreas significativas, así como la persona que realice la tutorización impartirá las instrucciones pertinentes según las características individuales de cada residente, dotando a este/a último/a de distinto nivel de responsabilidad en la realización de las actividades, siendo mediante observación participante o realización directa.

A continuación, se desarrolla una propuesta para cada una de las rotaciones, describiendo los objetivos - “adquisición de competencias”- (A) en cada una de éstas, las actividades - “actuaciones para saber hacer”- (B) correspondientes a cada objetivo, y el programa teórico - “saber”- (C) relacionado con cada uno de los objetivos, de modo que las actividades y programa teórico pueden relacionarse con uno o más objetivos. De este modo, por ejemplo, una actividad que recoja los objetivos A.1. y A.2. estaría formulada como B.1., B.2. y, de igual modo, el programa teórico estaría identificado como C.1., C.2.

10.6.2.1. Psicooncología Adultos (I y II) - Oncología Médica (Consulta, Hospitalización, Hospital de Día, Consejo Genético Oncológico), Hemato-oncología y Radioterapia

Los objetivos, actividades y contenidos teóricos citados se desarrollarán a lo largo de toda la rotación (I y II) descrita. No obstante, en la primera parte de ésta (I) el objetivo es una primera toma de contacto con la figura del/de la Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa, en su rol profesional e introducción a los conceptos básicos de dicha especialidad, con el fin de un mayor aprovechamiento de las distintas rotaciones posteriores bajo este prisma. De este modo, al dividirla en dos fases se pretende que el residente pueda integrar el conocimiento adquirido desde un mayor aprendizaje y comprensión del programa en toda su extensión.

A. Objetivos

A.1. Conocer y manejar las implicaciones prácticas de los principios y bases organizativos del Sistema Nacional de Salud Español y de la Comunidad Autónoma que corresponda en relación con la red de atención en Oncología.

A.2. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento, circuito asistencial y gestión de los Servicios y Unidades que guarden relación con Oncología (Oncología Médica, Hematooncología, Oncología Radioterápica, Consejo Genético Oncológico, etc.)

A.3. Conocer los espacios de coordinación organizados desde los distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales relacionadas con Oncología.

A.4. Conocer y manejar los aspectos jurídico-legales de la práctica asistencial y la problemática legal de la atención a pacientes oncológicos.

A.5. Conocer los distintos tipos de enfermedad neoplásica, clasificación, aspectos diagnósticos, evolución y aspecto psicológicos relacionados.

A.6. Conocer los aspectos implicados en el cáncer heredo-familiar.

A.7. Conocer los principales tratamientos antineoplásicos, sus efectos secundarios más comunes y los aspectos psicológicos implicados.

A.8. Conocer los aspectos más complejos de la relación de los síntomas físicos de mayor prevalencia en las distintas patologías oncológicas con el estado psicológico y contribuir al control de estos mediante estrategias psicológicas.

A.9. Obtener los conocimientos necesarios para la formulación de casos en Psicooncología.

A.10. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de una entrevista clínica a la persona con patología oncológica, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, identificando su afrontamiento y posibles dificultades de adaptación al proceso de enfermedad, explorando la posibilidad de comorbilidad psicopatológica y/o de trastornos de etiología orgánica debidos a la enfermedad neoplásica o su tratamiento.

A.11. Adquirir y desarrollar las capacidades necesarias para el diseño y aplicación de intervenciones psicooncológicas adecuadas a las necesidades del paciente y de sus familiares.

A.12. Obtener los conocimientos para aplicar y valorar la eficacia de programas y procedimientos de intervención y tratamiento psicooncológicos, a nivel individual, familiar y grupal.

A.13. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de programas de atención a pacientes con enfermedad oncológica ingresados en diferentes servicios del hospital y sometidos/as a procedimientos relacionados con la Oncología, en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de estos, previniendo la tasa de reingresos futuros y mejorando la calidad de vida de personas enfermas y familiares.

A.14. Conocer y, en su caso, aplicar las Guías Clínicas nacionales e internacionales sobre tratamientos eficaces en Psicooncología.

A.15. Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de pacientes con enfermedad oncológica desde dichos Servicios y/o Unidades.

A.16. Alcanzar una adecuada formación en habilidades y técnicas de comunicación con la persona con enfermedad oncológica y su familia, incluyendo habilidades de autorregulación emocional.

A.17. Manejar adecuadamente las situaciones difíciles y la gestión de las malas noticias.

A.18. Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de pacientes con trastornos mentales derivados del diagnóstico, evolución, tratamiento y/o efectos secundarios oncológicos.

A.19. Conocer el impacto de la dimensión sociocultural y la multiculturalidad en su relación con la enfermedad oncológica. Saber abordar los conflictos que puedan derivar de las diferentes creencias y valores socioculturales entre el equipo y el binomio familia-paciente.

A.20. Manejar actitudes y respuestas de enfermos, familiares y profesionales derivados de la relación profesional-paciente.

A.21. Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares en Oncología y Unidades y Servicios afines.

A.22. Desarrollar la capacidad necesaria para asesorar y formar al equipo médico y de enfermería en las técnicas y habilidades de comunicación con pacientes con cáncer y sus familias.

A.23. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en Psicooncología y Psicología Paliativa.

A.24. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicooncología.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.7., B.8., B.15. Participar en la Consulta de Oncología Médica, de Hemato-oncología y Radioterapia oncológica.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.7., B.8., B.13., B.15. Participar en la dinámica de la hospitalización en planta de pacientes con patología oncológica o/y hematooncológica.

B.3., B.21. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.6. Participar en la Consulta de Consejo Genético Oncológico.

B.7. Participar en el circuito de atención a pacientes con patología oncológica (Hospital de Día oncológico, Sesiones y simulación previa de Radioterapia, TMO, etc.)

B.7., B.11. Realización programas de psicoprofilaxis médico-quirúrgica.

B.8. Participación en el control de los aspectos psicológicos relacionados con la sintomatología física derivada de la enfermedad oncológica.

B.9. Elaboración de informes psicológicos y registro de evolutivos de intervención, en caso de intervención.

B.9. Valoración inicial psicooncológica de paciente con patología neoplásica y su entorno familiar.

B.10. Confección de historias psicooncológicas.

B.11., B.15. Elaboración de informes, evolutivos e indicaciones de altas o seguimientos en Psicooncología.

B.11., B.12., B.13. Planificación, realización y seguimiento de intervenciones psicooncológicas individuales, familiares y de grupo.

B.11., B.14. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento específicas para pacientes oncológicos.

B.12. Participar y colaborar en programas preventivos, psicoeducativos y de promoción de la salud.

B.16., B.17., B.19., B.20., B.22. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información en situaciones difíciles con paciente oncológico y familiares y de autorregulación emocional.

B.18. Participar en la valoración y realización de diagnósticos diferenciales entre afrontamiento adaptativo, desadaptativo y existencia de trastornos psicopatológicos derivados del proceso de enfermedad oncológica.

B.21., B.22. Colaboración con otros profesionales para optimizar la atención a las necesidades de los pacientes atendidos en el ámbito sanitario.

B.21. Derivación a otros profesionales, programas y/o dispositivos sociosanitarios.

B.23. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad.

B.24. Participar en las actividades de formación.

C. Programa teórico

C.1., C.2., C.3. Planes directores de Oncología del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en Oncología.

C.2., C.3., C.15. Recursos y circuitos asistenciales en Oncología y relacionados.

C.4. Aspectos legales en la enfermedad y práctica oncológica.

C.5., C.6., C.7., C.8. Aspectos psicológicos relevantes en cáncer. Factores de protección y factores de vulnerabilidad.

C.5., C.7., C.11., C.3., C.14. Intervención psicooncológica en diferentes procedimientos y tratamientos antineoplásicos:

- Consejo genético oncológico y detección precoz.
- Preparación psicológica para la cirugía en general. Mastectomía y reconstrucción. Ostomías.
- Otras cirugías.
- Intervención psicológica y tratamiento quimioterápico.
- Intervención psicológica y radioterapia.
- Intervención psicológica en terapia hormonal e inmunoterapia
- Intervención psicológica de apoyo al trasplante de médula ósea.
- Adaptación psicológica en supervivientes de cáncer.

C.5., C.7., C.8., C.11., C.3., C.14. Abordaje psicológico de los síntomas y secuelas de las diferentes patologías oncológicas:

- Cáncer de pulmón y aspectos psicológicos asociados.
- Cáncer de mama y ginecológicos y aspectos psicológicos asociados.
- Cáncer colorrectal y tumores del aparato digestivo y factores psicológicos asociados.
- Cánceres neurológicos y factores psicológicos y neuropsicológicos asociados.
- Cánceres urológicos y aspectos psicológicos asociados.
- Cánceres de cabeza y cuello y factores psicológicos asociados.
- Enfermedades hematooncológicas y aspectos psicológicos asociados.

-
- Cánceres óseos y del aparato locomotor y aspectos psicológicos asociados.
 - Tumores de la piel y aspectos psicológicos relacionados.
 - Otros tipos de cáncer y sus aspectos psicológicos prevalentes.

C.9. Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico en psicooncología.

C.9. El screening del estrés o malestar emocional y el adecuado triaje de las personas que necesitan intervención según el nivel de complejidad.

C.9. Evaluación en Psicooncología:

- Evaluación de los síntomas físicos asociados a la enfermedad y el tratamiento tales como el dolor, fatiga, funcionalidad, alteraciones cognitivas, etc.
- Evaluación de síntomas de ansiedad, depresión, desmoralización, alteraciones en la imagen corporal y autoestima en cáncer.
- Evaluación de la calidad de vida mediante protocolos estandarizados (European Organisation for Research and Treatment of Cancer -EORTC-, Functional Assessment of Cancer Treatment -FACT-).
- Evaluación del afrontamiento del diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recaída y final de vida.
- Evaluación del impacto del cáncer en relaciones sociales, familiares y de pareja, de la función sexual y de las alteraciones sexuales que afectan al paciente y a su pareja.
- Evaluación del impacto laboral.
- Evaluación de hábitos saludables y conductas de riesgo.
- Evaluaciones de necesidades existenciales y espirituales.

C.9. Calidad de vida y oncología.

C.10. Habilidades de entrevista clínica y administración de pruebas de evaluación y psicodiagnóstico con pacientes con cáncer y sus familiares.

C.10. Psicopatología y cáncer.

C.11., C.14. Psicoeducación en cáncer.

C.11., C.14. Intervención familiar y cáncer:

- Terapia de pareja en pacientes con cáncer.
- Terapia familiar en pacientes con cáncer.

C.15. Atención continuada y seguimiento de pacientes con tratamientos antineoplásicos.

C.16., C.17., C.18. La comunicación con la persona con enfermedad oncológica y su familia. Evaluación de necesidades de informativas y de toma de decisión. Gestión emocional.

C.19. Multiculturalidad y cáncer.

C.20, C.21., C.22. La comunicación con el personal de medicina, enfermería y otras/os profesionales.

C.23. investigación aplicada en Psicooncología.

C.24. Formación de formadores en Psicooncología. Habilidades docentes y de la transmisión del conocimiento en Psicooncología.

10.6.2.2. Salud Pública - Prevención y Promoción de la Salud en cáncer y otras enfermedades no trasmisibles (ENT)

Esta rotación puede realizarse (o parte de ésta) en recursos asistenciales enfocados a la prevención y promoción de la salud tanto en entornos hospitalarios como en entornos comunitarios pertenecientes a asociaciones o instituciones cuya labor contemple los objetivos y actividades (o parte de éstos) señalados a continuación.

A. Objetivos:

A.1. Conocer la organización de las distintas instituciones implicadas en el abordaje preventivo del cáncer y otras enfermedades no trasmisibles (ENT), tanto en ámbito hospitalario como comunitario.

A.2. Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares en dicho ámbito.

A.3. Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde dichos Servicios, Unidades, Dispositivos u Organizaciones.

A.4. Adquirir conocimientos y actitudes sobre la promoción, prevención y educación para la salud (Eps) para la mejora de ésta y la disminución del riesgo de cáncer y otras patologías.

A.5. Dotar de los conocimientos y las habilidades necesarias para el diseño y puesta en práctica de planes, programas y proyectos de promoción de la salud. Adquirir competencias en el diseño, la gestión y la valoración de campañas en salud y prevención de ENT.

A.6. Adquirir competencias y habilidades para diseñar y poner en marcha programas y proyectos de Eps, tanto en la población general, atendiendo a colectivos específicos (infancia, adolescencia y juventud, personas mayores y de edad avanzada, migrantes, así como personas enfermas) teniendo en cuenta la perspectiva de género, como en sus distintos contextos (escuela, universidad, centros laborales, centros de salud, hospitales y comunidad).

A.7. Adquirir competencias para la evaluación de factores de riesgo de cáncer y otras ENT, desde los que puedan afectar a la salud de supervivientes de cáncer hasta a cuidadoras/es y familiares de pacientes con cáncer y/o subsidiarios de cuidados paliativos.

A.8. Conocer y tener competencias para evaluar y mejorar los factores determinantes de las conductas de adherencia a los programas de cribado y detección precoz de diferentes tipos de cáncer y otras ENT.

A.9. Adquirir competencias y habilidades para llevar a cabo intervenciones psicológicas de los proyectos de Eps individuales, grupales y comunitarios.

A.10. Adquirir competencias para la evaluación de los procesos y resultados de programas y proyectos de Eps.

A.11. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicooncología y Psicología Paliativa en cada uno de estos ámbitos.

A.12. Adquirir competencias para asumir funciones de coordinación, formación, investigación, valoración y gestión de programas y proyectos de Eps.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4. Participar en el funcionamiento de los equipos de los dispositivos de centros de salud, hospitalización y/u organizaciones donde se elaboren y gestionen los programas y proyectos de Eps y se realice su puesta en marcha.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.7., B.8. Participar en los dispositivos de detección precoz de patologías oncológicas (cáncer de mama, ginecológico, colorrectal, etc.) y/o relacionadas con las áreas objeto de la disciplina.

B.5., B.6., B.8. Participar en la realización de acciones enfocadas a la elaboración de mensajes y contenidos de salud idóneos para el objetivo y población diana, a través de materiales de difusión en sus diversas modalidades (texto, vídeo, redes sociales, etc.)

B.5., B.6., B.10. Participar y colaborar en programas preventivos, psicoeducativos y de promoción de la salud.

B.5., B.6., B.10. Evaluar procesos y resultados de proyectos de Eps.

B.6., B.7., B.8. Evaluar los factores de riesgo del cáncer mediante entrevista, cuestionarios y observaciones en la infancia, adolescencia, población adulta y personas mayores o de edad avanzada en distintos contextos (escolares, universitarios, laborales, centros de mayores u otros).

B.8. Evaluar actitudes y creencias en salud de la población que determinan la participación en programas de cribado del cáncer y en actividades preventivas. Determinar estadios del cambio y planificar las acciones necesarias que mejoren la adherencia a las recomendaciones de cribado del cáncer.

B.9. Planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos individuales, de pareja, de familia y de grupo, a nivel de prevención universal y selectiva en cáncer y otras ENT.

B.11. Participar en líneas de investigación relacionadas con la especialidad dentro de cada Servicio.

B.12. Participar en las actividades de formación relacionadas con la especialidad.

C. Programa teórico:

C.1., C.2. Recursos y dispositivos asistenciales en Prevención del cáncer y otras ENT.

C.1., C.3., C.4. Planes directores de Prevención del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en esta área.

C.2., C.4., C.10. Las competencias y habilidades para la coordinación y gestión de programas y proyectos de Eps con equipos inter/multidisciplinares.

C.4., C.5. Caracterización de la promoción y educación para la salud. C.4., C.5. Educación para la salud y cáncer. Eps y otras ENT.

C.4., C.7., C.8. Factores de riesgo y cáncer I. Tabaquismo.

C.4., C.7., C.8. Factores de riesgo y cáncer II. Alimentación, control del peso y ejercicio físico. C.4., C.7., C.8. Factores de riesgo y cáncer III. Drogas, Alcohol y exposición solar.

C.4., C.7., C.8. Aspectos psicológicos y sociales en la detección precoz del cáncer.

C.4, C.5., C.6, C.9 Competencias y habilidades psicológicas para la puesta en marcha de programas o proyectos de Eps. Adaptación al contexto de aplicación. Presentación del proyecto. Aceptación y compromiso de las personas y organizaciones. Selección y evaluación de los participantes. Aplicación de las intervenciones de aprendizaje. Evaluación de procesos y resultados.

C.5., C.6., C.10. Diseño de planes, programas y proyectos de Eps. Modelos de actuación: Preceder-proceder, para la realización de campañas de salud, Creencias en la Salud, Acción Razonada, de Procesos Paralelos Extendidos, Niveles de Cambio.

C.5., C.6., C.10. Comunicación persuasiva. Elaboración de mensajes de salud.

C.5., C.6., C.10. Elaboración de proyectos de Eps para cada factor de riesgo. Diagnóstico epidemiológico y social. Conductas y estilos de vida, Ambientes. Factores predisponentes, reforzantes, y posibilitantes. Diseño del proyecto de Eps. Objetivos. Población diana. Contexto de aplicación. Actividades de aprendizaje. Secuenciación de actividades. Valoración de los procesos y resultados.

C.4., C.5., C.10., Programas y proyectos de Eps en contextos escolares, laborales, centros de salud, hospitales y comunitario, con distintas poblaciones diana. Eps en supervivientes de cáncer. Eps en familiares y cuidador/aes de pacientes con cáncer y/o subsidiarios de cuidados paliativos.

C.11. Líneas de investigación en el campo de la prevención del cáncer y otras ENT.

C.12. La transmisión del conocimiento en la prevención del cáncer y otras ENT.

10.6.2.3. Supervivencia.

Esta rotación puede realizarse en recursos asistenciales de atención primaria pero especialmente en entornos comunitarios pertenecientes a asociaciones o instituciones cuya labor contemple los objetivos y actividades señalados a continuación.

A. Objetivos:

A.1. Conocer la cartera de servicios del SNS y de la Comunidad Autónoma que corresponda con relación a las Unidades específicas de atención a la supervivencia y a largos/as supervivientes.

A.2. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la identificación y abordaje de problemas específicos de los/las supervivientes: fatiga o cansancio, dolor, trastornos psicológicos, relaciones interpersonales, adaptación emocional, social y laboral, y las complicaciones reproductivas.

A.3. Alcanzar una adecuada formación en la evaluación de la calidad de vida e identificación de necesidades del/de la superviviente no cubiertas: problemas cognitivos, emocionales, sexuales, reproductivos, así como la reinserción laboral y escolar.

A.4. Alcanzar una adecuada formación en habilidades y técnicas de comunicación con supervivientes de cáncer.

A.5. Adquirir y desarrollar las capacidades necesarias para el diseño y aplicación de intervenciones psicooncológicas y psicoterapéuticas adecuadas a las necesidades de supervivientes de cáncer.

A.6. Conocer los aspectos psicológicos, sociales, interpersonales y laborales que influyen en la adaptación a la vida cotidiana de supervivientes de cáncer. Factores de protección y riesgo.

A.7. Desarrollar la capacidad necesaria para asesorar y formar al equipo de medicina y de enfermería tanto a nivel hospitalario como de atención primaria en la evaluación del distrés, así como en las técnicas y habilidades de comunicación con supervivientes de cáncer.

A.8. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en los factores implicados en la mejora de la calidad de vida en la supervivencia de cáncer tanto cuando el cáncer afecta en la edad adulta como en la infancia y adolescencia.

B. Actividades:

B.2., B.3., B.4. Screening, triaje y valoración inicial de las necesidades de supervivientes de cáncer y su entorno familiar.

B.2., B.3. Confección de historias psicooncológicas. Evaluación de los aspectos psicológicos tardíos derivados del proceso de enfermedad.

B.2., B.3. Elaboración de informes clínicos e indicaciones de derivación y alta.

B.5., B.6., B.7. Planificación, realización y seguimiento de intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas individuales, familiares y de grupo.

B.5., B.6., B.7. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento específicas sobre las secuelas psicológicas y sociales para supervivientes de cáncer.

B.1., B.7. Participación en los programas de intervención multidisciplinar en supervivientes tanto desde atención primaria como hospitalaria.

B.7. Colaboración con otros/as profesionales para optimizar la atención a las necesidades de salud mental de los supervivientes de cáncer atendidos en el ámbito sociosanitario.

B.1., B.7. Derivación a otros profesionales, programas y/o dispositivos sociosanitarios dirigidos a supervivientes.

B.7. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad.

C. Programa teórico:

C.1., C.2. Efectos secundarios tardíos y secuelas del cáncer y de los tratamientos oncológicos.

C.2. Aspectos psicológicos relevantes en relación con la supervivencia del cáncer.

C.3., C.6. Evaluación psicooncológica de las necesidades de supervivientes de cáncer.

C.2., C.3. Trastornos psicopatológicos tras un proceso oncológico. Diagnóstico diferencial con otros trastornos psicopatológicos de etiología orgánica debidos a la enfermedad neoplásica o su tratamiento. Criterios de intervención y derivación a otros dispositivos asistenciales.

C.4. Intervención psicológica y psicoterapéutica en supervivientes de cáncer dirigida a aquella problemática que aparece o persiste más allá del tratamiento activo del cáncer.

C.4. Intervención psicológica en la gestión emocional del miedo a la recaída y/o recurrencia de la enfermedad.

C.2., C.3., C.6., Calidad de vida y supervivencia.

C.6. Adaptación psicológica en supervivientes de cáncer en la vuelta a la vida cotidiana.

C.6. Impacto del cáncer y la supervivencia en la comunicación con el entorno: pareja, familiar, social, laboral, personal sanitario, etc.

C.2., C.4., C.6. Recomendaciones dietéticas y de promoción de la salud sobre determinados problemas de salud de supervivientes de cáncer (comorbilidades, segundas neoplasias, secuelas...).

10.6.2.4. Psicología Paliativa Adultos (I y II) - Cuidados Paliativos (Hospital Agudos, Media Estancia - Sociosanitario y Domicilio)

Los objetivos, actividades y contenidos teóricos citados se desarrollarán a lo largo de toda la rotación (I y II) descrita. No obstante, en la primera parte de ésta (I) el objetivo es una primera toma de contacto con la figura del/de la Psicólogo/a Especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa, en el campo de los Cuidados Paliativos a modo de

introducción, aproximándose así a los conceptos básicos de dicha especialidad, con el fin de un mayor aprovechamiento de las distintas rotaciones posteriores bajo este prisma. De este modo, al dividirla en dos fases se pretende que el residente pueda integrar el conocimiento adquirido desde un mayor aprendizaje y comprensión del programa en toda su extensión.

A. Objetivos:

A.1. Conocer y manejar las implicaciones prácticas de los principios y bases organizativos del Sistema Nacional de Salud Español y de la Comunidad Autónoma que corresponda en relación con la red de atención en Cuidados Paliativos.

A.2. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento, circuito asistencial y gestión de los dispositivos y unidades de Cuidados Paliativos.

A.3. Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde los distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales en Cuidados Paliativos.

A.4. Conocer y manejar los aspectos jurídico-legales y bioéticos de la práctica asistencial y la problemática legal y bioética en la atención a pacientes subsidiarios de recibir cuidados paliativos.

A.5. Conocer los principales grupos de atención subsidiarios de recibir cuidados paliativos, las principales características de éstos, manifestaciones clínicas, evolución y datos pronósticos según patología, tanto oncológica como no oncológica.

A.6. Conocer los criterios de complejidad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y al final de la vida y la atención según niveles asistenciales.

A.7. Conocer y saber aplicar los instrumentos de valoración de la enfermedad útiles y adecuados en cuidados paliativos.

A.8. Conocer los principales tratamientos implementados en Cuidados Paliativos y efectos secundarios más comunes de éstos.

A.9. Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de pacientes con enfermedad avanzada desde los dispositivos de Cuidados Paliativos.

A.10. Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos sobre la atención psicológica en procesos de enfermedad avanzada que se enmarquen en los actuales modelos de intervención biopsicosocioespiritual.

A.11. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño, realización y valoración de actividades de consejo, asesoramiento, información y tratamientos psicológicos de soporte a familiares y cuidadoras/es de personas en la etapa final de la vida, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas y culturales tanto a nivel individual, como familiar y grupal.

A.12. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de una entrevista clínica a pacientes con enfermedad avanzada, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, identificando su afrontamiento y posibles dificultades de adaptación al proceso de enfermedad, explorando la posibilidad de comorbilidad psicopatológica y/o de trastornos de etiología orgánica debidos a la enfermedad o su tratamiento.

A.13. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a pacientes en la etapa final de la vida en contexto domiciliario y ambulatorio en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de referencia, previniendo la tasa de posibles ingresos futuros y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

A.14. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a pacientes en la etapa final de la vida ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de estos, previniendo la tasa de reingresos futuros y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

A.15. Conocer los aspectos más complejos de la relación de los síntomas físicos de mayor prevalencia en la enfermedad avanzada con el estado psicológico y contribuir al control de estos mediante estrategias psicológicas. Conocer los aspectos psicológicos más destacados de las principales enfermedades subsidiarias de abordaje paliativo.

A.16. Conocer y, en su caso, aplicar las Guías Clínicas nacionales e internacionales sobre tratamientos eficaces de Psicología en Cuidados Paliativos, así como las Guías de Práctica clínica en vigor.

A.17. Manejar adecuadamente las situaciones difíciles y la gestión de las malas noticias al final de la vida, incluyendo habilidades de autorregulación emocional.

A.18. Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de pacientes con enfermedad avanzada y trastornos mentales derivados del diagnóstico, evolución, tratamiento y/o efectos secundarios de los tratamientos médicos recibidos.

A.19. Conocer el impacto de la dimensión sociocultural y la multiculturalidad en los aspectos especializados en la práctica de los cuidados paliativos. Saber abordar los conflictos que puedan derivar de las diferentes creencias y valores socioculturales entre el equipo y el binomio familia-paciente al final de la vida.

A.20. Conocer los aspectos psicológicos implicados en la toma de decisiones al final de la vida y los escenarios clínicos más concurrentes.

A.21. Obtener los conocimientos necesarios para la detección y evaluación de factores de riesgo de complicaciones en duelo relacionados con enfermedad avanzada.

A.22. Desarrollar las competencias para la implementación de programas de atención psicológica a dolientes por la pérdida de un ser querido por enfermedad avanzada con factores de complicaciones en el proceso de duelo y la posible sintomatología concomitante.

A.23. Adquirir conocimientos y habilidades para el trabajo multidisciplinar en equipos de atención a pacientes en la etapa final de la vida.

A.24. Obtener los conocimientos necesarios para la formulación de casos y planteamiento de objetivos a nivel interdisciplinar.

A.25. Manejar actitudes y respuestas de los enfermos, cuidadoras/es y profesionales derivados de la relación profesional-paciente.

A.26. Desarrollar la capacidad necesaria para asesorar y formar al equipo de medicina y de enfermería en las técnicas y habilidades de comunicación con pacientes con enfermedad avanzada y sus familias.

A.27. Adquirir las herramientas necesarias para la supervisión y el apoyo al personal del equipo interdisciplinar con el objetivo de mejorar el rendimiento, el autocuidado, el desarrollo profesional y personal de miembros del equipo de cuidados paliativos. Ser capaz de identificar las diferentes áreas donde puede proporcionarse apoyo y asesoramiento a nivel individual, de equipos y organizacional con respecto al desarrollo de un marco psicológico congruente para entender las necesidades de la fase final de la vida.

A.28. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación de Psicología en Cuidados Paliativos.

A.29. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicología en Cuidados Paliativos.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9. Participar en el pase de planta de pacientes ingresados/as que están recibiendo cuidados paliativos, tanto en hospitalización de agudos como en centros sociosanitarios.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9. Participar de las visitas domiciliarias realizadas a pacientes con necesidades paliativas con atención en dicho contexto.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9. Participar en la Consulta externa de Cuidados Paliativos.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9. Participar en la dinámica de las Unidades de Día de Cuidados Paliativos.

B.6., B.7., B.10., B.11. Valoración inicial de los aspectos y necesidades psicológicas de pacientes con enfermedades avanzadas oncológicas y no oncológicas y su entorno familiar.

B.9., B.13., B.14. Elaboración de informes, evolutivos e indicaciones de altas o seguimientos psicológicos en Cuidados Paliativos.

B.12. Realización de historias psicológicas en pacientes al final de la vida y familiares.

B.13., B.14. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas y plan de cuidados para personas que requieren Cuidados Paliativos a diferentes niveles (individual, familiar), recogiendo las dificultades de paciente, cuidador/a informal y equipo sanitario, basándose en la evidencia de la teoría psicológica, teniendo en cuenta la necesidad de adaptación a una expectativa vital limitada en el tiempo, la multifactorialidad de la sintomatología, la complejidad de los problemas, la historia socio-familiar y el contexto cultural.

B.13., B.14. Realizar acciones preventivas de cuidado a la familia según los estadios de la enfermedad mediante el diseño y puesta en marcha de programas de atención psicológica a tal efecto.

B.15. Participación en el control de los aspectos psicológicos relacionados con sintomatología física y manejo del estrés derivados de la enfermedad crónica y/o avanzada.

B.10., B.16. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento específicas para pacientes al final de la vida y cuidadores.

B.17., B.19., B.25., B.26. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información en situaciones difíciles con pacientes al final de la vida y familiares, y de autorregulación emocional.

B.17. Participar en la valoración y realización de diagnósticos diferenciales entre afrontamiento adaptativo, desadaptativo y existencia de trastornos psicopatológicos derivados del proceso de enfermedad avanzada.

B.20. Participar en los procesos de toma de decisiones al final de la vida valorando los factores psicológicos implicados en ésta.

B.20. Diseñar y ejecutar programas de soporte y asesoramiento psicológico orientados a la mejora de la implantación de la planificación de decisiones anticipadas (PDA).

B.21., B.22. Elaborar y aplicar programas individuales, familiares y grupales de prevención y/o atención psicológica al proceso de duelo.

B.23., B.24., B.25., B.26., B.27. Colaboración con el equipo multidisciplinar en el diseño y ejecución de programas de necesidades y plan de cuidados para enfermos que requieren Cuidados Paliativos.

B.28. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas dentro del equipo interdisciplinar.

B.29. Participar en las actividades de formación.

C. Programa teórico:

C.1., C.2., C.3. Planes directores de Cuidados Paliativos del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en Cuidados Paliativos.

C.4., C.20. Recomendaciones éticas y guías de buena práctica clínica sobre cuidados paliativos.

C.4., C.20. Legislación relacionada con el derecho a la autonomía de pacientes. Voluntades anticipadas y proceso de planificación anticipada de decisiones. Así como toda la legislación implicada en los procesos de final de vida.

C.4., C.20. Escenarios en la toma de decisiones en enfermedad crónica avanzada y al final de la vida.

C.4., C.20. Valoración de competencia para la toma de decisiones en procesos de enfermedad avanzada. Aspectos psicológicos implicados.

C.4., C.20. Planificación de decisiones anticipadas, concepto y desarrollo. Aspectos psicológicos implicados.

C.4., C.20. Situación de los últimos días e intervención psicológica durante este proceso. C.4., C.20. Sedación y aspectos psicológicos relacionados.

C.5. Principales enfermedades objeto de abordaje paliativo (cánceres avanzados, insuficiencias de órgano en estado avanzado -cardíaca, renal, hepática, EPOC-, ELA y enfermedades de la motoneurona, demencias en estado avanzado -Parkinson, Corea de Huntington, Alzheimer- y SIDA en fase avanzada) Características y sintomatología habitual, evolución y pronóstico, tratamientos e implicaciones en cada una de ellas. Aspectos psicológicos relacionados. Abordaje de éstos.

C.6. Niveles de complejidad en enfermedad crónica avanzada y al final de la vida. Aplicación de pruebas de evaluación y desarrollo de informes.

C.7., C.8., C.15., C.16. Tratamiento farmacológico y psicológico del dolor en Cuidados Paliativos y efectos secundarios de los mismos.

C.7., C.8., C.15., C.16. Tratamiento farmacológico y psicológico de otros síntomas prevalentes en Cuidados Paliativos (disnea, astenia, insomnio, mareos, náuseas, vómitos, hipo, sintomatología gastrointestinal, prurito, etc.) y efectos secundarios de los mismos.

C.10. Proceso de enfermedad y afrontamiento de la muerte.

C.7., C.11., C.12., C.19. Evaluación psicológica en Cuidados Paliativos:

- Exploración de creencias y valores personales, sociales y culturales de paciente y familia en relación con la enfermedad y la muerte.
- Detección de problemas de comunicación (por ejemplo, pacto de silencio).
- Valoración de amenazas, necesidades y recursos de paciente y familia.
- Instrumentos de valoración familiar útiles en cuidados paliativos. Valoración de la sobrecarga del/de la cuidador/a.
- Valoración de aspectos espirituales de paciente y familia.

C.10., C.11., C.12., C.19. Creencias y valores socioculturales sobre la enfermedad, el dolor, y la muerte. Rituales y despedidas. Actitudes ante la muerte.

C.10., C.11., C.13., C.14., C.15., C.16. Tratamientos psicológicos eficaces en Cuidados Paliativos.

C.11. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos en personas de edad avanzada.

C.12. Habilidades de entrevista clínica y administración de pruebas de evaluación y psicodiagnóstico con pacientes con enfermedad avanzada y sus familiares.

C.11., C.13., C.14. Cuidado del/de la cuidador/a. Programas de atención psicológica al/a la cuidador/a informal durante el proceso de acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada.

C.17. Técnicas y procedimientos para la comunicación con familiares, cuidadoras/es, y pacientes en los procesos de enfermedad avanzada. Gestión de las emociones en la atención al final de la vida.

C.18. Psicopatología y enfermedad avanzada.

C.21. Duelo y enfermedad avanzada:

- Evaluación, diagnóstico en los procesos de duelo asociados a la enfermedad y la muerte.
- Prevención del duelo complicado.
- Factores protectores y de riesgo de duelo complicado.
- Tratamiento psicológico de complicaciones en el proceso de duelo secundarias a enfermedad avanzada.

C.22, C.24., C.25., C.26., C.27. Equipos multidisciplinares y abordaje interdisciplinar en cuidados paliativos: organización, desarrollo y dificultades y aspectos psicológicos implicados.

C.23., C.24., C.25., C.26., C.27. El equipo en Cuidados Paliativos. Abordaje multidisciplinar, interdisciplinar y propio de cada rol profesional.

C.28. La investigación aplicada en Psicología en Cuidados Paliativos.

C.29. Formación de formadores en Psicología en Cuidados Paliativos: Habilidades docentes y de la transmisión del conocimiento de los aspectos relacionados con la Psicología en Cuidados Paliativos.

10.6.2.5. Psicooncología Pediátrica.

A. Objetivos:

A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento, circuito asistencial y gestión de los Servicios y Unidades implicadas en la atención pediátrica oncológica y de niños/as y adolescentes con enfermedad avanzada (Pediatria, Oncología y Hemato-Oncología Pediátrica, Oncología Radioterápica Pediátrica, Neumología Pediátrica, Cuidados Paliativos Pediátricos, etc.)

A.2. Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde los distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales relacionadas con la Oncología.

A.3. Conocer y manejar los aspectos ético-legales de la práctica asistencial a pacientes pediátricos.

A.4. Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares de Atención Pediátrica.

A.5. Conocer los distintos tipos de enfermedad neoplásica, clasificación, aspectos diagnósticos y evolución en Pediatría.

A.6. Conocer los aspectos implicados en el cáncer hereditario infantil.

A.7. Conocer los principales tratamientos antineoplásicos en Oncología Pediátrica y sus efectos secundarios más comunes.

A.8. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y aplicación de técnicas de comunicación, actividades de información y soporte psicológico a niños/as y adolescentes sometidos/as a tratamientos antineoplásicos, teniendo en cuenta las características sociodemográficas.

A.9. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de la entrevista clínica a niños/as y adolescentes sometidos/as a diferentes tratamientos antineoplásicos, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, identificando su afrontamiento y posibles dificultades de adaptación al proceso de enfermedad, explorando la posibilidad de comorbilidad psicopatológica y o de trastornos de etiología orgánica debidos a la enfermedad o su tratamiento.

A.10. Conocer y saber aplicar instrumentos de valoración del niño/a y adolescente útiles y adecuados en Pediatría Oncológica.

A.11. Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos sobre el proceso de atención psicológica a niñas/os y adolescentes con enfermedad neoplásica y sus padres, adaptado al momento evolutivo de éstos y bajo el marco de los actuales modelos de intervención biopsicosocioespiritual.

A.12. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de consejo, asesoramiento, información y soporte psicológico a padres, madres, hermanos/as, otros/as familiares y cuidadoras/es de niños/as y adolescentes sometidos/as a tratamientos antineoplásicos.

A.13. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a niños/as y adolescentes sometidos/as a tratamientos antineoplásicos ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de estos, previniendo la tasa de reingresos futuros y mejorando la calidad de vida de los enfermos y familiares.

A.14. Conocer los aspectos más complejos de la relación de los síntomas físicos de mayor prevalencia en la enfermedad con el estado psicológico y contribuir al control de estos mediante estrategias psicológicas.

A.15. Conocer y, en su caso, aplicar las Guías Clínicas nacionales e internacionales sobre tratamientos eficaces de Psicooncología Pediátrica.

A.16. Manejar adecuadamente las situaciones difíciles y la gestión de las malas noticias en oncología pediátrica.

A.17. Saber implementar habilidades de autorregulación emocional en estos ámbitos.

A.18. Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de niños/as y adolescentes con trastornos mentales por enfermedades médicas y que sean subsidiarios de tratamientos antineoplásicos.

A.19. Conocer el impacto de la dimensión sociocultural y la multiculturalidad en los aspectos especializados en la práctica de la Psicooncología. Saber abordar los conflictos que puedan derivar de las diferentes creencias y valores socioculturales entre el equipo, paciente, padres y otros familiares o entorno cercano.

A.20. Conocer los aspectos psicológicos implicados en la toma de decisiones y los escenarios clínicos más concurrentes en la atención psicooncológica pediátrica.

A.21. Conocer la red de instituciones sociales, educativas y judiciales que puedan tener relación con la atención psicológica y bienestar de niñas/os y adolescentes con enfermedad neoplásica, y manejar las herramientas propias para el desarrollo de programas de intervención dirigidos al entorno social y la escuela, incidiendo en la planificación académica y relaciones sociales.

A.22. Obtener los conocimientos necesarios para la formulación de casos y planteamiento de objetivos a nivel interdisciplinar.

A.23. Saber manejar actitudes y respuestas de los niños/as y adolescentes, cuidadores/as y profesionales derivados de la relación profesional-paciente.

A.24. Desarrollar la capacidad necesaria para asesorar y formar al equipo médico y de enfermería en las técnicas y habilidades de comunicación con los niños/as y adolescentes con enfermedad neoplásica, sus madres, padres, hermanos/as y otros/as familiares.

A.25. Adquirir las herramientas necesarias para el apoyo al personal del equipo para mejorar el rendimiento y el autocuidado. Ser capaz de identificar las diferentes áreas donde puede proporcionarse apoyo y asesoramiento a personas, equipos y organizaciones con respecto al desarrollo de un marco psicológico congruente para entender las necesidades de pacientes y sus madres, padres y otros/as familiares durante el proceso de tratamiento oncológico.

A.26. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en Psicooncología Infanto-juvenil.

A.27. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicooncología Infanto-juvenil.

B. Actividades:

B.1. Participar en las consultas de atención a niños/as y adolescentes sometidos/as a tratamientos antineoplásicos y sus familiares.

B.1., B.4. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.3., B.6. Participar en la Consulta de Consejo Genético Oncológico.

B.1. B.4. B.5. B.7. Participar en el circuito de atención a pacientes con neoplasias (Hospital de Día oncológico, Sesiones y simulación previa de Radioterapia, TMO, etc.)

B.8 B.9. B.10. B.11. B.12. B.13. Elaboración de informes psicológicos y registro de evolutivos de intervención, en caso de intervención.

B.9. B.10. Valoración inicial de los aspectos y necesidades psicológicas de niños/as y adolescentes con enfermedades oncológicas.

B.9. B.10. Realización de historias psicológicas niños/as y adolescentes con enfermedad neoplásica, madres, padres, hermanos/as y otros/as familiares.

B.13. B.14. B.21. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas y plan de cuidados para niñas/os y adolescentes sometidos a tratamientos antineoplásicos a diferentes niveles (individual, familiar, social), recogiendo las dificultades de éstos, madres, padres, hermanos/as y otras/os familiares y equipo sanitario, teniendo en cuenta la necesidades de adaptación de cada uno, la expectativa evolutiva y de pronóstico, la multifactorialidad de la sintomatología, la complejidad de los problemas, la historia socio- familiar y el contexto cultural.

B.13. B.14. B.16. B.20. Elaboración de informes, evolutivos e indicaciones de altas o seguimientos psicológicos en Psico-oncología Pediátrica.

B.12. B.19. B.20. Realizar acciones preventivas de cuidado a madres, padres, hermanas/os y otras/os familiares según momentos y estadios de la enfermedad oncológica, mediante el diseño y puesta en marcha de programas de atención psicológica a tal efecto.

B.14. Participación en el control de los aspectos psicológicos relacionados con sintomatología física y manejo del estrés en el/la paciente pediátrico/a, derivados de la enfermedad neoplásica y sus tratamientos, adaptado al momento evolutivo.

B.8. B.19. B.24. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información en situaciones difíciles con menores sometidos a tratamientos antineoplásicos y familiares, así como de autorregulación emocional.

B.14. Participar en la valoración y realización de diagnósticos diferenciales entre afrontamiento adaptativo, desadaptativo y existencia de trastornos psicopatológicos derivaos de la enfermedad neoplásica y sus tratamientos.

B.8. B.16. Participar en los procesos de toma de decisiones, valorando los factores psicológicos implicados en ésta.

B.8. B.16. Diseñar y ejecutar de programas de soporte y asesoramiento psicológico orientados a la mejora de la implantación de la planificación de decisiones anticipadas (PDA).

B4. Participar y colaborar en la coordinación con instituciones sociales, educativas y judiciales involucradas en la atención a niños/as y adolescentes con enfermedad neoplásica. Implementar de forma coordinada con dichas instituciones programas de apoyo a dichos ámbitos.

B.26. Colaboración con el equipo interdisciplinar en el diseño y ejecución de programas de necesidades y plan de cuidados en Psicooncología Infanto-juvenil.

B.27. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad/Servicio.

B.27. Participar en las actividades de formación.

C. Programa teórico:

C.15. Planes directores de Oncología del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en dichos ámbitos.

C.1. C.2. C.4. Recursos y circuitos asistenciales en Oncología Pediátrica y relacionados.

C.16. Aspectos legales en la enfermedad y práctica de la Oncología Pediátrica, especialmente legislación relacionada con la autonomía del/de la menor y toma de decisiones. Bioética en Oncología Pediátrica.

C.5. Principales tipos de cáncer en Oncología Pediátrica y estadiaje. Evolución de la enfermedad y pronóstico. Aspectos psicológicos propios.

- Tumores del Sistema Nervioso Central.
- Enfermedad hematooncológica: Leucemia, Linfoma no Hodgkin, Enfermedad de Hodgkin.
- Sarcomas y otros tumores del aparato locomotor.
- Tumores endocrinos.
- Otros tumores en la infancia.
- Síndromes oncológicos en la infancia.

C.6. Cáncer Hereditario Infantil. Consejo Genético oncológico.

C.7. Tratamientos en Oncología Médica Radioterápica Hemato-Oncología Pediátrica, tratamientos Quirúrgicos en cáncer infantil y efectos secundarios de los mismos.

C.9 C.10 C.14 C.16 C.20 Aspectos básicos del desarrollo socioafectivo, moral y de la personalidad: apego y emociones en la infancia.

C.9. C.10 C.14 C.16 C.20 Aspectos básicos del desarrollo cognitivo en la etapa infantil: Concepto de enfermedad.

C.9., C.10., C.14., C.16., C.20. Aspectos básicos del desarrollo psicomotor en la etapa infantil: impacto de los daños adquiridos por la enfermedad.

C.9., C.10., C.14., C.16., C.20. Aspectos psicológicos relevantes en Oncopediatría. Cáncer infantil. Factores de protección y factores de vulnerabilidad.

C.9., C.10., C.14., C.16., C.20. El screening del estrés o malestar emocional en niños/as y adolescentes.

C.9., C.10., C.14., C.16., C.20. Alteraciones y rehabilitación neurocognitivas del/de la niño/a y del adolescente con cáncer.

C.9., C.10., C.14., C.16., C.20. El entorno del menor y adolescente con cáncer. Impacto del cáncer sobre la familia de paciente: padres, madres y hermanos/as.

C.14 Evaluación en Psicooncología Pediátrica:

- La entrevista y técnicas de observación.
- Aspectos básicos de neuropsicología infanto-juvenil: conocimiento de pruebas clave.
- Pruebas estandarizadas.
- Evaluación del afrontamiento del diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recaídas, etc. en pacientes, padres, madres y otras/os familiares.
- Evaluación del impacto del cáncer en relaciones con iguales, hermanos/as, madres, padres y otros/as familiares.
- Evaluación del impacto académico laboral.
- Evaluación de hábitos saludables y conductas de riesgo en adolescentes.
- Calidad de vida y oncología.

C.8., C.12., C.13., C.14., C.16., C.19., C.20., C.21., C.26. Intervención Psicooncológica infantil. Contextos, procedimientos y técnicas de intervención psicológica:

- Consejo genético oncológico infantil y detección precoz.
- Preparación psicológica para la cirugía pediátrica. Intervención en secuelas.
- Intervención psicológica y tratamiento quimioterápico en pediatría.

- Intervención psicológica y radioterapia en pediatría.
- Intervención psicológica en terapia hormonal e inmunoterapia en pediatría.
- Intervención psicológica de apoyo al trasplante de médula ósea en pediatría.
- Adaptación psicológica en niños y adolescentes supervivientes de cáncer.
- Técnicas cognitivo-conductuales: entrenamiento a niños/as y tutores (padres y madres).
- Técnicas de Relajación en niñas/os y adolescentes.
- Aplicación de las nuevas tecnologías a los tratamientos psicológicos: Realidad Virtual.
- Intervención psicológica en sintomatología derivada de tratamientos antineoplásicos en niñas/os y adolescentes.
- Programas psicoeducativos y de terapia de grupo en pediatría oncológica.
- Tratamiento psicológico de madres, padres y hermanos/as.

C.8., C.19., C.24. La comunicación con el/la menor con enfermedad oncológica y su familia. Evaluación de necesidades de informativas y de toma de decisión. Gestión emocional.

C.14. Psicopatología infantil y cáncer.

C. 14. Multiculturalidad y cáncer en Pediatría.

C.4. La red de atención al menor con enfermedad oncológica: escuela, organizaciones e instituciones de apoyo. Aspectos relacionados con la atención psicológica en dichos ámbitos.

C. 26. La comunicación con el personal médico y de enfermería.

C.27. La investigación aplicada en Psicooncología Pediátrica.

C.27. Formación de formadores en Psicooncología Pediátrica. Habilidades docentes y de la transmisión del conocimiento en Psicooncología Pediátrica.

10.6.2.6. Psicología en Cuidados Paliativos Pediátricos

A. Objetivos:

A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento, circuito asistencial y coordinación de los Servicios y Unidades implicadas en la atención de niños/as y adolescentes con enfermedad avanzada.

A.2. Conocer los principales grupos de pacientes subsidiarios/as de recibir Cuidados Paliativos Pediátricos. Conocer las principales características de dichos grupos, manifestaciones clínicas, evolución y datos pronósticos según

patología. Y conocer los principales tratamientos implementados Cuidados Paliativos infanto-juveniles y efectos secundarios más comunes de éstos.

A.3. Conocer y saber aplicar instrumentos útiles de valoración del niño/a y adolescente en Cuidados Paliativos infanto-juveniles.

A.4. Conocer y manejar los aspectos ético-legales de la práctica asistencial a pacientes pediátricos.

A.5. Adquirir competencias en la toma de decisiones en cronicidad avanzada y al final de la vida en niñas/os y adolescentes.

A.6. Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos sobre el proceso de atención psicológica a niñas/os y adolescentes con cualquier proceso de enfermedad física en estado avanzado y sus padres, adaptado al momento evolutivo de éstos y bajo el marco de los actuales modelos de intervención biopsicosocioespiritual.

A.7. Conocer los aspectos más complejos de la relación de los síntomas físicos de mayor prevalencia en la enfermedad con el estado psicológico y contribuir al control de estos mediante estrategias psicológicas.

A.8. Conocer y, en su caso, aplicar las Guías Clínicas nacionales e internacionales sobre tratamientos eficaces de la Psicología en Cuidados Paliativos Pediátricos.

A.9. Manejar adecuadamente las situaciones difíciles y la gestión de las malas noticias en cuidados paliativos infanto-juveniles.

A.10. Conocer los aspectos psicológicos implicados en la toma de decisiones al final de la vida en niñas/os y adolescentes y los escenarios clínicos más concurrentes en la atención paliativa pediátrica.

A.11. Conocer el impacto de la dimensión sociocultural y la multiculturalidad en los aspectos especializados en la práctica de la Psicología en los Cuidados Paliativos Pediátricos. Saber abordar los conflictos que puedan derivar de las diferentes creencias y valores socioculturales entre el equipo, paciente, padres y otros familiares o entorno cercano.

A.12. Conocer la red de instituciones sociales, educativas y judiciales que puedan tener relación con la atención psicológica y bienestar de niñas/os y adolescentes con enfermedad avanzada, y manejar las herramientas propias para el desarrollo de programas de intervención dirigidos al entorno social y la escuela, incidiendo en la planificación académica y relaciones sociales.

A.13. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de la entrevista clínica a niños/as y adolescentes con enfermedades avanzadas, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, identificando su afrontamiento y posibles dificultades de adaptación al proceso de enfermedad, explorando la posibilidad de comorbilidad psicopatológica y o de trastornos de etiología orgánica debidos a la enfermedad o su tratamiento.

A.14. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de consejo, asesoramiento, información y soporte psicológico a padres, madres, hermanos/as, otros/as familiares y cuidadoras/es de niños/as y adolescentes con enfermedades avanzadas.

A.15. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y aplicación de técnicas de comunicación, actividades de información y soporte psicológico a niños/as y adolescentes sometidos/as a tratamientos antineoplásicos y/o con enfermedades avanzadas, teniendo en cuenta las características sociodemográficas.

A.16. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a niños/as y adolescentes con enfermedades avanzadas en contexto domiciliario y ambulatorio en coordinación con el personal facultativo y de enfermería y trabajo social de referencia, previniendo la tasa de posibles ingresos futuros y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

A.17. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a niños/as y adolescentes con enfermedades avanzadas ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería y trabajo social de estos, previniendo la tasa de reingresos futuros y mejorando la calidad de vida de los enfermos y familiares.

A.18. Obtener los conocimientos necesarios para la formulación de casos y planteamiento de objetivos a nivel interdisciplinar.

A.19. Desarrollar las competencias para la implementación de programas de atención psicológica a padres, madres, hermanas/os y otros/as familiares dolientes por la pérdida de un niño/a o adolescente por enfermedad avanzada con presencia de factores de complicaciones en duelo o complicaciones instauradas.

A.20. Obtener los conocimientos necesarios para la detección y evaluación de factores de riesgo de complicaciones en duelo relacionados con enfermedad avanzada en niñas/os y adolescentes.

A.21. Desarrollar la capacidad necesaria para asesorar y formar al equipo médico y de enfermería en las técnicas y habilidades de comunicación con los niños/as y adolescentes con enfermedad avanzada, sus madres, padres, hermanos/as y otros/as familiares.

A.22. Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de niños/as y adolescentes con trastornos mentales por enfermedades médicas y que sean subsidiarios de atención paliativa.

A.23. Saber implementar habilidades de autorregulación emocional en este ámbito.

A.24. Adquirir las herramientas necesarias para el apoyo al personal del equipo para mejorar el rendimiento y el autocuidado. Ser capaz de identificar las diferentes áreas donde puede proporcionarse apoyo y asesoramiento a personas, equipos y organizaciones con respecto al desarrollo de un marco psicológico congruente para entender las necesidades de pacientes y sus madres, padres y otros/as familiares durante la fase final de la vida.

A.25. Adquirir conocimientos y habilidades para el trabajo interdisciplinar en la etapa final de la vida.

A.26. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en Cuidados Paliativos Pediátricos.

A.27. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicología en Cuidados Paliativos Pediátricos.

B. Actividades:

B.1. Participar en las distintas Consulta externa de Cuidados Paliativos Pediátricos.

B.1. Participar de las visitas domiciliarias realizadas niños/as y adolescentes subsidiarios/as de cuidados paliativos y con atención en dicho contexto.

B.24. Participar en “sesiones de fallecimiento” con otros/as profesionales que atienden al paciente.

B.1. B.2. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.4. B.5. B.9. B.10. B.21. Colaborar en los procedimientos de toma de decisiones al final de la vida (decisiones sobres contextos de continuidad asistencial, indicaciones de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico, Sedación, etc.)

B.28. Elaboración de informes psicológicos y registro de evolutivos de intervención, en caso de intervención.

B.3. B.13. B.14. Valoración inicial de los aspectos y necesidades psicológicas de niños/as y adolescentes con enfermedades oncológicas y no oncológicas en estado avanzado

B.18. Realización de historias psicológicas niños/as y adolescentes con enfermedad avanzada, madres, padres, hermanos/as y otros/as familiares.

B.6. B.7. B.14. B.16. B.17. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas y plan de cuidados para niñas/os y adolescentes con enfermedad avanzada a diferentes niveles (individual, familiar, social), recogiendo las dificultades de éstos, madres, padres, hermanos/as y otras/os familiares y equipo sanitario, teniendo en cuenta la necesidades de adaptación de cada uno, la expectativa evolutiva y de pronóstico, la multifactorialidad de la sintomatología, la complejidad de los problemas, la historia socio- familiar y el contexto cultural.

B.14. B.19. Realizar acciones preventivas de cuidado a madres, padres, hermanas/os y otras/os familiares de menores en situación de enfermedad avanzada, mediante el diseño y puesta en marcha de programas de atención psicológica a tal efecto.

B.2. Participación en el control de los aspectos psicológicos relacionados con sintomatología física y manejo del estrés en el/la paciente pediátrico/a, derivados de la enfermedad crónica y/o avanzada y sus tratamientos, adaptado al momento evolutivo.

B.2. B.15. B.16. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento específicas para menores con enfermedades oncológicas y no oncológicas avanzadas y familiares.

B.15. B.21 B.24. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información en situaciones difíciles con pacientes al final de la vida y familiares y de autorregulación emocional.

B.22. Participar en la valoración y realización de diagnósticos diferenciales entre afrontamiento adaptativo, desadaptativo y existencia de trastornos psicopatológicos derivados de la enfermedad crónica y/o avanzada y sus tratamientos.

B.20. Elaborar y aplicar programas individuales, familiares y grupales de prevención y/o atención psicológica al proceso de duelo.

B.11. B.12. Participar y colaborar en la coordinación con instituciones sociales, educativas y judiciales involucradas en la atención a niños/as y adolescentes con enfermedad avanzada. Implementar de forma coordinada con dichas instituciones programas de apoyo a dichos ámbitos.

B.26. B.27. Colaboración con el equipo interdisciplinar en el diseño y ejecución de programas de necesidades y plan de cuidados Psicología en Cuidados Paliativos Pediátricos. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad/Servicio. Participar en las actividades de formación.

C. Programa teórico:

C.1., C.2., C.8. Planes directores de Cuidados Paliativos Pediátricos del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en dichos ámbitos.

C.1. Recursos y circuitos asistenciales en Cuidados Paliativos Pediátricos y relacionados.

C.4. Aspectos legales en la enfermedad y práctica de los Cuidados Paliativos Pediátricos, especialmente legislación relacionada con la autonomía del/de la menor y toma de decisiones.

C.4. Bioética en Cuidados Paliativos Pediátricos.

C.18., C.21., C.25. El equipo en Cuidados Paliativos. Abordaje multidisciplinar, interdisciplinar y propio de cada rol profesional.

C.2., C.7. Principales pacientes con patologías subsidiarias de abordaje paliativo en Pediatría (grupos IMPACCT). Características y sintomatología habitual, evolución y pronóstico, tratamientos e implicaciones en cada una de ellas. Aspectos psicológicos propios en cada caso.

C.2. Complejidad en Cuidados Paliativos Pediátricos.

C.5., C.10., C.21. Escenarios en la toma de decisiones en enfermedad crónica avanzada y al final de la vida. Valoración de competencia para la toma de decisiones en procesos de enfermedad avanzada en menores. Aspectos psicológicos implicados. Planificación de decisiones anticipadas, concepto y desarrollo en el ámbito pediátrico. Aspectos psicológicos implicados.

C.3. Aspectos básicos del desarrollo cognitivo en la etapa infantil: Concepto de la muerte. Aspectos psicológicos relevantes en Cuidados Paliativos Pediátricos. Alteraciones y rehabilitación neurocognitivas del/de la niño/a y del

adolescente con enfermedad crónica avanzada. Impacto psicológico y social de la enfermedad grave y de la muerte en el/la niño/a y el/el adolescente sano/a. Impacto sobre la familia de paciente: padres, madres y hermanos/as.

C.3., C.13. Evaluación en Psicología en Cuidados Paliativos Pediátricos: La entrevista y técnicas de observación. Evaluación de los síntomas físicos asociados a la enfermedad y el tratamiento tales como el dolor, astenia/funcionalidad, alteraciones cognitivas, prurito, alteraciones del sueño, etc. Evaluación del afrontamiento al final de vida en pacientes, padres, madres y otras/os familiares. Evaluaciones de necesidades existenciales y espirituales.

C.6., C.14., C.15., C.16., C.17. Intervención en Psicología Paliativa Pediátrica. Contextos, procedimientos y técnicas de intervención psicológica: Técnicas cognitivo-conductuales: entrenamiento a niños/as y tutores (padres y madres). Técnicas de Relajación en niñas/os y adolescentes. Aplicación de las nuevas tecnologías a los tratamientos psicológicos: Realidad Virtual. Intervención psicológica en sintomatología derivada de enfermedad avanzada. Programas psicoeducativos y de terapia de grupo en pediatría paliativa. Tratamiento psicológico de madres, padres y hermanos/as. Entrenamiento en habilidades de autoconciencia para mantener la presencia física y emocional ante el deterioro o sufrimiento de paciente y su familia.

C.11., C.19. Cuidado del/de la cuidador/a. Programas de atención psicológica al/a la cuidador/a informal durante el proceso de acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada.

C.11., C.21. La comunicación con el/la menor con enfermedad avanzada y su familia. Evaluación de necesidades de informativas. Gestión emocional.

C.22. Psicopatología infantil y final de vida.

C.11. Multiculturalidad y enfermedad avanzada en Pediatría.

C.19. C.20. Duelo y enfermedad avanzada pediátrica: evaluación, diagnóstico en los procesos de duelo asociados a la enfermedad y la muerte de menores. Prevención del duelo complicado en padres, madres, hermanas/os y otras/os familiares. Factores protectores y de riesgo de duelo complicado por la pérdida de un hijo/a-hermano/a-otros/as. Duelos no autorizados en menores. Tratamiento psicológico de complicaciones en el proceso de duelo derivadas del fallecimiento de menores por enfermedad avanzada.

C.12. La red de atención al menor con enfermedad crónica avanzada: escuela, organizaciones e instituciones de apoyo. Aspectos relacionados con la atención psicológica en este ámbito.

C.21. C.26. C.27. La comunicación con el personal médico y de enfermería.

C.26. C.27. La investigación aplicada en atención psicológica de la enfermedad crónica avanzada pediátrica.

C.24. C.27. Formación de formadores en Psicología Paliativa Pediátrica. Habilidades docentes y de la transmisión del conocimiento en este ámbito.

10.6.2.7. Atención Primaria (Medicina y Enfermería Comunitaria y Familiar, Pediatría)

A. Objetivos.

A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión de los Centros de Atención Primaria de salud, de sus equipos multidisciplinares y de la red de Atención Primaria, en general, de la Comunidad Autónoma correspondiente.

A.2. Conocer los criterios de derivación al nivel especializado.

A.3. Conocer los espacios de coordinación organizados desde Atención Primaria.

A.4. Conocer y manejar los aspectos jurídico-legales de la práctica asistencial y la problemática legal de la atención al paciente desde Atención Primaria.

A.5. Adquirir conocimientos sobre las patologías más prevalentes en Atención Primaria y sobre los aspectos psicológicos asociados a éstas.

A.6. Conocer y poder valorar el impacto de las enfermedades físicas más prevalentes en este ámbito sobre el estado psicológico y la calidad de vida de pacientes y de su familia.

A.7. Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de pacientes con enfermedad oncológica y enfermedad no oncológica en estado avanzado en el ámbito comunitario.

A.8. Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de pacientes con enfermedad crónica desde Atención Primaria.

A.9. Conocer y participar en programas de promoción y prevención de la salud.

A.10. Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de pacientes en procesos de duelo en Atención Primaria.

A.11. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación relacionados con la Especialidad de Psicooncología y Psicología Paliativa en el ámbito de la Atención Primaria.

A.12. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicooncología y Psicología Paliativa en estos ámbitos.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9., B.10. Participar en la Consulta de Medicina de Atención Primaria.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9., B.10. Participar en la Consulta de Enfermería (de población adulta y pediátrica, y enfermería de enlace, en su caso.).

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9., B.10. Participar en la Consulta de Pediatría.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5., B.6., B.7., B.8., B.9., B.10. Participar en la Consulta de Psicología de Atención Primaria (en su caso).

B.1., B.3., B.4. Participar en las actividades de Trabajo Social y conocer las redes comunitarias de apoyo.

B.1., B.3. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.6., B.7., B.8. Elaboración de informes psicológicos y registro de evolutivos de intervención.

B.6., B.7., B.8, B.9. Planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos individuales, de pareja, de familia y de grupo de pacientes con enfermedad crónica, oncológica y/o avanzada que presenten impacto psicológico derivado de éstas.

B.6., B.7., B.8. Elaborar y aplicar programas y procedimientos de tratamiento, apoyo y consejo psicológicos a las familias en los procesos de duelo susceptibles de complicaciones.

B.6., B.7., B.8., Detección, valoración y tratamiento psicológico de pacientes que presenten un afrontamiento desadaptativo a la enfermedad, con especial atención a los grupos de riesgo y situaciones especiales.

B.9. Participar y colaborar en programas preventivos, psicoeducativos y de promoción de la salud.

B.10. Elaborar y aplicar programas y procedimientos de tratamiento, apoyo y consejo psicológicos a las familias en los procesos de duelo susceptibles de complicaciones.

B. 11. Participar en líneas de investigación relacionadas con la especialidad dentro de la Atención Primaria.

B. 12. Participar en las actividades de formación.

C. Programa Teórico.

C.1. Planes directores de Atención Primaria del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en dicho ámbito.

C.1. El equipo multidisciplinar en Atención Primaria. Abordaje multidisciplinar, interdisciplinar y propio de cada rol profesional.

C.1., C.2., C.3. Recursos y circuitos asistenciales en Oncología y Cuidados Paliativos Pediátricos y relacionados.

C.4. Aspectos legales en la enfermedad y práctica asistencial en Atención Primaria.

C.4. Conflictos bioéticos y aspectos relacionados más relevantes en Atención Primaria. C.5., C.6., C.7., C.8. Conducta de enfermedad y procesos del enfermar.

C.5., C.6., C.7., C.8. Estrés, afrontamiento de la enfermedad, y salud en el ámbito comunitario.

C.5., C.6., C.7., C.8., C.9. Principales patologías prevalentes en Atención Primaria: etiología, características, evolución y aspectos psicológicos implicados.

C.5., C.6., C.7., C.8., C.9. Multiculturalidad y etnicidad relacionada con el ámbito de Atención Primaria.

C.5., C.6., C.7., C.8., C.9. Salud sexual y reproductiva.

C.5., C.6., C.7., C.8., C.9. Psicogeriatría y Atención Primaria.

C.9. Promoción y educación para la salud en el ámbito comunitario.

C.9. Detección, valoración y tratamiento precoz de conductas de riesgo de desarrollo de enfermedad oncológica (tabaquismo, hábito enólico, exposición solar inadecuada, etc.).

C.9. Asesoramiento y consejo a grupos de apoyo y agentes sociales no sanitarios: asociaciones de familiares y/o de pacientes; grupos de autoayuda; comunidad educativa.

C.9. Intervenciones psicooncológicas preventivas a nivel primario, secundario, y terciario en las distintas etapas del ciclo vital.

C.10. El duelo en Atención Comunitaria. Factores de riesgo y protectores de desarrollo de complicaciones en duelo según tipos de pérdida.

C.11. Investigación actual en enfermedad oncológica y crónica avanzada desde el ámbito de Atención Primaria.

C.12. La formación de profesionales de Atención Primaria: Aspectos relacionados con la Psicooncología y la Psicología en Cuidados Paliativos.

10.6.2.8. Programas de Interconsulta y Enlace en Psicología.

A. Objetivos

A.1. Adquisición de las habilidades y conocimientos para el desarrollo de programas de interconsulta y enlace en Psicología Clínica.

A.2. Adquirir conocimientos y desarrollar actitudes y habilidades para la evaluación de trastornos psicológicos que interfieran o puedan interferir con la evolución y el tratamiento de las diversas enfermedades médicas, tanto en los procesos agudos como en los de larga duración y en las enfermedades crónicas.

A.3. Diseñar y aplicar intervenciones psicológicas específicas para pacientes con trastornos psicopatológicos atendidos en otros servicios o unidades hospitalarias.

A.4. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de información y atención psicológica a familiares de pacientes con trastornos mentales hospitalizados por enfermedades médicas.

A.5. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de programas de atención a pacientes con trastornos psicológicos ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de estos.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3. Realizar exploraciones psicopatológicas, elaborar informes y aplicar programas de psicoprofilaxis a pacientes con enfermedad mental que siguen tratamientos y/o intervenciones médicas o quirúrgicas (pruebas genéticas predictivas, trasplantes de órganos, entre otros).

B.1., B.2., B.3., B.4. Diseño y ejecución de programas psicoeducativos para mejorar: la calidad de vida relacionada con la salud, la adherencia a los tratamientos médicos, la percepción y valoración adecuada de síntomas relacionados con la enfermedad, de pacientes con enfermedad mental ingresados por patologías médicas y sus familiares.

B.2. Identificación y diagnóstico de morbilidad psicopatológica que interfiera con el curso y/o el tratamiento de la patología médica.

B.2., B.3. Elaborar y aplicar programas y procedimientos de tratamiento, apoyo y consejo psicológicos, control del dolor, afrontamiento del estrés, automanejo, y psico-educativos, a diferentes niveles (individual, familiar, de grupo) para pacientes con patología mental ingresados por enfermedades médicas, atendiendo a la gravedad, cronicidad, e impacto de los tratamientos.

B.5. Colaborar con, y apoyar a otras/os profesionales para garantizar la adecuada atención a las necesidades de salud mental de pacientes ingresados.

C. Programa Teórico

C.1., C.2., C.3. Percepción y manejo del dolor y otros síntomas físicos en la enfermedad mental.

C.1., C.2., C.3. Aspectos psicológicos de los pacientes con patología mental que padecen enfermedades crónicas, procesos de larga duración, y enfermedades avanzadas.

C.1., C.2., C.3. Hospitalización y procedimientos médicos estresantes en pacientes con enfermedad mental.

C.1., C.2., C.3. Repercusiones psicológicas de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos en pacientes con enfermedad mental.

C.1., C.2., C.3. Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos basados en la evidencia para trastornos psicológicos derivados de, o asociados a, enfermedades físicas: Elaboración e implementación.

C.1., C.2., C.3. La valoración con finalidad forense de daños y secuelas.

C.4. Habilidades y estrategias de comunicación específicas con los pacientes con patología mental y enfermedad física y sus cuidadoras/es.

C.5. Trabajo multidisciplinar e interdisciplinar en pacientes con trastorno mental cuyo ingreso está derivado de patologías físicas.

10.6.2.9. Hospitalización y Urgencias en Salud Mental

A. Objetivos:

A.1. Adquirir conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad del trastorno mental y la crisis, incluyendo el diagnóstico diferencial con enfermedades médicas, evaluando los síntomas precoces y los incapacitantes.

A.2. Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre la atención a pacientes con trastorno mental ingresados y sus familiares, y la atención a las urgencias derivadas por los equipos comunitarios y los servicios generales de urgencias.

A.3. Conocer los psicofármacos indicados en cada caso, criterios de aplicación, protocolos de seguimiento, y los efectos colaterales.

A.4. Adquirir experiencia en el manejo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para los procesos de agudización de los trastornos mentales y las situaciones de crisis y de urgencias.

A.5. Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, tiempos estimados de ingreso, indicaciones de altas, planificación del seguimiento ambulatorio, etc.... en pacientes con trastorno mental.

A.6. Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la valoración de pautas de tratamiento intensivo en Salud Mental, así como para la coordinación en red con otros dispositivos asistenciales y profesionales en función del seguimiento y apoyo tras el alta, con el fin de reducir la tasa de reingresos futuros y mejorar la calidad de vida de los enfermos con trastorno mental y familiares.

A.7. Conocer las implicaciones legales y éticas de los ingresos por patología mental.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4., B.7. Acogida de paciente en situación aguda y de crisis en Salud Mental.

B.1., B.2., B.3., B.4. Realización de intervenciones individuales y de grupo (incluyendo familias) y de programas para la reducción y control de sintomatología activa en procesos de descompensación, en situaciones de crisis y en atención a urgencias en Salud Mental. Prevención de iatrogenias.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Diagnóstico de los pacientes ingresados por trastornos mentales, con expresión de la gravedad, evaluación de la presencia de síntomas precoces de déficit, síntomas incapacitantes, curso y pronóstico, e indicaciones de tratamiento integral, incluyendo programas psico- educativos.

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Atención e intervención sobre pacientes con ingreso por trastornos mentales: prevención de recaídas, manejo de estrés, desarrollo y aplicación de técnicas dirigidas a mejorar la adherencia a los tratamientos, desarrollo de procedimientos para mejorar la relación de pacientes con el personal sanitario, etc.

B.2, B.6. Realización de actividades de información a familiares de pacientes con ingreso acerca de la problemática de pacientes con trastorno psicopatológico, aportando pautas para la interacción familiar, así como programas de psicoeducación, apoyo y asesoramiento psicológico a familiares y/o cuidadoras/es.

B.5., B.6., B.7. Realización de historias clínicas e indicaciones e informes de altas en Salud Mental.

B.5., B.6. B.7. Elaboración de planes de coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar, al alta, la continuidad de cuidados.

C. Programa Teórico:

C.1., C.2., C.4., C.5. Programas y procedimientos para la intervención en crisis y la atención psicológica en urgencias de Salud Mental.

C.1., C.2., C.4. Guías clínicas nacionales e internacionales para la intervención en crisis de los trastornos mentales y del comportamiento.

C.1., C.2., C.4. Conocimiento de los protocolos de prevención e intervención frente al riesgo de suicidio.

C.1., C.2., C.4. El ambiente terapéutico como elemento de contención en Salud Mental.

C.1., C.2., C.4. El impacto de la hospitalización en pacientes con trastorno mental y familiares. C.2., C.4., C.6. Cuidar al cuidador/a de pacientes con psicopatología.

C.3. Psicofarmacología en Salud Mental.

C.5., C.7. Aspectos ético-legales en Salud Mental: el ingreso involuntario, la contención, el tratamiento no aceptado. Incapacidad y responsabilidad legal.

10.6.2.10. Salud Mental Infantil y de la Adolescencia.

A. Objetivos:

A.1. Conocer y manejar los aspectos jurídico-legales de la práctica clínica y la problemática legal de la atención a los trastornos mentales de niños/as y adolescentes.

A.2. Conocer las características propias de la psicopatología en el periodo infantil y adolescente, así como los principales grupos de riesgo de desarrollo de psicopatología en cada etapa evolutiva.

A.3. Conocer y manejar instrumentos específicos de psicodiagnóstico, evaluación psicológica, técnicas de entrevista clínica, análisis y formulación de casos, de los problemas psicológicos y trastornos mentales de niñas/os y adolescentes.

A.4. Realizar diagnósticos, incluyendo diagnóstico diferencial, elaborar historias clínicas, informes clínicos e informes periciales en Salud Mental Infante-Juvenil.

A.5. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el diseño y aplicación de intervenciones psicoterapéuticas en población infantil y adolescente con patología mental, en los niveles individual, familiar y de grupo.

A.6. Participar en las coordinaciones con el nivel de Atención Primaria y colaborar en la valoración conjunta y derivación de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil, así como en la discriminación, seguimiento y asesoramiento de los casos que puedan ser atendidos en Atención Primaria.

A.7. Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización y derivación de menores con trastorno mental a otros recursos y profesionales sociosanitarios.

A.8. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar actividades y programas de enlace, interconsulta y apoyo a menores hospitalizados por trastornos mentales y sus familias.

A.9. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el trabajo con familias de niños y adolescentes con alteraciones psicológicas. Identificación de contextos familiares y factores de especial riesgo para niñas/os y adolescentes.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4. Elaboración de historias clínicas, informes psicológicos y periciales en Salud Mental Infanto-juvenil.

B.1., B.3., B.4. Diagnóstico psicopatológico y evolución en primeras consultas.

B.5. Planificación, realización y seguimiento de intervenciones psicológicas y psicoterapias individuales y de grupo en Salud Mental Infanto-juvenil.

B.5. Manejo de intervenciones en situaciones de crisis en Salud Mental infanto-juvenil.

B.5. Atención domiciliaria en Salud Mental Infanto-juvenil.

B.5., B.8. Participación en la evaluación de la eficacia de programas y protocolos de tratamiento psicopatológico infantojuvenil.

B.5., B.8. Realización de actividades de apoyo e interconsulta con Atención Primaria y servicios hospitalarios implicados en la atención a la Salud Mental de la infancia y adolescencia, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, etc.

B.7. Indicación de hospitalización total o parcial por trastornos mentales en la infancia y adolescencia. Indicación y elaboración de altas en Salud Mental Infanto-juvenil.

B.7. Realización de intervenciones de coordinación, apoyo y/o derivación a servicios educativos, sociales y judiciales implicados en la atención a la infancia y adolescencia, relacionados con la Salud Mental.

B.9. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de consejo y asesoramiento en familiares de menores con trastornos mentales.

C. Programa Teórico:

C.1. Bioética y aspectos legales en niños/as y adolescentes con trastorno mental.

C.2. Introducción a las patologías pediátricas y sus implicaciones en psicología clínica.

C.2. Presentación clínica y peculiaridades de los trastornos mentales, emocionales, cognitivos, del comportamiento y relacionales en niñas/os y adolescentes.

C.3. Características específicas de la evaluación y el diagnóstico psicopatológico de niños/as y adolescentes: Técnicas, estrategias y procedimientos.

C.4. Actualización en evaluación, diagnóstico, modelos explicativos, bases neurobiológicas y genéticas, de la psicopatología en niñas/os y adolescentes.

C.5. Psicofarmacología en estos ámbitos.

C.5., C.8. Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos específicos con niños y adolescentes con trastorno mental.

C.6., C.7., C.9. Relaciones familiares y entorno social. Situaciones de riesgo y maltrato en Salud Mental infanto-juvenil.

10.6.2.11. Neurología -incluido Neurocirugía, Neurofisiología y Neurorrehabilitación- en Adultos.

Neuropsicología Clínica

A. Objetivos:

A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión de los Servicios de Neurología, Neurocirugía, Neurofisiología y afines.

A.2. Conocer la expresión neuropsicológica de las enfermedades, síndromes, trastornos y alteraciones neurológicas y neuroquirúrgicas más prevalentes.

A.3. Conocer y utilizar los procedimientos, técnicas y test psicológicos adecuados para la evaluación neuropsicológica de los diferentes procesos, funciones y capacidades cognitivas de pacientes.

A.4. Aprender a realizar informes sobre el estado cognitivo de pacientes con expresión de juicio clínico sobre afectación y capacidad funcional general, así como de los diferentes procesos y funciones cognitivas, y del curso evolutivo previsible.

A.5. Adquirir conocimientos sobre las principales técnicas de exploración neurológica y los síndromes y enfermedades neurológicas más relevantes, los psicofármacos indicados y los efectos colaterales.

A.6. Conocer, elaborar y orientar programas de estimulación sensorial y cuidado relacional de pacientes en estado de coma, en estado de mínima conciencia o en estado vegetativo persistente.

A.7. Conocer e identificar las necesidades de rehabilitación neuropsicológica de los pacientes con afectación cerebral.

A.8. Aprender a valorar y atender las necesidades psicológicas de la familia y de la red social de apoyo de paciente con afectación cerebral en las diferentes fases de la enfermedad, el accidente cerebral o el trastorno.

A.9. Adquirir habilidades y experiencia para el consejo psicológico a pacientes con afectación cerebral a su familia y red social de apoyo.

A.10. Conocer y aprender a articular la intervención neuropsicológica con la de diferentes profesionales que en los diversos niveles asistenciales integran los equipos sanitarios que prestan atención a pacientes con afectación cerebral.

A.11. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación relacionados con Neuropsicología oncológica y neuropsicología en enfermedad avanzada.

A.12. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de los aspectos de la Neuropsicología con la enfermedad neuro-oncológica y neurológica avanzada.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Evaluación de casos en primeras consultas.

B.2., B.3., B.4., B.5. Aplicación de técnicas, procedimientos específicos y test neuropsicológicos.

B.2., B.3., B.4., B.5. Realizar exploraciones neuropsicológicas, elaborar informes y aplicar los programas de orientación relacional, estimulación sensorial y cognitiva, y rehabilitación neuropsicológica, para pacientes con enfermedad neurológica, tumores del SNC, daño cerebral adquirido, y/o deterioro cognitivo.

B.2., B.3., B.4., B.5. Elaboración de informes neuropsicológicos.

B.6. Realización de programas de estimulación sensorial y orientación relacional.

B.7. Elaboración de programas de rehabilitación.

B.8., B.9. Orientación, consejo y atención a familias.

B.10. Participación en actividades de coordinación con equipos y profesionales.

B.11. Participar en líneas de investigación relacionadas con la Psicooncología y Psicología Paliativa y la Neuropsicología.

B.12. Asistencia y presentación de casos a sesiones clínicas de los equipos multidisciplinares de los Servicios objeto de la rotación.

C. Programa teórico:

C.1. Cartera de servicios de Salud Mental de Neurología del SNS y de la Comunidad Autónoma que corresponda. Planes directores de afecciones relacionadas con este ámbito.

C.2. Actualización en neuroanatomía funcional.

-
- C.2. Técnicas de estudio de estructura y actividad cerebral.
 - C.2. Patología cerebral en población adulta.
 - C.2. Síndromes neuropsicológicos focales y difusos. C.3., C.4., C.5. Semiología neuropsicológica.
 - C.3., C.4., C.5. Actualización en evaluación y diagnóstico neuropsicológico.
 - C.6., C.7. Estimulación cognitiva y enfermedad neurológica. Programas de neurorehabilitación psicológica.
 - C.7., C.8., C.9. Intervenciones psicológicas con pacientes de Neurología y Neurocirugía.
 - C.8., C.9. Apoyo, consejo e intervenciones psicoterapéuticas con pacientes y familias afectadas por daño cerebral.
 - C.10. Abordaje multidisciplinar e interdisciplinar en Neurología.
 - C.11. Principales líneas de investigación en Neurooncología y enfermedad avanzada neurológica y sus aspectos neuropsicológicos y psicológicos relacionados.
 - C.12. La formación de profesionales de Neurología: puntos de unión con la Psicooncología y la Psicología en enfermedad avanzada y transmisión de dicho conocimiento.

10.6.2.12. Neurología -incluido Neurocirugía, Neurofisiología y Neurorehabilitación- Pediátrica.
Neuropsicología Clínica

A. Objetivos:

- A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión de los Servicios de Neurología, Neurocirugía, Neurofisiología y afines en el ámbito pediátrico.
- A.2. Conocer la expresión neuropsicológica de las enfermedades, síndromes, trastornos y alteraciones neurológicas y neuroquirúrgicas de mayor prevalencia en el ámbito infantil, ya sean adquiridas o del desarrollo.
- A.3. Conocer y utilizar los procedimientos, técnicas y test psicológicos adecuados para la evaluación neuropsicológica infantil de los diferentes procesos, funciones y capacidades cognitivas.
- A.4. Aprender a realizar informes sobre el estado cognitivo de niñas/os y adolescentes sobre afectación y capacidad funcional general, así como de los diferentes procesos y funciones cognitivas, y del curso evolutivo previsible.
- A.5. Adquirir conocimientos sobre las principales técnicas de exploración neurológica y los síndromes y enfermedades neurológicas más relevantes durante el desarrollo y adquiridos en la infancia, los psicofármacos indicados y sus efectos colaterales.
- A.6. Conocer, elaborar y orientar programas de estimulación sensorial según etapa de desarrollo de menores.
- A.7. Conocer e identificar las necesidades de rehabilitación neuropsicológica de menores con afectación cerebral.

A.8. Aprender a valorar y atender las necesidades psicológicas de la familia y de la red social de apoyo de menores con afectación cerebral en las diferentes fases de la enfermedad, el accidente cerebral o el trastorno.

A.9. Adquirir habilidades y experiencia para el consejo psicológico a niñas y niños con afectación cerebral a su familia y red social de apoyo.

A.10. Conocer y aprender a articular la intervención neuropsicológica con la de diferentes profesionales que en los diversos niveles asistenciales integran los equipos sanitarios que prestan atención neuropsicológica infanto-juvenil.

A.11. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación relacionados con Neuropsicología oncológica y neuropsicología en enfermedad avanzada en el ámbito de la Pediatría.

A.12. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de los aspectos de la Neuropsicología Clínica Infantil con la enfermedad neuro-oncológica y neurológica avanzada.

B. Actividades:

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Evaluación de casos en primeras consultas.

B.2., B.3., B.4., B.5. Aplicación de técnicas, procedimientos específicos y test neuropsicológicos en población infantil.

B.2., B.3., B.4., B.5. Realizar exploraciones neuropsicológicas, elaborar informes y aplicar los programas de orientación relacional, estimulación sensorial y cognitiva, y rehabilitación neuropsicológica, para niños y adolescentes con enfermedad neurológica, tumores del SNC, daño cerebral adquirido, y/o deterioro cognitivo.

B.2., B.3., B.4., B.5. Elaboración de informes neuropsicológicos en Pediatría.

B.6. Realización de programas de estimulación sensorial y atención temprana.

B.7. Elaboración de programas de rehabilitación neuropsicológica pediátrica.

B.8., B.9. Orientación, consejo y atención a familias.

B.10. Participación en actividades de coordinación con equipos y profesionales.

B.11. Participar en líneas de investigación relacionadas con la Psicooncología y la Neuropsicología en contexto pediátrico.

B.12. Asistencia y presentación de casos a sesiones clínicas de los equipos multidisciplinares de los Servicios objeto de la rotación.

C. Programa teórico:

C.1. Cartera de servicios de Neurología Pediátrica del SNS y de la Comunidad Autónoma que corresponda. Planes directores de afecciones relacionadas con este ámbito.

C.2. Neuropsicología del Desarrollo, neurogénesis del SNC, neuroanatomía estructural y funcional del cerebro infantil, fundamentos moleculares del desarrollo del SNC, neuroplasticidad infantil y factores de alto riesgo en el neurodesarrollo.

C.2., C.3., C.4. Evaluación e intervención en los trastornos estructurales del neurodesarrollo infantil: trastornos genéticos, daño cerebral adquirido, tumores del SNC, AVC, infecciones, epilepsia infantil y trastornos neuromotores.

C.2., C.3., C.4. Evaluación e intervención neuropsicológica del lenguaje y aprendizaje: dislexias, discalculias, Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL), afasias, discapacidad intelectual y otras alteraciones del aprendizaje.

C.2., C.3., C.4. Evaluación e intervención en trastornos disfuncionales del neurodesarrollo, proceso de evaluación, principios fundamentales de la intervención: trastorno por déficit de atención (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA), trastornos psicopatológicos en la infancia.

C.2., C.3., C.4. Avances en los trastornos disfuncionales del neurodesarrollo: validez ecológica en la evaluación de las funciones ejecutivas, aportaciones de la cognición social y emocional a la neuropsicología, teoría de la mente, correlatos neuropsicológicos en los trastornos psicológicos infantiles.

C.5. Técnicas de estudio de estructura y actividad cerebral adaptadas en población pediátrica.

C.5. Psicofarmacología y neurofarmacología en estos campos.

C.6., C.7. Estimulación cognitiva y enfermedad neurológica en la infancia. Programas de neurorrehabilitación psicológica en población pediátrica. Atención temprana.

C.8., C.9. Apoyo, consejo e intervenciones psicoterapéuticas con niños y adolescentes y familias afectadas por daño cerebral.

C.10. Abordaje multidisciplinar e interdisciplinar en Neurología Pediátrica.

C.11. Diseños de investigación y análisis en Neurooncología Pediátrica y enfermedad avanzada neurológica infantil y sus aspectos neuropsicológicos y psicológicos relacionados.

C.12. La formación de profesionales en la Neurología Pediátrica: puntos de unión con la Psicooncología y la Psicología en enfermedad avanzada infanto-juvenil y transmisión de dicho conocimiento.

10.6.3. Programas de Formación Específica

Como ya se dijo en la introducción, la creciente complejidad de la Psicooncología y Psicología Paliativa requiere, una vez establecida la formación básica, la especialización en ámbitos muy diversos. Es por ello por lo que durante el último año de residencia se proponen seis posibles recorridos formativos, con el fin de que las y los residentes puedan acceder a campos de desarrollo teórico-técnico específicos de la Psicooncología y Psicología Paliativa no incluidos de forma específica (que sí transversal), en el circuito básico de rotación, teniendo en cuenta que el tiempo mínimo para la rotación en una de las áreas de formación específica que se proponen será de 2 meses. No obstante, la relación de programas que aquí se propone no pretende ser exhaustiva ni excluyente de otros posibles a los que el/la residente

pueda acceder, teniendo en cuenta las posibilidades formativas a su alcance. En todo caso, la realización de un programa distinto de los que se proponen deberá contar con la aprobación de su Tutor/a y la Comisión de Docencia correspondiente. Asimismo, sus contenidos deberán quedar adecuadamente reflejados en el informe final que realice el Tutor/a de las actividades realizadas por la/el residente.

10.6.3.1. Salud Laboral -Soporte a Equipo

A. Objetivos

- A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión del Servicio de Salud Laboral.
- A.2. Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares en dicho ámbito.
- A.3. Conocer la implicación de las dinámicas grupales en el proceso de atención integral a pacientes.
- A.4. Adquirir conocimientos de los factores más relevantes en el desarrollo de capacidades básicas del equipo.
- A.5. Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre la detección del estrés laboral y estrategias de autorregulación para componentes del equipo.
- A.6. Conocer las estrategias de prevención del burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo.
- A.7. Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde dichos Servicios, Unidades o Dispositivos.
- A.8. Adquirir conocimientos sobre las patologías más prevalentes derivadas del desgaste y estrés laboral y su prevención.
- A.9. Conocer y saber aplicar los instrumentos de valoración del síndrome por estar quemado en el trabajo, burnout y/o fatiga por compasión.
- A.10. Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para identificar las estrategias que dificultan y las que mejoran el ambiente laboral, así como para la coordinación con otros equipos.
- A.11. Conocer y aplicar programas de prevención y gestión de conflictos.
- A.12. Adquirir experiencia en el manejo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica con personal sanitario.
- A.13. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación relacionados con la prevención del síndrome por estar quemado en el trabajo, burnout y/o fatiga por compasión.
- A.14. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de la disciplina de la Psicooncología y Psicología Paliativa en este ámbito.

B. Actividades

- B.1., B.2. Participar en el funcionamiento de los equipos de dicho Servicios/ámbitos de actuación.

B.1., B.2. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.3., B.4., B.5., B.6., B.8., B.9., B.10., B.11., B.12. Colaborar y abordar la planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos individuales, de familia y de grupo a nivel de prevención universal y selectiva del personal sometido a fuentes de estrés laboral.

B.5., B.6., B.10., B.11., B.13. Aplicación de técnicas y pruebas de evaluación psicológica, valoración de resultados, y elaboración de informe en el soporte a equipos.

B.5., B.6., B.10., B.11., B.13. Diseño de planes y estrategias de soporte a equipos.

B.7. Elaboración de planes de coordinación con otros equipos de profesionales de distintos niveles de atención o instituciones.

B.13. Participar en líneas de investigación relacionadas con la especialidad dentro de cada Servicio.

B.14. Participación en las sesiones clínicas. Presentación de casos.

B.14. Participar en las actividades de formación sobre habilidades de comunicación, trabajo en equipo y prevención de estrés laboral asistencial.

C. Programa teórico:

C.1. Planes directores de Salud Laboral del SNS y autonómicos. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en cada una de estas áreas.

C.1., C.7. Recursos y dispositivos asistenciales en Salud Laboral.

C.2., C.3., C.4. Teorías del trabajo en equipo. Funcionamiento del trabajo en equipo.

C.2., C.3., C.4., C.10. Dinámica del equipo en diferentes momentos evolutivos del mismo.

C.2., C.3., C.4., C.10. Bases comunicacionales de la relación interprofesional. La dinámica grupal.

C.2., C.3., C.4., C.10. Optimización del trabajo en el equipo multidisciplinar con funcionamiento interdisciplinar como recurso del proceso de atención. Gestión de las reuniones de equipo.

C.2., C.3., C.4., C.10., C.11. El trabajo en equipos multidisciplinarios. Características y dificultades. Abordaje interdisciplinar y conflictos de rol.

C.2., C.3., C.4., C.10., C.11. Liderazgo. Gestión de conflictos.

C.5., C.6., C.8. El impacto del sufrimiento en el personal sanitario.

C.5., C.6., C.8. Estrés y salud laboral. Conceptualización y características del burnout, síndrome de estar quemado por el trabajo y fatiga por compasión.

C.5., C.10. Instrumentos de evaluación, observación clínica relacional y diagnóstico grupal. C.11., C.12. Cuidado del equipo: estrategias y actuaciones de soporte.

C.11., C.12. El entrenamiento en afrontamiento del estrés para el personal asistencial y prevención del burnout.

C.11., C.12. Intervención psicológica: técnicas de autorregulación emocional, habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

C.11., C.12. Investigación actual en aspectos relacionados con estrés laboral y su prevención y abordaje.

C.11., C.12. La transmisión del conocimiento en la prevención del estrés laboral.

10.6.3.2. Sexualidad y cáncer o enfermedad avanzada.

A. Objetivos

A.1. Adquirir conocimientos y actitudes acerca de la naturaleza multidimensional del constructo de la sexualidad en oncología. La contribución de los factores fisiológicos, sensoriales, emocionales, cognitivos, sociales y culturales en la sexualidad. Conocer los mecanismos neurofisiológicos de la sexualidad. Conceptos: Función e Identidad sexuales.

A.2. Conocer la respuesta sexual y las diferentes disfunciones sexuales presentes en pacientes con patología neoplásica, y aquellas más específicas relacionadas con determinados tipos de cáncer, así como en las diferentes fases de la enfermedad y en el final de vida. Diferencias entre la sexualidad femenina/masculina.

A.3. Adquirir conocimientos sobre el impacto de los tratamientos oncológicos en la sexualidad de paciente y superviviente de cáncer: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapia hormonal, etc. así como de los tratamientos farmacológicos habituales durante el proceso de enfermedad. Consecuencias y secuelas asociadas a nivel físico, psicológico y social.

A.4. Conocer los métodos de tratamiento físico-médicos de las disfunciones sexuales.

A.5. Adquirir conocimientos y habilidad para llevar a cabo la evaluación psicológica de la sexualidad de pacientes y supervivientes de cáncer, así como de la relación de pareja. Ser capaz de llevar a cabo la evaluación mediante el uso de entrevista, la evaluación psicológica, la observación y registro, y cuestionarios.

A.6. Ser capaz de integrar la información y realizar un informe resumen de la evaluación de aspectos psicológicos implicados en la sexualidad de pacientes con dolor, así como formular un plan de tratamiento a nivel individual y en pareja.

A.7. Capacitar en las competencias y habilidades para aplicar los tratamientos psicológicos validados empíricamente.

A.8. Capacitar para informar, asesorar y motivar a pacientes y familiares para adherirse a las intervenciones para la mejora de la sexualidad. Formar a profesionales en las competencias y habilidades para reforzar los tratamientos psicológicos validados empíricamente aplicados por el/la especialista en Psicooncología y Psicología Paliativa.

A.9. Adquirir competencias y habilidades para la evaluación y tratamiento de la sexualidad en pacientes con cáncer, así como en poblaciones específicas en función de edad (especial en adolescentes y jóvenes y personas mayores), identidad sexual y/o de género.

A.10. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en los factores implicados en la mejora de las disfunciones y problemática sexual derivada del cáncer tanto durante la fase de enfermedad y tratamiento como durante la supervivencia.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Realización de evaluaciones y tratamientos de la problemática sexual de la persona afectada por cáncer y/u otras patologías en estado avanzado en los servicios de oncología y de cuidados paliativos, respectivamente.

B.5., B.6., Llevar a cabo entrevista de evaluación de casos de disfunción sexual con pacientes con diversos tipos de cáncer y en distintas fases de la enfermedad (desde el diagnóstico hasta la fase final de la enfermedad) y tanto a nivel individual como de pareja. Confección de la historia de salud sexual. Evaluación de los aspectos psicológicos tardíos derivados del proceso de enfermedad

B.5., B.6., B.9. Llevar a cabo la evaluación de casos en poblaciones específicas en función de la edad, identidad y/o género, así como la formulación y plan de tratamiento.

B.1., B.2., B.3., B.5., B.10. Llevar a cabo formulaciones de casos y un plan de tratamiento ante la problemática y disfunción sexual en pacientes oncológicos. Elaboración de informes psicológicos.

B.7., B.8., B.9., Llevar a cabo programas psicoeducativos para mejorar la salud sexual de pacientes y supervivientes de cáncer, individuales o grupales.

B.8., B.9. Colaboración con el equipo multidisciplinar en el diseño y ejecución de programas de necesidades y plan de cuidados para personas con disfunciones sexuales derivadas del cáncer u otras patologías en estado avanzado. Participación en los programas de intervención multidisciplinar en pacientes, supervivientes y largos supervivientes dirigidos a mejorar la salud sexual de las personas afectadas por cáncer y prevenir el desarrollo de disfunciones sexuales.

B.7., B.9. Actividad práctica en la aplicación de los distintos métodos psicoterapéuticos de intervención psicológica en personas adultas con disfunciones sexuales.

B.10. Valorar la eficacia de las intervenciones realizadas.

B.8. Diseño, realización y participación en programas formativos específicos para profesionales de la sanidad dirigidos a dotarlos de habilidades de manejo del abordaje de las necesidades sexuales en pacientes y supervivientes de cáncer y pacientes con patologías en estado avanzado.

B.8. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad.

B.1., B.2., B.7., B.8., Derechos de pacientes para la evaluación y el tratamiento de la problemática sexual derivada del cáncer. Acceso a la atención, incluida la gestión interdisciplinaria, comunicación adecuada entre personal sanitario y pacientes. Comunicación paciente-profesional en el abordaje de la sexualidad y las relaciones íntimas.

B.10. Participar en líneas de investigación relacionadas con la sexualidad de pacientes con cáncer y/u otras patologías en estado avanzado.

C. Programa teórico

C.1. Introducción. Sexualidad como constructo. Conceptos de sexualidad, salud sexual, identidad sexual, género. Perspectiva biopsicosocial de la sexualidad.

C.2. Fisiología de la sexualidad. Diferencias entre hombres y mujeres. Sexualidad en el contexto del desarrollo a lo largo de la vida. Influencias culturales y sociales en la sexualidad. Mitos y tabúes en la sexualidad.

C.2. Función sexual. Respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. Satisfacción sexual. Teorías y modelos sexuales. Teorías y modelos de la sexualidad utilizados en el abordaje de las disfunciones sexuales en cáncer y otras patologías en estado avanzado.

C.3., C.4. Impacto del diagnóstico y la enfermedad oncológica en los pacientes con cáncer a lo largo de las distintas fases de la enfermedad. Impacto psicosexual en el diagnóstico, tratamiento, supervivencia y final de vida (en patología oncológica y no oncológica). Aspectos psicológicos relevantes en relación con la supervivencia del cáncer.

C.3., C.4. Conocimiento sobre el impacto en función del tipo de cáncer. Cáncer de mama y ginecológico. Cáncer de próstata, pene y testículos. Tumores hematológicos. Cáncer colorrectal y anal. Cáncer de cabeza y cuello. Cáncer en la infancia y la adolescencia.

C.3, C.4. Conocimiento sobre el impacto en la sexualidad de patologías no oncológicas en estado avanzado.

C.3., C.4. Conocimientos sobre los tratamientos oncológicos en la sexualidad de pacientes con cáncer: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia... Efectos secundarios tardíos y secuelas del cáncer y tratamientos oncológicos.

C.3., C.4. Conocimientos sobre el impacto de la medicación en la sexualidad de pacientes y supervivientes de cáncer. Antidepresivos. Analgésicos. Corticoides. Antieméticos.

C.1., C.9. Conocimiento del impacto en la sexualidad en poblaciones específicas en función de edad (especial en adolescentes y jóvenes y personas de edad), identidad sexual y/o de género.

C.2., C.3. Disfunciones sexuales en oncología. Trastornos del deseo sexual: deseo sexual inhibido (o hipoactivo) y trastorno por aversión al sexo. Trastornos de la excitación sexual, diferenciándolo en el hombre (trastorno de la erección) y en la mujer; Trastornos del orgasmo, diferenciando también entre disfunción orgásmica femenina y masculina, e incluyendo además una categoría específica para el diagnóstico de la eyaculación precoz; Trastornos sexuales por dolor, que comprenden la dispareunia y el vaginismo.

C.5., C.6. Evaluación de la salud sexual pre y post enfermedad oncológica. Objetivos de la evaluación de la sexualidad de pacientes. Habilidades de la entrevista clínica y psicosexual.

C.5., C.6. Tipos y métodos de evaluación de la sexualidad: autoinforme, observación, cuestionarios de sexualidad y calidad de vida. Cuestionarios de Evaluación de las Disfunciones sexuales tras un proceso oncológico en paciente y superviviente de cáncer.

C.5., C.6. Diagnóstico y formulación de casos.

C.4. Técnicas y procedimientos médicos y farmacológicos para pacientes con disfunciones sexuales. Implicaciones psicológicas.

C.7., C.9. Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales. Intervención psicológica en la sexualidad integrada en el equipo inter/multidisciplinar.

C.7., C.9. Intervención psicológica y psicoterapéutica en paciente y superviviente de cáncer dirigida ante la presencia de disfunciones sexuales que aparecen o persisten más allá del tratamiento activo del cáncer. Comunicación e información a pacientes con problemática sexual y a su pareja.

C.7., C.9. Terapia de pareja y terapia sexual. Recursos audiovisuales en terapia sexual y de pareja C.7., C.9. Psicoeducación sobre salud sexual

C.7., C.9. Recursos, juguetes o herramientas para la terapia sexual. Mitos y tabúes.

C.8. Asesoramiento y soporte al equipo asistencial en el abordaje de la problemática sexual de paciente y superviviente de cáncer.

10.6.3.3. Intervención psicológica en Dolor

A. Objetivos

A.1. Adquirir conocimientos y actitudes acerca de la naturaleza multidimensional del dolor. La contribución de los factores fisiológicos, sensoriales, emocionales - motivacionales y cognitivos en la experiencia del dolor. Conocer los mecanismos neurofisiológicos del dolor

A.2. Conocer los diferentes tipos de dolor, y los cuadros de dolor que están presente en diferentes tipos de cáncer y en cuidados paliativos.

A.3. Adquirir conocimientos y habilidades para integrarse y funcionar en los equipos inter/multidisciplinares de atención al dolor.

A.4. Conocer los métodos de tratamiento médicos del dolor.

A.5. Adquirir conocimientos y habilidad para llevar a cabo la evaluación psicológica del dolor. Ser capaz de llevar a cabo la evaluación mediante el uso de entrevista, la evaluación psicológica, la observación y registro, y cuestionarios.

A.6. Ser capaz de integrar la información y realizar un informe resumen de la evaluación de aspectos psicológicos de los pacientes con dolor. Así como formular un plan de tratamiento.

A.7. Capacitar para informar, asesorar y motivar a pacientes y familiares para adherirse a las intervenciones para el dolor. Tener las competencias y habilidades para aplicar los tratamientos psicológicos validados empíricamente.

A.8. Adquirir competencias y habilidades para la evaluación y tratamiento del dolor con poblaciones específicas en especial en niños y personas mayores.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3., B.4., B.5. Evaluación y tratamiento del dolor en las unidades de dolor, en los servicios de oncología y de cuidados paliativos.

B.5. Llevar a cabo entrevistas de evaluación de casos de dolor con pacientes con diversos tipos de cáncer y en cuidados paliativos.

B.5. Observación y registro de los niveles de dolor, y administrar instrumentos de autoinforme del dolor.

B.6. Llevar a cabo formulaciones de casos y un plan de tratamiento para casos de dolor en pacientes con patología oncológica.

B.7., B.8. Llevar a cabo un programa psicoeducativo para mejorar la adherencia a los tratamientos, individuales o grupales.

B.7., B.8. Actividad práctica en la aplicación de los distintos métodos de intervención psicológica en población adulta.

B.7., B.8., B.9. Llevar a cabo la evaluación de casos en niños/as, su formulación y plan de tratamiento y su desarrollo con los y las menores y sus madres/padres.

B.7., B.8., B.9. Valorar la eficacia de las intervenciones, llevar a cabo intervenciones para mantener las mejorías y llevar a cabo el seguimiento de las personas enfermas.

C. Programa teórico

C.1., C.2. Naturaleza multidimensional del dolor. Perspectiva biopsicosocial del dolor. Clasificaciones de dolor. Neurofisiología y mecanismos. Teorías y modelos del dolor útil.

C.2., C.3, C.4. Dolor en cáncer y cuidados paliativos. Conocimientos básicos sobre los tratamientos médicos del dolor: clínica farmacológica, terapia física, neuromodulación, bloqueos nerviosos, cirugía. Dolor en poblaciones vulnerables: bebés, niños/as, personas de edad, personas con trastornos del desarrollo, personas con deterioro cognitivo.

C.5., C.6. La evaluación del dolor. Objetivos de la evaluación del dolor. Entrevista, autoinforme. Observación. Evaluación psicofisiológica dolor. Evaluación de cogniciones y emociones. Integración del caso. Formulación clínica y plan de tratamiento

C.7., C.8. El tratamiento psicológico del dolor. Psicoeducación y promoción de la adherencia. Manejo de contingencias. Métodos de Relajación. Tratamiento cognitivo-conductual. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y Mindfulness en dolor. Justificación de la teoría y el tratamiento. La hipnosis. Tratamiento psicológico del dolor infantil. Aspectos psicológicos del dolor infantil. Comportamientos de niños/as y padres/madres en relación con el dolor. Participación de la familia en el tratamiento. Asistencia y rechazo escolar. Factores del desarrollo que influyen las intervenciones psicológicas para el dolor. E-health, m-health, y tecnologías emergentes.

10.6.3.4. Intervención psicológica en procesos de duelo, trastornos adaptativos y de estrés asociados a la pérdida

Esta rotación puede realizarse (o parte de ésta) en recursos asistenciales de entornos comunitarios pertenecientes a asociaciones o instituciones cuya labor contemple los objetivos y actividades (o parte de éstos) señalados a continuación.

A. Objetivos

A.1. Reflexionar sobre el proceso psicológico asociado a la pérdida y la visión holística del duelo, el trauma y los procesos de adaptación acompañados de los modelos teóricos existentes.

A.2. Describir los diferentes procesos de duelo asociados a la pérdida de un ser querido y las variables psicológicas y de salud implicadas. Describir los eventos traumáticos más frecuentes en oncología y cuidados paliativos, así como los procesos de adaptación.

A.3. Conocer el organigrama de atención a los procesos de duelo y trauma, así como las guías de práctica clínica vigentes.

A.4. Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos sobre la atención psicológica en procesos de duelo, trauma y dificultades de adaptación que se enmarquen en los actuales modelos de intervención biopsicosocioespiritual.

A.5. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de una entrevista clínica a personas en duelo, trauma y con dificultades de adaptación, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, diferenciando los procesos de duelo adaptados y los procesos complicados o patológicos.

A.6. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y desarrollo de programas de intervención en duelo, trauma y adaptación teniendo en cuenta las características propias de la pérdida, las características socioculturales y sociodemográficas.

A.7. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de asesoramiento, información y soporte psicológico a familiares y cuidadoras/es de personas en proceso de duelo, trauma o problemas de adaptación.

A.8. Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de pacientes con diferentes estadios de deterioro cognitivo que requieran atención en procesos de duelo, trauma o procesos de adaptación.

A.9. Obtener los conocimientos necesarios para la formulación de casos, redacción de historias clínicas completas y planteamiento de objetivos interdisciplinarios junto con los profesionales implicados en la atención a los procesos de duelo, trauma o procesos de adaptación.

A.10. Adquirir y desarrollar las capacidades necesarias para el diseño y aplicación de intervenciones psicoterapéuticas tanto individuales como grupales, adecuadas a las necesidades de las personas con dificultades ocasionadas por procesos de duelo, trauma o dificultades de adaptación.

A.11. Conocer, aplicar y valorar la eficacia de programas de procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos de duelo, trauma y procesos de adaptación.

A.12. Ser capaz de identificar las diferentes áreas donde puede proporcionarse apoyo y asesoramiento a personas, equipos y organizaciones con respecto al desarrollo de un marco psicológico congruente para la atención a los procesos de duelo, trauma y procesos de adaptación.

A.13. Adquirir los conocimientos metodológicos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación en duelo, trauma y procesos de adaptación.

A.14. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para la identificación de los diferentes dilemas éticos inherentes a la intervención con personas en procesos de duelo, trauma y procesos de adaptación, así como las herramientas para deliberar y proporcionar respuestas psicológicas adaptadas al marco bioético y legal vigente.

B. Actividades

B.1., B.2., B.4., B.5. Formular las dificultades de personas en duelo, trauma y procesos de adaptación, basándose en la evidencia de la teoría psicológica, teniendo en cuenta la necesidad de adaptación a una nueva realidad después de la pérdida, la multifactorialidad de la sintomatología, los síntomas asociados, la historia sociofamiliar y el contexto cultural e histórico.

B.3., B.4., B.5., B.6., B.12. Elaborar y aplicar programas de soporte y asesoramiento psicológico, a diferentes niveles (individual, familiar) para personas en proceso de duelo, trauma y procesos de adaptación.

B.3., B.4., B.5., B.6., B.8., B.12. Elaborar y aplicar programas de soporte y consejo psicológico, a diferentes niveles (individual, grupal) para personas en cualquier estadio de deterioro cognitivo que estén cursando con un proceso de duelo, trauma y procesos de adaptación producidas por aspectos relacionados con la situación de enfermedad.

B.6., B.12., B.14. Colaborar y apoyar a otras/os profesionales para garantizar la adecuada atención a las necesidades de personas en proceso de duelo, trauma y procesos de adaptación.

B.1., B.2., B.6., B.10., B.11., B.12. Diseño y ejecución de programas de necesidades psicológicas y plan de cuidados para detección e intervención en factores protectores frente a complicaciones en el duelo, del trauma o de la adaptación relacionada con el proceso de enfermedad.

B.1., B.2., B.5., B.9., B.12., B.14. Realización de un diagnóstico diferencial de los síntomas y reacciones relacionadas con los procesos de duelo complicado, trauma, dificultades de adaptación y los posibles trastornos mentales asociados. Distinguir entre alteraciones psicológicas y procesos de adaptación a los acontecimientos vitales.

B.2., B.6., B.9., B.10., B.11. Entrenamiento en técnicas psicológicas para minimizar la sintomatología propia del proceso de duelo y las dificultades en adaptación a la enfermedad.

B.2., B.3., B.7., B.11., B.12., B.14. Detección, evaluación de factores de riesgo de complicaciones en duelo en cuidadoras/es y equipo sanitario relacionados con enfermedad avanzada y la exposición a eventos estresantes con ella vinculados

B.6., B.9., B.10., B.11., B.12., B.14. Elaborar y aplicar programas individuales, familiares y grupales de tratamiento psicológico de complicaciones en el proceso de duelo y en los procesos de adaptación a eventos relacionados con la enfermedad.

B.6., B.9., B.10., B.11., B.12., B.14. Programas comunitarios relacionados con la prevención del duelo complicado. Programa de prevención de soledad no deseada. Ciudades compasivas.

B.1., B.2., B.12., B.13., B.14. Desarrollo de planes de investigación relacionados con el proceso de duelo y los procesos de adaptación.

C. Programa teórico

C.1., C.2. Proceso de duelo, estrés y adaptación. Modelos y teorías.

C.1., C.2. Tipos y alteraciones.

C.1., C.2., C.6. Creencias, valores y rituales socioculturales asociados a los procesos de duelo y a los procesos de adaptación a la vivencia de la enfermedad.

C.1., C.4., C.5., C.6., C.9., C.10., C.12. Técnicas y procedimientos de evaluación de procesos de duelo, dificultades de adaptación y estrés. Detección de factores de riesgo, factores de protección y sintomatología asociada.

C.1., C.2., C.5., C.12., C.14. Prevención de complicaciones en el proceso de duelo, en la adaptación a situaciones propias del proceso de enfermedad y manejo de eventos traumáticos generados en el contexto de la patología oncológica o de otras enfermedades y fin de vida.

C.6., C.10., C.12., Diagnóstico e intervención psicológica en los procesos de duelo asociados a la enfermedad y la muerte. Detección de patología asociada a procesos de adaptación y vivencias traumáticas.

C.3., C.5., C.6., C.11., C.12. Programas específicos de atención al duelo normalizado.

C.10., C.11., C.12. Programas de atención psicológica al duelo complicado y a los procesos de adaptación a la situación de enfermedad, validados empíricamente.

C.3., C.8., C.9., C.10., C.11. El duelo en personas de edad avanzada. Programas de intervención comunitaria sobre soledad no deseada. Los procesos de adaptación a la enfermedad en mayores.

C.1., C.2., C.3., C.9., C.10., C.11., C.12. El duelo en la infancia y la adolescencia.

C.1., C.2., C.3., C.10., C.12., C.14. El duelo en pacientes con trastorno mental. El duelo en personas con discapacidades.

C.1., C.2., C.13., C.14. Investigación en procesos de duelo: variables relevantes y metodología.

C.14. Recomendaciones éticas y guías de buena práctica clínica de duelo.

10.6.3.5. Psicología en Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y enfermedades de la motoneurona

A. Objetivos

iA.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión de los Servicios/Unidades implicados en la atención de pacientes con ELA en sus aspectos distintivos para dicho abordaje (Neurología, Neumología, Rehabilitación, Endocrinología, EGC, etc.)

A.2. Conocer el proceso diagnóstico en la ELA: momentos y aspectos relacionados con el impacto psicológico en cada uno de éstos.

A.3. Conocer las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad según su tipología y momento evolutivo de ésta y aspectos psicológicos asociados.

A.4. Conocer y utilizar los procedimientos, técnicas e instrumentos de exploración y valoración (cognitiva, funcional, etc.) específicas para pacientes que padecen ELA.

A.5. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la realización de una entrevista clínica a pacientes con ELA, reconociendo los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos relevantes, identificando su afrontamiento y posibles dificultades de adaptación al proceso de deterioro por esta enfermedad, explorando la posibilidad de comorbilidad psicopatológica.

A.6. Conocer los aspectos más complejos de la relación de los síntomas físicos de mayor prevalencia en la ELA con el estado psicológico y contribuir al control de estos mediante estrategias psicológicas.

A.7. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño, realización y valoración de actividades de consejo, asesoramiento, información y tratamientos psicológicos de soporte a pacientes con ELA, sus familiares y cuidadoras/es, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas, a nivel individual, familiar y grupal.

A.8. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a pacientes con ELA en los contextos domiciliario, ambulatorio y de ingreso hospitalario, en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de referencia de estos, previniendo la tasa de posibles ingresos futuros y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

A.9. Conocer distintas técnicas del abordaje médico (Ventilación mecánica invasiva/no invasiva, gastrostomía endoscópica percutánea, etc.) y farmacológico en ELA, sus principales consecuencias y efectos secundarios y las implicaciones psicológicas en cada caso.

A.10. Conocer y manejar los aspectos jurídico-legales y bioéticos de la práctica asistencial y distintos escenarios provocados por esta enfermedad junto a la posible problemática legal y bioética en su atención.

A.11. Aprender a realizar informes sobre el estado cognitivo de pacientes con ELA, con expresión de juicio clínico sobre afectación y capacidad para toma de decisiones, así como de los diferentes procesos y funciones cognitivas, y del curso evolutivo previsible.

A.12. Adquirir competencias en la toma de decisiones en los distintos escenarios provocados por esta enfermedad y la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA).

A.13. Conocer los instrumentos, herramientas y dispositivos técnicos para facilitar la comunicación a pacientes con ELA.

A.14. Conocer las principales ayudas técnicas de las que pueden ser subsidiarios/as pacientes con ELA.

A.15. Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde los distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales implicadas en la atención a pacientes con ELA y sus familiares.

A.16. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha y evaluación de proyectos de investigación relacionados con ELA.

A.17. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de los aspectos psicológicos relacionados con la ELA.

B. Actividades

B.1., B.2. Participar en las distintas consultas y dispositivos del circuito de atención a pacientes con ELA.

B.3., B.4. Evaluación de casos durante proceso diagnóstico y primeras consultas.

B.3., B.4., B.5., B.11. Aplicación de técnicas, procedimientos específicos y herramientas de valoración con pacientes con ELA.

B.3., B.4., B.5., B.11. Realizar exploraciones neuropsicológicas y psicológicas, elaborar informes.

B.3., B.4., B.5., B.11. Elaboración de informes psicológicos.

B.6. Participación en el control de los aspectos psicológicos relacionados con sintomatología física y manejo de la ELA.

B.7. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas y plan de cuidados para pacientes con ELA a diferentes niveles (individual, familiar), recogiendo las dificultades de paciente, cuidador/a informal y equipo sanitario, basándose en la evidencia de la teoría psicológica, teniendo en cuenta la necesidad de adaptación a una expectativa vital limitada en el tiempo, deterioro progresivo, la complejidad de los problemas, la historia sociofamiliar y el contexto cultural.

B.8. Elaboración de programas de rehabilitación y estimulación neuropsicológica adaptados.

B.8., B.9. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento específica para pacientes con ELA y familiar.

B.8., B.9. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información en situaciones difíciles para pacientes con ELA y familiares y de autorregulación emocional.

B.8., B.9. Elaborar y aplicar programas individuales, familiares y grupales de prevención de complicaciones en duelo.

B.9., B.10., B.12. Participar en los procesos de toma de decisiones al final de la vida valorando los factores psicológicos implicados en ésta.

B.9., B.10., B.12. Diseñar y ejecutar programas de soporte y asesoramiento psicológico orientados a la mejora de la implantación de la planificación de decisiones anticipadas (PDA).

B.13., B.14. Valorar la idoneidad de la implementación de los distintos tipos de dispositivos de comunicación y ayudas técnicas y manejarlos.

B.15. Colaboración con el equipo multidisciplinar en el diseño y ejecución de programas de necesidades y plan de cuidados para enfermos con ELA.

B.15. Participación en actividades de coordinación con equipos y profesionales con implicación en distintos aspectos (sociales, ámbito asociativo, etc.)

B.16. Participar en líneas de investigación relacionadas con ELA.

B.17. Asistencia y presentación de casos a sesiones clínicas de los equipos multidisciplinarios que atienden a pacientes con ELA.

C. Programa teórico

C.1. Planes directores, estrategias del SNS y autonómicas en ELA.

C.2. Proceso diagnóstico en ELA y enfermedad de motoneurona: Criterios diagnósticos y diferenciales. Aspectos psicológicos asociados.

C.3. Tipología y manifestaciones clínicas en ELA. Aspectos psicológicos asociados.

C.4. Evaluación psicológica en ELA:

- Exploración neuropsicológica específica.
- Afrontamiento e impacto de la enfermedad y cada una de sus manifestaciones.
- Valoración de la competencia en la toma de decisiones.
- Valoración de amenazas, necesidades y recursos de paciente y familia.
- Instrumentos de valoración específicos.

C.5. Habilidades de entrevista clínica y administración de pruebas de evaluación psicológica en pacientes con ELA y sus familiares.

C.6. Evaluación y abordaje de aspectos psicológicos relacionados con la principal sintomatología física (dolor, disnea, astenia, insomnio, síntomas digestivos, etc.) en ELA. Técnicas y estrategias psicológicas para el afrontamiento y manejo de estos síntomas.

C.7., C.8. Tratamientos psicológicos eficaces en ELA.

C.7., C.8. Cuidado del cuidador/a. Programas de atención psicológica al cuidador/a informal durante el proceso de acompañamiento a pacientes con ELA.

C.7., C.8. Procedimientos para la comunicación con familiares, cuidadoras/es, y pacientes con ELA.

C.9. Técnicas y procedimientos médicos y farmacológicos en pacientes con ELA. Implicaciones psicológicas.

C.9., C.10., C.11., C.12. Valoración de competencia para la toma de decisiones en ELA. Aspectos psicológicos y neuropsicológicos implicados.

C.12. Planificación de decisiones anticipadas, concepto y desarrollo. Aspectos psicológicos implicados.

C.13. Dispositivos de comunicación, sistemas alternativos de comunicación y otras herramientas comunicativas en ELA.

C.14. Ayudas técnicas en ELA.

C.15. Equipos multidisciplinares y abordaje interdisciplinar en ELA: organización, desarrollo y dificultades y aspectos psicológicos implicados.

C.16. Principales líneas de investigación en ELA y enfermedad de motoneurona y sus aspectos neuropsicológicos y psicológicos relacionados.

C.17. La formación de profesionales en la atención a pacientes con ELA.

10.6.3.6. Psicología en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).

A. Objetivos

A.1. Conocer los aspectos básicos la Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Organización, funcionamiento y gestión de los Servicios/Unidades implicados en la atención de pacientes con ERCA. Caracterización de los cuidados de soporte y paliativos renales

A.2. Conocer los principales factores de susceptibilidad, iniciadores y de progresión del daño renal. Indicadores pronósticos y de supervivencia.

A.3. Conocer el proceso diagnóstico y tratamiento en ERCA. El tratamiento renal sustitutivo. Efecto en la calidad de vida y problemática de la hemodiálisis, diálisis domiciliaria y trasplante renal. Tratamientos domiciliario y hospitalario.

A.4. Conocer los aspectos éticos relacionados con la toma de decisión y habilidades de comunicación y counselling implicadas en los procesos de planificación compartida de la atención dentro de la trayectoria de la ERCA.

A.5. Evaluación de la calidad de vida, malestar emocional, síntomas físicos, estados emocionales, problemas de pareja, familiares y sociales. Valoración de la complejidad.

A.6. Modelo de intervención psicológica en ERCA. Modelo de integración del psicólogo en Nefrología.

A.7. Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de intervenciones y programas de atención psicológica a pacientes con ERCA en los contextos domiciliario, ambulatorio y de ingreso hospitalario, en coordinación con el personal facultativo de enfermería y soporte nutricional de referencia de estos, previniendo la tasa de posibles ingresos futuros y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

A.8. Conocer el proceso de retirada de la diálisis enmarca dentro de la limitación del esfuerzo terapéutico, cumpliendo los principios bioéticos y normativa legal. Y adquirir las competencias para asistir a los pacientes y familiares en el proceso.

A.9. Adquirir competencias para el manejo de la situación de últimos días en ERCA. Conocer el proceso de sedación paliativa, adquirir competencias para prevención del duelo en familias de pacientes con ERCA

A.10. Conocimiento de la problemática de los cuidados paliativos en nefrología. Pediátrica. Adquirir competencias en la atención psicológica con ERCA desde el diagnóstico hasta el final de vida.

A.11. Adquirir los conocimientos necesarios para la puesta en marcha de proyectos de investigación relacionados con ERCA

A.12. Desarrollar y aplicar programas de cuidados al equipo de cara a la prevención del síndrome de Burnout o la fatiga por compasión

A.13. Desarrollar la capacidad docente necesaria para transmitir el conocimiento de los aspectos psicológicos relacionados con ERCA.

B. Actividades

B.1., B.2., B.3., B.4., B.6., B.8. Participar en las distintas consultas y dispositivos del circuito de atención a pacientes con ERCA.

B.5. Evaluación de casos durante proceso diagnóstico y primeras consultas.

B.7. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas y plan de cuidados para pacientes con ERCA a diferentes niveles (individual, familiar), recogiendo las dificultades de paciente, cuidador/a informal y equipo sanitario, basándose en la evidencia de la teoría psicológica, teniendo en cuenta la necesidad de adaptación a una expectativa vital limitada en el tiempo, deterioro progresivo, la complejidad de los problemas, la historia sociofamiliar y el contexto cultural.

B.4., B.8., B.9. Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de intervención psicológica y asesoramiento en las situaciones de proceso de retirada de la diálisis y de últimos días para pacientes y familiares. Así como de prevención del duelo.

B.8., B.9. Elaborar y aplicar programas individuales, familiares y grupales de prevención de complicaciones en duelo.

B.9., B.10. Entrenar en atención psicológica a niños con ERCA y a sus hermanos y padres desde el diagnóstico al final de vida.

B.11. Participar en líneas de investigación relacionadas con ERCA.

B.12. Participar en intervenciones para prevenir y tratar burnout y fatiga de compasión en equipos de tratamiento de ERCA

B.13. Asistencia y presentación de casos a sesiones clínicas de los equipos multidisciplinares que atienden a pacientes con ERCA

C. Programa teórico

C.1., C.2., C.3. Caracterización de la ERCA. Organización asistencial. Proceso diagnóstico.

C.3. Tratamiento renal sustitutivo. Indicadores de pronósticos y supervivencia.

C.4. Calidad de vida en ERCA. Sintomatología física y psicológica.

C.5. Comunicación paciente, familiares y equipo asistencia en nefrología. Asistencia toma de decisiones

C.6. Evaluación psicológica en ERCA. Habilidades de entrevista clínica, y aplicación de cuestionarios y observaciones con pacientes y familiares. Evaluación del afrontamiento e impacto de la enfermedad y cada una de sus manifestaciones. Valoración de la competencia en la toma de decisiones. Valoración de amenazas, necesidades y recursos de paciente y familia. Valoración del nivel de complejidad.

C.6. Modelo de intervención psicológica en ERCA. Modelo de integración del profesional de la psicología en Nefrología.

C.7. Intervención psicológica relacionados con la principal sintomatología física (dolor, disnea, astenia, insomnio, síntomas digestivos, etc.) en ERCA. Técnicas y estrategias psicológicas para el afrontamiento y manejo de estos síntomas.

C.4., C.7., C.8. Proceso de retirada de la diálisis. Toma de decisión. Aspectos psicológicos. Asistencia psicológica a pacientes ERCA y familiares

C.7., C.9. Manejo de la situación de últimos días en ERCA. Conocer el proceso de sedación paliativa, adquirir competencias para prevención del duelo en familias de pacientes con ERCA

C.5., C.7., C.10. Problemática de los cuidados paliativos en Nefrología Pediátrica. Evaluación en intervención a niños y adolescente con ERCA y sus familiares desde el diagnóstico hasta el final de vida.

C.11. Investigación en psicológica en ERCA.

C.12. Evaluación, prevención y tratamiento de burnout y fatiga de compasión en equipos de tratamiento de ERCA.

C.12. La formación de profesionales en la atención a pacientes con ERCA.

10.6.3.7. Psicología en Consejo Genético Oncológico.

A. Objetivos

A.1. Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento, circuito asistencial y gestión de los Servicios y Unidades implicadas en el Consejo Genético.

A.2. Conocer y participar en los espacios inter/multidisciplinares de coordinación de los distintos Servicios y/o Unidades Asistenciales relacionadas con el Consejo Genético oncológico.

A.3. Conocer y manejar los aspectos bioéticos y jurídico-legales de la práctica asistencial en consejo genético oncológico y la investigación genética para las personas en riesgo de cáncer familiar y sus familiares.

A.4. Adquirir conocimiento sobre los principales síndromes de cáncer hereditario: cáncer de colon, cáncer de mama y ovario (BRCA1/2), síndrome de Cowden, Li-Fraumeni, PFC, HNPCC, MENS 2, procesos hematooncológicos infantiles, melanoma y otros.

A.5. Conocer el proceso de consejo genético, los tests genéticos y sus implicaciones.

A.6. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para realizar la historia clínica y árbol genealógico desarrollando las habilidades necesarias para identificar la información clave.

A.7. Desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para explicar al paciente y/o familia los aspectos derivados de la realización de estudios genéticos y su interpretación. Entrenamiento en la comunicación efectiva de la información genética.

A.8. Adquirir competencias para llevar a cabo la evaluación psicológica de los participantes en Consejo Genético Oncológico y sus familias, de modo continuo antes del Consejo Genético, tras los resultados, y la toma de decisión y tras la aplicación de las intervenciones propuestas de reducción de riesgo si se llevaran a cabo y/o el seguimiento.

A.9. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el facilitar el proceso de toma de decisiones y acompañamiento psicológico: promover el entendimiento, reducir el malestar psicológico, aumentar en la persona el sentido de control personal, percepción de riesgo, la comunicación interpersonal, el estrés, el afrontamiento, y la dinámica familiar.

A.10. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para asesorar a la familia en su adaptación a los eventos estresantes asociados al riesgo de cáncer y las intervenciones de reducción de riesgo.

A.11. Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para atender al posible impacto emocional que puede conllevar la notificación de los resultados del estudio genético; intervenir en aquellas situaciones o casos en lo que se aprecia un posible caso clínico (síntomatología ansiosa o depresiva, duelo reciente, etc.), poniéndose en duda la idoneidad de realizar el estudio genético; y orientar, como consultor, a los profesionales de las unidades de consejo genético en el proceso de información y soporte al enfermo o familiar.

A.12. Orientar, como consultor, a los profesionales de las unidades de consejo genético en el proceso de información y soporte al enfermo o familiar.

A.13. Adquirir competencias en el diseño y puesta en práctica de investigación ya sea de revisión teórica como de investigación empírica.

B. Actividades

B.1., B.5. Participar en la Unidad de Consejo Genético

B.2. Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos.

B.3. Colaborar en los procedimientos de toma de decisiones

B.4. Participación y presentación de casos en las sesiones clínicas y bibliográficas de la Unidad/Servicio.

B.6. B.8. Valoración inicial de los aspectos y necesidades psicológicas de los pacientes

B.6. Elaboración de informes psicológicos y registro de la actividad asistencial

B.12. Entrenamiento en habilidades de comunicación e información.

B.9. B.10. B.11. Diseñar y ejecutar intervenciones psicológicas a diferentes niveles (individual y familiar), en la fase previas, tras los resultados, en la toma de decisión y durante y después de los tratamientos de reducción de riesgos.

B.12. Participar en las actividades de formación.

B.13. Participar en proyectos de investigación sobre aspectos psicológicos en consejo genético oncológico

C. Programa teórico

C.1. Planes directores de Consejo Genético. Red y procesos asistenciales estatales y autonómicos en dichos ámbitos.

C.1 C.2. Recursos y circuitos asistenciales en Consejo Genético

C.3. Aspectos legales en Consejo Genético

C.3. Bioética en Consejo Genético

C.6. C.7. Aspectos de la comunicación en Consejo Genético.

C.8. Evaluación e intervención psicológica en relación con:

- Sintomatología depresiva y ansiosa.
- Pensamientos intrusivos y recurrentes en relación con el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- Rasgos hipocondríacos y cancerofobia.
- Sentimientos de culpa por la transmisión de la mutación genética al resto de la familia, o, por no haber adquirido la mutación (guilty syndrome).
- Problemas de relación o cohesión familiar.
- Locus de control capacidad de afrontamiento.
- Barreras percibidas para la adhesión a programas de screening.
- Aspectos asociados a la enfermedad oncológica: número de familiares afectados de cáncer, relación con los familiares afectados, la edad al diagnóstico familiar, fallecidos por cáncer.
- Percepción de una muerte difícil en algún familiar.
- Preocupación por desarrollar cáncer.
- Respuesta emocional ante los resultados del test genético.
- Comprensión de los resultados del test genético.
- Adhesión a medidas de detección precoz, profilácticas y visitas de seguimiento

C.9. Valoración de competencia en la toma de decisiones con relación al Consejo Genético y sus implicaciones

C.9. C.10. C.11. Modelos teóricos explicativos de la participación en programas de detección o en la adhesión a medidas de seguimiento (creencias de la salud, representación, afrontamiento y estrés)

C. 13. La revisión teórica e investigación empírica en Consejo Genético.

10.7. Atención continuada

La prestación de servicios en concepto de atención continuada tiene carácter formativo, es un elemento central en la formación del/de la residente que también contribuye junto a los profesionales del staff, a garantizar el funcionamiento permanente de los centros asistenciales.

Los servicios prestados en concepto de atención continuada, con niveles crecientes de responsabilidad, se realizarán con carácter obligatorio desde el primer año de residencia y serán supervisados por los o las tutores PIR y/o responsables de las unidades donde se realice la atención continuada que en cada caso corresponda.

Estas actividades se podrán organizar bajo diversas modalidades, dependiendo de las posibilidades, necesidades y disponibilidad de la Unidad Docente, mediante la realización de guardias o bien participando en programas desarrollados anteriormente.

11. Referencias bibliográficas

Adler, N.E., Page, A.E.K. (2008) Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. En: Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting (Eds.). Washington (DC), National Academies Press (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669419/>

Admiraal, J. M., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Schröder, C. P., Tuinier, W., Hospers, G. A. P., & Reyners, A. K. L. (2020). Distress, problems, referral wish, and supportive health care use in breast cancer survivors beyond the first year after chemotherapy completion. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3023-3032. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05030-6>

Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentices-All.

Ancoli-Israel, S. (2009). Recognition and treatment of sleep disturbances in cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 5864-5866. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.5993>

Andreu Vaillo, Y., Conchado Peiró, A., Martínez López, P., Martínez Martínez, M. T., Moreno, P., & Arribas Alpuente, L. (2022). Possible substantive improvements in the structure of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale? A study based on its Spanish version. *Quality of life Research*, 31(6), 1871–1881. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03036-4>

Andreu Y., Martínez, P., Galdón, M.J. (2019). Utility of the Distress Thermometer in cancer survivors: convergent validity and diagnostic accuracy in a Spanish sample. *Oncology Nursing Forum*, 46, pp. 442 - 450.

Andreu, Y., Galdón, M.J., Martínez, P., Martínez, O. (2015). Precisión Diagnóstica del Termómetro de Distrés en Neoplasias Hematológicas. *Psicooncología* 12, 2-3, 237 - 247.

Andreu, Y., Martínez, P., Castillo, C. (2013). Adaptación española de la Escala de Afrontamiento por Aproximación Emocional EAC. *Psicología Conductual*, 21, 2, 363 – 379

Andreu, Y., Murgui, S., Martínez, P., Romero, R. (2018). Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: construct validation on Spanish version (2018). *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 38 - 44.

Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. EAPSC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPSC Press; 2019. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de: <http://hdl.handle.net/10171/56787>

Arving, C., Brandberg, Y., Feldman, I., Johansson, B., Glimelius, B. (2014) Cost-utility analysis of individual psychosocial support interventions for breast cancer patients in a randomized controlled study. *Psycho-Oncology*, 23(3), 251-258.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., Bayés, R. (2004). Intervención emocional en cuidados paliativos. En P. Arranz J. Barbero, y P. Barreto y Bayés, R, (Eds). *Modelo y protocolos* (2ª ed.). Barcelona: Ariel Martin.

Association for Children's Palliative Care (2003). A Guide to the development of children's palliative care services report of a joint working party of the association for children with life-threatening or terminal conditions and their families and the Royal College of Paediatrics and Child Health. ACT (Association for Children's Palliative Care).

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2005). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 2000 (5), 302-311.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A., & Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.453>

Barón, M. D. C. E., Rubio, G.C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9 (1), 25-40.

Barreto, P., Pérez, M. (2013). Tratamiento del duelo. En J.A. Cruzado (Coord.). *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (341-357). Madrid: Pirámide.

Basagoiti, I. (2012). Alfabetización en salud. De la información a la acción. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

Bayón, C., Hospital, A., Palao, A., Rodríguez Vega, B. (2013). Mindfulness en el campo de la oncología. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (243-260). Madrid: Pirámide.

Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*;2(4), 409-419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>

Benito, E., Barbero, J., Dones, M. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13 (2-3), 367-384. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54442>

Benini, F., Avagnina, I., Giacomelli, L., Papa, S., Mercante, A., & Perilongo, G. (2022). Pediatric Palliative Care in Oncology: Basic principles. *Cancers*, 14(8), 1972. <https://doi.org/10.3390/cancers14081972>

Benini, F., Papadatou, D., Bernad , M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., Drake, R., Friedrichsdorf, S., Garros, D., Giacomelli, L., Lacerda, A., Lazzarin, P., Marcegaglia, S., Marston, J., Muckaden, M. A., Papa, S., Parravicini, E., Pellegatta, F., & Wolfe, J. (2022). International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e529–e543. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031>

Berger, A. M., & Mitchell, S. A. (2008). Modifying cancer-related fatigue by optimizing sleep quality. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 6(1), 3–13. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2008.0002>

Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., Cleeland, C., Dotan, E., Eisenberger, M. A., Escalante, C. P., Jacobsen, P. B., Jankowski, C., LeBlanc, T., Ligibel, J. A., Loggers, E. T., Mandrell, B., Murphy, B. A., Palesh, O., Pirl, W. F., Plaxe, S. C., ... National comprehensive cancer network (2015). Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 13(8), 1012–1039. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0122h>

Bragado, C. (2009). funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 327-341. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220327B>

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Breitbart, W., Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1206-1214. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784>

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 749–754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>

Breitbart, W. S., & Poppito, S. R. (2014). Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. New York: Oxford University Press.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A., Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of internal medicine*, 167(5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.453>

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440–6441. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.3259>

Burris, J. L., Armeson, K., & Sterbal, K. R. (2015). A closer look at unmet needs at the end of primary treatment for breast cancer: A longitudinal pilot study. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 69-76. <https://doi.org/10.1080/08964289.2014.889068>

Canadian Association of Psychosocial Oncology (2010). Standards of psychosocial health services for persons with cancer and their families. Recuperado 30 de septiembre de 2020, de <https://www.capo.ca/resources/Documents/3.14.%20National%20Psychosocial%20Oncology%20Standards%20%20.pdf>

CanCon Policy Papers (2017). Cancer Control Joint Action. Recuperado 30 septiembre de 2020, de <https://www.iccp-portal.org/resources/cancer-control-joint-action-policy-papers>

Carlson, L.E., Bultz, B.D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*, 13(12), 837-856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15578622/>

Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.

Caruso, R., Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e86. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000866>

Caruso, R., GiuliaNanni, M., Riba, M. B., Sabato, S., Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A critical review. *Current psychiatry Reports*, 19(6), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0785-7>

Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I., & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing ethics*, 27(3), 639–665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>

Chin-Yee, N., D'Egidio, G., Thavorn, K., Heyland, D., Kyremanteng, K. (2017). Cost analysis of the very elderly admitted to intensive care units. *Critical Care*, 21, 109. <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-017-1689-y>

Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social Science Medicine*, 54, 433-43.

Chung, E., Brock, G. (2013). Sexual rehabilitation and cancer survivorship: a state of art review of current literature and management strategies in male sexual dysfunction among prostate cancer survivors. *The Journal of Sexual Medicine*, 10 (suppl. 1), 102–111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23387915/>

Coelho, A., de Brito, M., Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment, and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52–57. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000321>

Comisión Nacional de Acreditación Profesional (2016). Acreditación nacional de psicólogo/a experto/a en psicooncología y/o psicología en cuidados paliativos. Recuperado el 29 de septiembre de 2020, de <http://www.acreditaciones.cop.es/pdf/APsicooncologia.pdf>

Connor, S.R., Centeno, C., Garralda, E., Clelland, D., Clark, D. (2020) Estimating the number of patients receiving specialized palliative care globally in 2017. *Journal of Pain and Symptom Manage*, Sep 30: S0885-3924(20)30787-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.036>

Consejo de la Unión Europea. (2008). Resolución del Parlamento Europeo, de 10 de abril de 2008, sobre la lucha contra el cáncer en la Unión Europea. Recuperado 30 de septiembre de 2020, de <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0121+0+DOC+XML+V0//ES>

Costa, M., Arranz, P. (2013). Comunicación y counselling. En J.A. Cruzado (Coord.). *Manual de Psicooncología* (págs. 55-78). Madrid: Pirámide.

Costa M., López, E. (2008). *Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.

Council of the European Union (2008). *Reducing the burden of cancer*. Recuperado 29 de septiembre de 2020, de <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?!=EN&f=ST%209636%202008%20INIT>

Crespo, M. (2013). Técnicas de relajación. En J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (101-122). Madrid: Pirámide.

Cruzado, J.A. (2010). La toma de decisión de los participantes en consejo genético oncológico. *Psicooncología*, 7, 341 - 362

Cruzado, J.A. (2013). Evaluación psicológica en pacientes con cáncer. En J.A. Cruzado (Coord.). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (21-54). Madrid: Pirámide.

Cruzado, J.A. (Coord.) (2013). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.

Cruzado, J.A. (2013). Terapias cognitivo-conductuales. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (271-202). Madrid: Pirámide

Cruzado, J.A. (2013). Terapias de exposición. En: J.A. Cruzado (Coord.). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (123-148). Madrid: Pirámide.

Cruzado, J.A., Hernández-Blázquez, M. (2018). Mental disorder screening on cancer patients before and after radiotherapy and at the 1-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 813–821. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3894-2>

De Moor, J. S., Alfano, C. M., Kent, E. E., Norton, W. E., Coughlan, D., Roberts, M. C., Grimes, M., Bradley, C. J. (2018). Recommendations for research and practice to improve work outcomes among cancer survivors. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. <https://doi:10.1093/jnci/djy154>

de Souza, J. A., Kung, S., O'Connor, J., & Yap, B. J. (2017). Determinants of patient-centered financial stress in patients with locally advanced head and neck cancer. *Journal of Oncology Practice*, 13(4), e310–e318. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.016337>

de la Torre-Luque, A., Gambara, H., López, E., y Cruzado, J. A. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.005>

Díaz-Rubio E. (2019). La carga del cáncer en España. *ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España; Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 136, 25-33. <https://doi.org/10.32440/ar.2019.136.01.rev06>

Dickerman J. D. (2007). The late effects of childhood cancer therapy. *Pediatrics*, 119(3), 554–568. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2826>

Dieng M, Cust AE, Kasparian NA, Mann GJ, Morton RL. (2016) Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: a systematic review. *Psychooncology*, 25(12), 1380-1392. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.4075>

Emery, J., Butow, P., Lai-Kwon, J., Nekhlyudov, L., Rynderman, M., & Jefford, M. (2022). Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer. *Lancet*, 399(10334), 1537–1550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00242-2)

Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., ... & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22833521/>

Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>

Evans, L., Taubert, M. (2019). State of the science: the doll is dead: simulation in palliative care education. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(2), 117–119. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001595>

Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Oncology*, 31(6), 782-793. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23319686/>

Fann, J. R., Ell, K., & Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1178–1186. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7398>

Fingeret, M.C., Teo, I., Epner, D.E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. *Cancer*, 120, 633-641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>

Forsythe, L.P., Helzlsouer, K.J., MacDonald, R. & Gallicchio, L. (2012). Daytime sleepiness and sleep duration in long-term cancer survivors and non-cancer controls: Results from a registry-based survey study. *Supportive Care in Cancer*, 20, 2425-2432. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1358-7>

Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S., & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.009>

Gallagher, A., Shersher, V., Mortimer, D., Truby, H., & Haines, T. (2022). The Cost-Effectiveness of adjunctive lifestyle interventions for the management of cancer: A systematic review. *Applied Health Economics and Health Policy*, 10.1007/s40258-022-00759-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00759-4>

García-García, T., Carmona-Bayonas, A., Jiménez-Fonseca, P., Jara, C. Beato, C., Calderón, C. (2019). Biopsychosocial and clinical characteristics in patients with resected breast and colon cancer at the beginning and end of adjuvant treatment. *BMC Cancer*, 19, 1143. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6358-x>

Garner, M. J., McGregor, B. A., Murphy, K. M., Koenig, A. L., Dolan, E. D., & Albano, D. (2015). Optimism and depression: a new look at social support as a mediator among women at risk for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1708-1713.

GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 400, 563–91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01438-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01438-)

Gil Moncayo, F.L., Maté, J., Méndez J., Ochoa Arnedo, C., Casellas-Grau, A., Trelis Navarro, J., Borràs Andrés, J.M. (2020). Abordaje de la complejidad psicosocial en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 154, 86–93.

González Ordi, H., Capilla Ramírez, M.P. (2013). El uso de la hipnosis en el paciente oncológico. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (149- 170). Madrid: Pirámide.

Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., Torta, R., Bellani, M., & Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group (2013). Screening for distress in cancer patients: a multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 119(9), 1714–1721. <https://doi.org/10.1002/cncr.27902>

Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, the SEPOS Group. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83,243-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.07.004>

Grassi, L., Caraceni, A., Mitchell, A. J., Nanni, M. G., Berardi, M. A., Caruso, R., Riba, M. (2015). Management of delirium in palliative care: a review. *Current Psychiatry Reports*, 17, 550. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0550-8>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2022. Guías de Práctica Clínica en el SNS”. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_618_cuidados_palitativos_pediatria_iacs_compl.pdf

Hain, R., Devins, M., Hastings, R. et al. (2013). Paediatric palliative care: development and pilot study of a ‘Directory’ of life-limiting conditions. *BMC Palliative Care*, 12, 43. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-43>

Han, X., Lin, C. C., Li, C., de Moor, J. S., Rodríguez, J. L., Kent, E. E., Forsythe, L. P. (2015). Association between serious psychological distress and health care use and expenditures by cancer history. *Cancer*, 121(4), 614–622. <https://doi.org/10.1002/cncr.29102>

Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163–181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>

Hayuni, G., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Bar Sela, G., & Braun, M. (2019). Between empathy and grief: The mediating effect of compassion fatigue among oncologists. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2344– 2350. <https://doi.org/10.1002/pon.5227>

Hernández, M., Cruzado, J. A. (2016). A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.010>

Hernández García, M.C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14, 53-70. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55811>

Holland, J.C. (2018). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27, 1364-1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>

Huang, Z., Yu, T., Wu, S., Hu, A. (2020). Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1195-1203 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-020-05780-8>

Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., Bruera, E. (2018). Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 356–376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>

Instituto de Información Sanitaria. Atención a los cuidados paliativos (2011). Organización en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2010 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Recuperado el 1 de octubre de 2022 en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Ibáñez Del Prado, C., & Cruzado, J. A. (2020). A screening method for sleep disturbances at the end-of-life. *Palliative & Supportive Care*, 18(4), 468–472. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000024>

Instituto Nacional de Estadística (2020). Recuperado el 26 de enero de 2021, de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573175

Instituto Max Weber (2018). La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Fundación Mylan para la Salud. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de https://www.fundacionmylan.com/-/media/mylanfoundationes/files/atencion_psicologica_digital_def_2.pdf

Jacobsen, P. B., Lee, M. (2015). Integrating Psychosocial Care into Routine Cancer Care. *Cancer control. Journal of the Moffitt Cancer Center*, 22, 442–449. <https://doi.org/10.1177/107327481502200410>

Jacobsen, P. B., Wagner, L. I. (2012). A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1154–1159. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5046>

Jansen, F., van Zwieten, V., Coupé, V. M., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). A review on cost-effectiveness and cost-utility of psychosocial care in cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 125–136. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.182930>

Jarrad, R. A., y Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 19, 22. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00272-9>

Jenniches, I., Lemmen, C., Cwik, J. C., Kusch, M., Labouvie, H., Scholten, N., Dresen, A. (2020). Evaluation of a complex integrated, cross-sectorial psycho-oncological care program (isPO): a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*, 10, e034141. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034141>

Jünger, S., Payne, S., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J.L. (2010). EAPSC task force on education for psychologists in palliative care. Recuperado 30 de septiembre de 2020, de <https://www.EAPScnet.eu/Portals/0/adam/Content/56dlgUQx4EqBHNvVqGDmiA/Text/The%20EAPSC%20Task%20Force%20on%20Education%20for%20Psychologists%20in%20Palliative%20Care.pdf>

Katz, A., Dizon, D.S. (2016). Sexuality after cancer: A model for male survivors. *Journal of Sexual Medicine*, 13 (1), 70–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755089/>

Kearney, J.A., Salley, C.G., Muriel, A.C. (2015). Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer* 62 (Suppl 5), S632-83. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pbc.25761>

Kelada, L., Wakefield, C. E., Heathcote, L. C., Jaaniste, T., Signorelli, C., Fardell, J. E., Donoghoe, M., McCarthy, M. C., Gabriel, M., Cohn, R. J., & ANZCHOG survivorship study group (2019). Perceived cancer-related pain and fatigue, information needs, and fear of cancer recurrence among adult survivors of childhood cancer. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2270–2278. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.022>

Khushalani, J. S., Qin, J., Cyrus, J., Buchanan Lunsford, N., Rim, S. H., Han, X., Yabroff, K. R., & Ekwueme, D. U. (2018). Systematic review of healthcare costs related to mental health conditions among cancer survivors. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 18(5), 505–517. <https://doi.org/10.1080/14737167.2018.1485097>

Kiecolt-Glaser, J.K., Robles, T.F., Heffner, K.L., Loving, T.J., Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, 13 Suppl 4, 165-169. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdf655>

Kim, Y., Wellisch, D. K., Spillers, R. L., & Crammer, C. (2007). Psychological distress of female cancer caregivers: effects of type of cancer and caregivers' spirituality. *Supportive Care in Cancer*, 15(12), 1367– 1374. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0265-4>

Kissane, D. W., Ngan, C. (2015). Supportive-Expressive and Other Forms of Group Psychotherapy in Cancer Care. In: J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, & P. N. Butow (Eds.). *Psycho-Oncology* (3rd ed., págs. 532-538). Oxford University Press.

Kleine, A.K., Hallensleben, N., Mehnert, A., Hömig, K., Ernst, J. (2019). Psychological interventions targeting partners of cancer patients: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 140, 52-66. [https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychological-interventions-targeting-partners-of-cancer-patients-a-systematic-review\(9469bbe3-752b-4ad6-909c-3679e3aece2b\)/export.html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychological-interventions-targeting-partners-of-cancer-patients-a-systematic-review(9469bbe3-752b-4ad6-909c-3679e3aece2b)/export.html)

Klein, C. J., Riggerbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & McGarvey, J. S. (2018). Quality of life and compassion satisfaction in clinicians: a pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(6), 882–888. <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>

Knapp, S., Marziliano, A., Moyer, A. (2014). Identity threat and stigma in cancer patients. *Health Psychology Open*, 1(1), 2055102914552281. <https://doi.org/10.1177/2055102914552281>

Kroenke, C. H., Kwan, M. L., Neugut, A. I., Ergas, I. J., Wright, J. D., Caan, B. J., ... & Kushi, L. H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(2), 515-527. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc3906043>

Law, E., Girgis, A., Lambert, S., Sylvie, L., Levesque, J., Pickett, H. (2016). Telomeres and Stress: Promising Avenues for Research in Psycho-Oncology. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3, 137–147. <https://doi: 10.4103/2347-5625.182931>

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., y Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*, 26(4), 424–427. <https://doi.org/10.1002/pon.4103>

Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M. (2013). Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Supportive Care in Cancer*, 21, 901-906. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1685-3>

Lehto, R. H., Heeter, C., Forman, J., Shanafelt, T., Kamal, A., Miller, P., & Paletta, M. (2020). Hospice employees' perceptions of their work environment: a focus group perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6147. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176147>

Li, M., Kennedy, E.B., Byrne, N., Gérin-Lajoie, C., Katz, M.R., Keshavarz, H., et al. (2017). Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 26(5), 573–87. <https://doi.org/10.1002/pon.4286>

Lichtenthal, W.G., Sweeney, C.R., Roberts, K.E., Corner, G.W., Donovan, L.A., Prigerson, H.G., Wiener, L. (2015). Bereavement follow-up after the death of a child as a standard of care in pediatric oncology. *Paediatric Blood & Cancer*, 62, Suppl 5(0), S834-69. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692196/>

Lien, C. Y., Lin, H. R., Kuo, I. T., Chen, M. L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2311-2319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19207802/>

Limón, E., Meléndez, A. (2018). Del “paliativo no oncológico” al “paciente crónico avanzado”. Más allá de las palabras. El reto de los cuidados paliativos del siglo XXI. En: Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL (2018). Monografía SECPAL sobre Cronicidad Avanzada.

Limonero, Joaquín T., Mateo, Dolors, Maté-Méndez, Jorge, González-Barboteo, Jesús, Bayés, Ramón, Bernaus, Montserrat, Casas, Carme, López, Montserrat, Sirgo, Agustina, & Viel, Silvia. (2012). Evaluación de las

propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 145-152. Recuperado en 17 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200009&lng=es&tlng=es

Lo, C., Hales, S., Rydall, A., Panday, T., Chiu, A., Malfitano, C., Jung, J., Li, M., Nissim, R., Zimmermann, C., Rodin, G. (2015). Managing cancer and living meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 391. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0811-1>

López-Santiago, S., Cruzado, J.A., Feliú, J. (2011). Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*, 18, 265-280. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37881

Luciano, C., Páez, M. (2013). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) aplicada a pacientes con cáncer. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (261-280). Madrid: Pirámide.

Martínez, P., Andreu, Y., Galdón, M.J., e Ibáñez, E. (2015). Improving the diagnostic accuracy of the Distress Thermometer: A potential role for the impact thermometer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 124-129.

Martínez, P., Conchado, A., Andreu, Y., Galdón, M.J. (2019). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in heterogeneous sample of adult cancer patients. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51, 1-8. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n1.1>

Martínez, P., Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M.J., Murgui, S. e Ibáñez, E. (2012). Structural validity and distress screening potential of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer. 913745. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 12 (3): 435 - 447.

Martínez, P., Galdón, M. J., Andreu, Y., e Ibáñez, E. (2013). The Distress Thermometer in Spanish cancer patients: convergent validity and diagnostic accuracy. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3095–3102. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1883-7>

Martínez, P., Andreu, Y. (2019). Supervivencia en cáncer: la necesidad de una atención integral y la importancia de asumir un rol activo. *Papeles del Psicólogo*, 40, 39-45. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2885.pdf>

Martínez, P., Andreu, Y., & Conchado, A. (2021). Psychometric properties of the spanish version of the Cancer Survivors' Unmet Needs (CaSUN-S) measure in breast cancer. *Psicothema*, 33(1), 155–163. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.146>

Martínez, P., Andreu, Y., Galdón, M.J. (2019). *La intervención psicoeducativa de Fawzy y Fawzy para pacientes oncológicos*. Madrid: Pirámide.

Matthews, E. E., Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716- 726. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19034884/>

Mayer, D. K., Nasso, S. F., Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *The Lancet Oncology*, 18(1), e11–e18. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30573-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30573-3)

Mausbach, B.T., Bos, T., Irwin, S.A. (2018). Mental health treatment dose and annual healthcare costs in patients with cancer and major depressive disorder. *Health Psychology*, 37 (11), 1035-1040. <https://doi.org/10.1037/hea0000670>

McNamara, B., Rosenwax, L. K., & Holman, C. D. (2006). A method for defining and estimating the palliative care population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.12.018>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el día 29 de enero de 2021, de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Libro blanco de los recursos humanos en el sistema sanitario. Recuperado el 1 de octubre de 2021 de: https://www.enfermeriacuena.com/uploads/files/noticias/adjunto_1408_1390300655.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Informes, estudios e investigación. 2014. Recuperado el 1 de octubre de 2021 de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Ministerio Sanidad y Consumo (2014). Cuidados Paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: criterios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 26 de enero de 2021, de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

Mitchell, A. J., Meader, N., Davies, E., Clover, K., Carter, G. L., Loscalzo, M. J., Linden, W., Grassi, L., Johansen, C., Carlson, L. E., & Zabora, J. (2012). Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.043>

Mitchell, A. J., Vahabzadeh, A., & Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psycho-oncology*, 20(6), 572–584. <https://doi.org/10.1002/pon.1943>

Moorey, S., Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.

Morreale M. K. (2011). The impact of cancer on sexual function. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 72–82. <https://doi.org/10.1159/000328809>

Morris, S. E., Tarquini, S. J., Yusuf, M., Adolf, E., Amonoo, H. L., Bain, P. A., ... Pirl, W. F. (2020). Burnout in psychosocial oncology clinicians: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 223–234. <https://doi.org/10.1017/S147895152000084X>

Murtagh, F. E., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E.I., Kaloki, Y.E., & Higginson, I.J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49–58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>

Myers, S., Manne, S.L. (2013). Intervención para mejorar la intimidad en pacientes con cáncer y sus parejas. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (301-319). Madrid: Pirámide.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2020). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management*. Recuperado 30 de septiembre de 2020, de https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

Nezu, A.M., Nezu, C.M., Salber, K.E. (2015). Problem-solving therapy for cancer patients / Terapia de solución de problemas. *Psicooncología*, 10, 217-231. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43445>

NICE. (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer, the manual*. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, en <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4>

Nicklaus, L., Albiston, M., Dunbar, M., Gillies, A., Hislop, J., Moffat, H., & Thomson, J. (2022). A systematic review of economic analyses of psychological interventions and therapies in health-related settings. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1131. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08158-0>

Nijhof, S.L., Vinkers, C.H., Van Geelen, S.M., Duijff, S.N., Achterberg, E.J.M., Van der Net, J.... Lesscher, H.M.B. (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 95, 421-429. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>

Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.006>

Observatorio del Cáncer AECC (2019). Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España. AECC. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de https://www.aecc.es/sites/default/files/content-ile/Informe_AECC_Atencion_psicologica.pdf

Olivares, M.E. (2013). Sexualidad y cáncer ginecológico. En J.A. Cruzado (Coord.). *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (281-300). Madrid: Pirámide.

Oliver Wyman (2020). *El impacto económico y social del cáncer en España*. Madrid: AECC.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Cancer control: knowledge into action*. Recuperado 30 septiembre 2020, de <https://www.who.int/cancer/modules/en/>

Pan, X., Sambamoorthi, U. (2015). Health care expenditures associated with depression in adults with cancer. *Journal of Community and Supportive Oncology*, 13, 240-7. <https://doi.org/10.12788/jcso.0150>

Pan, Y. C., y Lin, Y. S. (2022). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence of Depression Among Caregivers of Cancer Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817936>

Priede, A., Andreu, Y., Martínez, P., Conchado, A., Ruiz-Torres, M., & González-Blanch, C. (2018). The factor structure of the Medical Outcomes Study–Social Support Survey: A comparison of different models in a sample of recently diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 108, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores>

Prochaska, J., DiClemente, C. and Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (2019). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2019. Recuperado el 23 de septiembre de 2020 de: https://redecn.org/redecn.org/es/Estimaciones_Incidencia_Cancer_en_Espana_2019058c.pdf?file=833&news=448

Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117–121. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>

RETI-SEHOP (2014). Cáncer infantil en cifras. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de <https://www.uv.es/rnti/cifrasCancer.html>

Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49, 595–610. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>

Rodin, G., An, E., Shnall, J., & Malfitano, C. (2020). Psychological interventions for patients with advanced disease: Implications for oncology and palliative care. *Journal of Clinical Oncology* 38(9), 885–904. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00058>

Rodríguez Vega, B., Palao, A., Muñoz, A., Fernández Liria, A., Bayón, C. (2013). Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión en oncología. En: Cruzado, J.A. (Coord.). *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (221-242). Madrid: Pirámide.

Salem, H., Johansen, C., Schmiegelow, K., Winther, J. F., Wehner, P. S., Hasle, H., Rosthøj, S., Kazak, A. E., & E Bidstrup, P. (2017). FAMily-Oriented Support (FAMOS): development and feasibility of a psychosocial intervention for families of childhood cancer survivors. *Acta Oncologica* (Stockholm, Sweden), 56(2), 367–374. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1269194>

Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, García- Llana H, Granero N, Carrero V. (2018). Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento (págs. 87-89). En: Limón E y Meléndez A (coord.). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL* (2018). Monografía SECPAL sobre Cronicidad Avanzada.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). Close Personal Relationships and Health Outcomes: A Key to the Role of Social Support. In B. Sarason, & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology* (pp. 15-41). West Sussex, England: Wiley.

Sarma, E. A., Silver, M. I., Kobrin, S. C., Marcus, P. M., & Ferrer, R. A. (2019). Cancer screening: health impact, prevalence, correlates, and interventions. *Psychology & Health*, 34(9), 1036–1072. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1584673>

Savard, J., y Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895–908. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.3.895>

Schmaling, K.B., Sher, T.G. (2000). *The Psychology of Couples and Illness*. American Psychological Association, Washington, DC.

Schweitzer, R., Griffiths, M., Yates, P. (2012). Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology & Health*, 27(6), 704–720. https://www.researchgate.net/publication/51860077_Schweitzer_R_Griffiths_M_Yates_PParental_experience_of_childhood_cancer_using_Interpretative_Phenomenological_Analysis_Psychol_Health_27_704-720

SEOM (2018). Plan integral de atención a los largos supervivientes de cáncer [Comprehensive care plan for longterm cancer survivors]. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN_INTEGRAL_LARGO_SUPERVIVIENTE.pdf

SEOM (2022). Las cifras del cáncer en España 2020. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>

Sistema Nacional de Salud (2010). Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social.

Sistema Nacional de Salud (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social.

Sistema Nacional de Salud (2021). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL (2016). Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España. Monografías SECPAL, nº 9.

Soussain, C., Suzan, F., Hoang-Xuan, K., Cassoux, N., Levy, V., Azar, N., B... Leblond, V. (2001). Results of intensive chemotherapy followed by hematopoietic stem-cell rescue in 22 patients with refractory or recurrent primary CNS lymphoma or intraocular lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 742– 749. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.3.742>

Spiegel, K., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2571815/>

Stanton, A. L., Revenson, T. A., Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>

Steele, A.C., Mullins, L.L., Mullins, A.J., Muriel, A.C. (2015). Psychosocial interventions and therapeutic support as a standard of care in paediatric oncology. *Paediatric Blood Cancer*, 62 (Suppl 5), S585-618. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26700919/>

Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., ... IICC-3 contributors (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology*, 18(6), 719–731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)

Steven, B., Lange, L., Schulz, H., & Bleich, C. (2019). Views of psycho-oncologists, physicians, and nurses on cancer care-A qualitative study. *PloS One*, 14(1), e0210325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210325>

Sewtz, C., Muscheites, W., Grosse-Thie, C., Kriesen, U., Leithaeuser, M., Glaeser, D., Hansen, P., Kundt, G., Fuellen, G., & Junghanss, C. (2021). Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, 10(4), 3836–3846. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1346>

Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 1703–1711. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.4825>

Syrjala, K.L. y Yi, J.C. (2017). Overview of psychosocial issues in the adult cancer survivor. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychosocial-issues-in-the-adult-cancer-survivor>

Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, M.E., Pearce, M.J., Kasl, S.V., Prigerson, H. G. (2008). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2006.9.646>

Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Zachariae, R. (2019). Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 37(31), 2899–2915. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00572>

Tevaarwerk, A. J., Lee, J. W., Sesto, M. E., Buhr, K. A., Cleeland, C. S., Manola, J., ... Fisch, M. J. (2013). Employment outcomes among survivors of common cancers: the Symptom Outcomes and Practice Patterns (SOAPP) study. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 7(2), 191–202. <https://doi.org/10.1007/s11764-012-0258-2>

Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., Dalley, D., & FCR Study Advisory Committee (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: A cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20 (11), 2651-2659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22328003/>

Tian, L., Cao, X., & Feng, X. (2019). Evaluation of psychometric properties of needs assessment tools in cancer patients: A systematic literature review. *PloS One*, 14(1), e0210242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.021024>

Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., Connor, S., & Fingeret, M. (2017). 2015 President's Plenary International Psycho-oncology Society: psychosocial care as a human rights issue-challenges and opportunities. *Psycho-Oncology*, 26(4), 563–569. <https://doi.org/10.1002/pon.4209>

Valdivieso, M., Kujawa, A. M., Jones, T., & Baker, L. H. (2012). Cancer survivors in the United States: a review of the literature and a call to action. *International Journal of Medical Sciences*, 9(2), 163–173. <https://doi.org/10.7150/ijms.3827>

Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B., Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>

Vehling, S., Philipp, R. (2018). Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12, 46–51. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000324>

Verdonck-de Leeuw, I.M., Van Bleek, W.J., Leemans, C.R., De Bree, R. (2010). Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral Oncology*, 46, 56-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20004135/>

Weis J. (2011). Cancer-related fatigue: prevalence, assessment and treatment strategies. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(4), 441–446. <https://doi.org/10.1586/erp.11.44>

Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Recuperado el 1 de septiembre de 2021 de: <http://publications.iarc.fr/586>

Whitford, H.S., Olver, I.N., Peterson, M.J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*, 17 (11), 1121-1128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322902/>

Wiener, L., Devine, K.A., Thompson, A.L. (2020). Advances in pediatric psychooncology. *Current Opinion in Paediatrics*, 32(1), 41-47. <https://www.researchwithnj.com/en/publications/advances-in-pediatric-psychooncology-2>

Wills, T. A., & Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 465–492). Psychology Press.

Wiltink, L. M., White, K., King, M. T., & Rutherford, K. C. (2020). Systematic review of clinical practice guidelines for colorectal and anal cancer: The extent of recommendations for managing long-term symptoms and functional impairments. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2523-2532. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05301-7>

Windich-Biermeier, A., Sjoberg, I., Dale, J., Eshelman, D., Guzzetta, C. (2007). Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 8-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17185397/>

Witte, K. (1992) Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.

Wolitsky, K., Fivush, R., Zimand, E., Hodges, L., Rothbaum, B. (2005). Effectiveness of virtual reality distraction during a painful medical procedure in paediatric oncology patients. *Psychology & Health*, 20(6), 817-822. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14768320500143339>

World Health Organization (2018). Integrating Palliative Care and Symptom Relief in Paediatrics. 2018. Recuperado el 1 de octubre de 2022 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274561>

Wu, L.M., Chiou, S.S., Sheen, J.M., Lin, P.C., Liao, Y.M., Chen, H.M., Hsiao, C.C. (2014). Evaluating the acceptability and efficacy of a psycho-educational intervention for coping and symptom management by children with cancer: A randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1653-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24372367/>

Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730–741. <https://doi.org/10.1037/a0015820>

Yélamos, C. (2013). Programas de prevención. En: J.A. Cruzado (Coord.) *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (págs. 123-148). Madrid: Pirámide.

Yilmaz, M., Dissiz, G., Usluoğlu, A. K., Iriz, S., Demir, F., & Alacacioglu, A. (2019). Cancer-related stigma and depression in cancer patients in a middle-income country. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(1), 95–102. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_45_19

Zebrack, B., Kayser, K., Sundstrom, L., Savas, S. A., Henrickson, C., Acquati, C., Tamas, R. L. (2015). Psychosocial distress screening implementation in cancer care: an analysis of adherence, responsiveness, and acceptability. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 1165–1170. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.4020>

Zimmermann-Schlegel, V., Hartmann, M., Sklenarova, H., Herzog, W., Haun, M. W. (2017). Accessibility, availability, and potential benefits of psycho-oncology services: the perspective of community-based physicians providing cancer survivorship care. *The Oncologist*, 22, 719–727. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0245>

