

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL E
INTERDISCIPLINAR A LOS PACIENTES CON CANCER EN LA
CLÍNICA VIDA.**
(Sistematización de la Práctica Clínica)

Estudiante:

LUIS CARLOS TORO BURGOS

Asesora:

OLENA KLIMENKO
Psicóloga, Magister en Ciencias Sociales
Candidata a Doctora en Psicopedagogía

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO
2012**

TABLA DE CONTENIDO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
MARCO REFERENCIAL.....	15
Antecedentes	15
Marco Legal	26
<i>Ley 1384 de 2010</i>	26
<i>Ley 1388 de 2010</i>	26
<i>Ley N° 16.097</i>	26
Marco Conceptual.....	27
<i>El Rol del Factor Psicológico en el Surgimiento y Evolución de la Enfermedad Oncológica</i>	34
<i>Psicooncología Como Alternativa de Intervención de Los Pacientes con Cáncer</i> ..	38
<i>Terapias Alternativas Como Complemento al Tratamiento Tradicional de Cáncer</i>	41
<i>Métodos Complementarios en el Tratamiento del Cáncer</i>	59
DISEÑO METODOLÓGICO.....	76
Fase N I.....	76
<i>Enfoque de investigación Cualitativa</i>	76
<i>Nivel de la investigación: descriptivo</i>	76
<i>Población</i>	77
<i>Muestra</i>	77
<i>Criterios de inclusión</i>	77
<i>Técnicas e instrumentos de recolección de información</i>	77
<i>Plan de manejo y análisis de la información</i>	77
Fase N II.....	78

<i>Enfoque de investigación: Documental</i>	78
<i>Método de investigación</i>	78
<i>Población</i>	78
<i>Muestra</i>	78
Consideraciones Éticas.....	79
RESULTADOS.....	81
Descripción de las Necesidades Relacionadas con la Atención Psicológica al Nivel Personal y Familiar de los Pacientes Pertenecientes a La Clínica Vida	81
Propuesta de Intervención Basada en las Terapias Alternativas.....	84
<i>Intervenciones Físicas y Psicosociales</i>	84
<i>Intervenciones con el Pensamiento y la Conducta</i>	84
<i>Imaginería y Relajación</i>	85
<i>Pensamiento Dirigido</i>	85
<i>Educación del Paciente</i>	85
<i>Apoyo Psicológico</i>	86
Propuesta de Atención Integral e Interdisciplinar para los Pacientes con Cáncer Pertenecientes a la Clínica Vida.....	86
Unidad De Soporte Asistencial (U.D.S.A)	86
<i>Objetivos</i>	86
<i>Beneficios que le Ofrece U.D.S.A</i>	87
<i>La U.D.S.A, estará conformada por los siguientes profesionales de la salud</i>	89
<i>¿Cómo se concibe la prestación de este servicio y por medio de cuales actividades?</i>	89
<i>Jefatura Unidad De Soporte Asistencial</i>	90
<i>Médicos de Soporte Oncológico, Médicos DCP</i>	90
<i>Jefatura de Enfermería</i>	91
<i>Enfermeras</i>	92
<i>Nutrición Asistencial</i>	93
<i>Fisioterapia</i>	93
<i>Trabajo Social</i>	94
<i>Psicología</i>	95

<i>Coordinación de Enseñanza e Investigación</i>	96
Unidad De Psicooncologia Protocolo	97
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXOS	123
ANEXO N 1: Encuesta de satisfacción.....	124
ANEXO N 2: Consentimiento Informado.....	126
ANEXO N 3: Fichas bibliográficas	127
ANEXO N 4: Marco legal.....	130
ANEXO N 5: Ingreso Pacientes Clínica Vida.....	148
ANEXO N 6: Unidad De Soporte Asistencial (U.D.S.A).....	149

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer como enfermedad se considerada una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad, con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales; lo que incide en los altos costos de atención en Colombia. Así se pone de presente en investigaciones como: Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia (Ministerio de la Protección Social MPS, 2006), realizada por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), ente asesor para el control del cáncer, y se reconoce el cáncer, como una enfermedad que se constituye en un problema de Salud Pública.

Por todo lo anterior es necesario que las intervenciones sean más oportunas y coordinadas, logrando así un impacto mayor a nivel de la población.

Desde los inicios del siglo XX el Cáncer [C.A] no contaba con una notable presencia, en los discursos médicos y por ende en el ámbito de salud pública tenía una presencia mínima, al igual que en los escenarios políticos y sociales, hasta mediados del siglo cuando se le da reconocimiento como un problema de salud en la sociedad. “En Colombia, el acto histórico comienza desde inicios del siglo XX y se prolonga con la creación del Instituto de Radium por el Estado Colombiano (Decreto 1234 de 1951) que en 1953 cambia de nombre a INC (Decreto 519) (Otero Ruiz, 1999)”. (Tomado de: “Cáncer: construcción de conceptos y creencias (A) científicos, periodo 1914-1954. Sierra Merlano R, Tuñón Pitalua M, Simancas Estela. (2010) Pág.2),

La atención planteada a continuación, obedece al objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reducir la incidencia de los tumores malignos y la mortalidad, además mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en un país o estado particular, mediante la aplicación sistemática y equitativa de estrategias basadas en datos para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación, haciéndose el mejor uso posible de los recursos disponibles (Muse, 2005, Pág. 2).

El tratamiento de los diferentes tipos de cáncer: se realiza de acuerdo a los estadios, orientando el tratamiento a la curación, buscando aliviar los síntomas, mejorando la calidad de vida y prolongando la existencia del paciente. “La atención de los pacientes oncológicos implica la participación de un equipo que actúa interdisciplinariamente integrado por: cirujanos, radioterapeutas, oncólogos médicos, hematólogos, oncología pediátrica, rehabilitación (fisiatras, psicólogos, enfermería, fisioterapeutas, grupos de apoyo, etc.) y cuidados paliativos” (Muse, 2005, Pág. 36).

- **Tratamiento Curativo:** objetivo frecuentemente alcanzado en aquellos tumores localizados en algún órgano y que no posean metástasis, o que se presente en los primeros estadios.
- **Tratamientos Paliativos Específicos:** Salvo las situaciones referidas anteriormente, casi todos los tumores metastasicos son actualmente incurables. En este caso se buscaran los procedimientos que permitan lograr un apropiado control de los síntomas y una adecuada calidad de vida.
- **Tratamiento sintomático exclusivo:** Agotadas las anteriores estrategias, se inicia con la estrategia enfocada en los esquemas paliativos y control de los síntomas, permitiendo una manera digna de morir, con buena calidad de vida.

Igualmente dentro de los recursos terapéuticos se pueden destacar (Muse, 2005, Pág. 36):

- **Tratamientos Sistémicos:** quimioterapia (QT), inmunoterapia y hormonoterapia (HT).
- **Cirugía:** considerado uno de los principales recursos para la eliminación de los tumores sólidos. Su éxito se reducen si se presenta la metástasis. Se combina con la Radio Terapia RT-QT, para garantizar mayor éxito.
- **Radioterapia (RT):** La RT es una de las facetas terapéuticas que actúa como una aplicación de radiación mediante rayos Gamma y Beta.

Aunque el desarrollo de la medicina cuenta con varias opciones para el tratamiento de cáncer, considerando la gran complejidad de factores que intervienen tanto en la aparición como en la curso de esta enfermedad, es necesario profundizar en los diferentes factores detonantes de esta enfermedad catastrófica; para tal fin la Dra. Esperanza Torrico, manifiesta que:

La familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario, o la organización hospitalaria, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estas personas, llegando incluso a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad. Esto hace que el cáncer deba ser entendido como una enfermedad compleja, en la que se intrincan múltiples variables (2002, pág. 45).

El Dr., Alarcón Sequeiros se refiere a los diferentes factores encontrados, durante el transcurso de varios años de investigación; de la siguiente manera:

Entre los factores que provocan el cáncer además de los factores hereditarios, ambientales (tabaco, sustancias químicas...) y estilos de vida, también encontramos factores psicológicos. Entre todos los factores psicológicos sospechosos de ejercer influencia en el desarrollo del cáncer, el ESTRÉS es el de mayor influencia, es el que tiene mayor probabilidad de producir cáncer por su demostrado efecto sobre el sistema inmunológico (2010, P.22).

Aparte de su papel causal en el desarrollo del cáncer, el estrés ha sido implicado también en la tasa de diseminación del cáncer. Los dos mecanismos internos más importantes que influyen en el crecimiento del cáncer son el sistema endocrino e inmunológico. Las investigaciones del Selye (1956) han demostrado claramente que la estimulación de la corteza suprarrenal era la marca o sello básico de la respuesta del organismo al estrés. Como parte de esa reacción de alarma, se presentaba una marcada involución del tejido linfático y del timo, productores fundamentales de los componentes del sistema inmunitario. Por tanto, a causa de sus fuertes efectos sobre los factores inmunitario y endocrino, parecería que el estrés tendría propiedades potenciales profundas sobre la susceptibilidad al cáncer y su desarrollo clínico (Selye, 1956).

Estudios realizados con seres humanos muestran que la incidencia del cáncer es particularmente elevada en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante (Bahnsen y Bahnsen, 1964; Greene, 1966; Lombard y Potter, 1950; Peller, 1952; Schmale e Iker, 1964, 1966). Los integrantes de la población que estaban viudos, divorciados o separados tenían una incidencia de cáncer más alta que el resto de la población (LeShan, 1966; Lombard y Potter, 1950; Peller, 1952). También se ha relacionado con el cáncer otras variables psicológicas como: escasa liberación de las emociones (Kissen, 1965, 1966), expresión limitada de la agresividad (Bacon, Rennecker y Cutler, 1952) e introspección disminuida (Abse, Wilkins, Vandecastle, Buxton, Demars y Brown, 1974) (Alarcón Sequeiros, 2010, pág. 22).

El cáncer es considerado en nuestra época, como una enfermedad crónica y que ha mermado su índice de mortalidad, dados los avances científicos y médicos. Los avances científicos, médicos y tecnológicos, han permitido superar la mortalidad de la enfermedad y el tiempo de sobrevivencia del paciente Oncológico. Para ello el abordaje multidisciplinario está siendo imprescindible como estrategia de intervención Biopsicosocial, permitiendo que el paciente y su familia mejoren su calidad de vida, en el transcurso de la enfermedad, su tratamiento, recuperación y remisión.

Partiendo de la aceptación de los factores psicosociales como influentes en esta enfermedad surge el enfoque de la Psicooncología orientado al cuidado psicosocial del paciente con cáncer, su familia y su red de apoyo. La Psicooncología es un enlace entre la psicología, otras áreas de la salud y las ciencias humanas.

Particularmente la Oncología Psicosocial, estudia la influencia de los factores psicológicos particulares del paciente, con respecto a la aparición del cáncer, su evolución y tratamiento; teniendo en cuenta además, el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico y su intervención, a lo largo de del proceso.

La importancia de este enfoque es apoyada en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se define que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos” (Haro, 2008, Pág. 24).

“La salud es un estado de bienestar moral, mental y físico que permite a un hombre enfrentar cualquier crisis con facilidad y gracia. (Gordon, 1974; Pericles, citado en Gordon, 1974.)” (Haro, 2008, Pág. 22).

“Cuando la salud está ausente, la sabiduría no puede revelarse, el arte no se manifiesta, la fuerza no lucha, el bienestar deviene inútil y la inteligencia no puede ser aplicada, Herphilus (335-280 AC)” (Haro, 2008, Pág. 22).

Se ha demostrado que el proceso de adherencia al tratamiento y un adecuado afrontamiento, permite que el paciente pueda tener un proceso de recuperación, mantenimiento y remisión, más óptimo. El paciente se enfrenta a un nuevo paradigma en su vida relacionado con el desafío de una enfermedad catastrófica y lo que ello puede llegar a significar en su existencia; es en este momento donde la intervención Psicológica es oportuna y pertinente, para minimizar el impacto negativo y permitiéndole al paciente una actitud positiva desde la resiliencia; buscando lograr un empoderamiento de su situación, permitiéndole ser proactivo en su tratamiento y que se adhiera a éste.

Es un gran reto, que conlleva a mejorar procesos de adherencia y responsabilidad, disminución en las deserciones, en los costos de urgencias, mejora la respuesta a los medicamentos y baja los niveles de estrés, ansiedad y depresión; los cuales tienen una incidencia directa, en los niveles del sistema inmunológico y su respuesta.

Estudios realizados han comprobado que padecer cáncer supone un estrés vital, que amenaza con disminuir los recursos psicológicos y adaptativos, que el paciente utiliza como mecanismos de adaptación en todas las situaciones de su vida. El paciente se enfrenta a ideaciones negativas de muerte, dolor, sufrimiento, dependencia, pérdida de control, entorpecimiento de proyecto de vida, dificultades familiares y sociales, aislamiento, dificultades económicas por suspensión de actividad laboral, alejamiento de proyectos de estudio, compromiso de aspecto personal, auto concepto y autoestima, como resultado de efectos secundarios del tratamiento, como amputaciones y alopecia, entre otros. Los anteriores aspectos, llevan a que el paciente no se adhiera adecuadamente al tratamiento, o llegue a desertar (Muse, 2005; Prieto, 2004; Arbizu, 2000).

Como respuesta a todas estas complejidades a las que se enfrenta el paciente oncológico y su familia, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida pretende desarrollar un programa de intervención psicosocial que busque desde la responsabilidad social, brindar atención integral al paciente y su familia, con el fin de contribuir al desarrollo de estrategias que les permita mantenerse adheridos al tratamiento, mantener una actitud positiva y de compromiso frente a este, mejorar su calidad, condición de vida y desarrollar herramientas de afrontamiento que les permita mantenerse estable en su proceso.

Esta propuesta surgió a partir de la implementación de atención psicológica a los pacientes con cáncer que acuden a esta clínica. Esta atención ha demostrado ser de gran ayuda en los procesos de afrontamiento de la enfermedad.

A partir de los planteamientos anteriores se propone la siguiente pregunta que orienta el presente estudio: ¿Con que componentes constitutivos debe contar un Programa de intervención integral e interdisciplinar dirigido a los pacientes con cáncer y sus familias, que permita mejorar su calidad de vida y el proceso de afrontamiento de la enfermedad?

JUSTIFICACIÓN

Los avances científicos y médicos han permitido superar la mortalidad de los pacientes con cáncer y el tiempo de sobrevivencia del paciente oncológico. Sin embargo, cada vez más la atención es dirigida a la necesidad de trabajar los aspectos psicológicos y sociales. Para ello el abordaje multidisciplinario está siendo imprescindible como estrategia de intervención Biopsicosocial, permitiendo que el paciente y su familia mejoren su calidad de vida, en el transcurso de la enfermedad, su tratamiento, recuperación y remisión.

En el abordaje Psicoterapéutico que se propone desarrollar en este trabajo, se intervendrá al paciente desde el concepto que él no es la enfermedad, sino que porta una enfermedad, esto implica la interacción permanente del Staff multidisciplinario para garantizar una integración holística y una intervención integral.

Se ha demostrado que el proceso de adherencia al tratamiento y un adecuado afrontamiento, permite que el paciente pueda tener un proceso de recuperación, mantenimiento y remisión, más óptimo (Arbizu, 2000, Pág. 176-177).

El paciente se enfrenta a un nuevo paradigma en su vida: afrontar una enfermedad catastrófica y lo que ello puede llegar a significar en su existencia; es en este momento donde la intervención Psicológica es oportuna y pertinente, para minimizar el impacto negativo y permitirle al paciente una actitud positiva desde la resiliencia; buscando lograr un empoderamiento de su situación, permitiéndole ser proactivo en su tratamiento y que se adhiera a éste.

Es un reto, que conlleva a mejorar procesos de adherencia y responsabilidad, disminución en las deserciones, en los costos de urgencias, mejora la respuesta a los

medicamentos y baja los niveles de estrés, ansiedad y depresión, los cuales tienen una incidencia directa en los niveles del sistema inmunológico y su respuesta.

Es necesario tener presente, que el paciente desnutrido, con dolor y/o deprimido tiene menores posibilidades de adherencia al tratamiento y con incremento de la posibilidad de deserción a diferencia de un paciente con todos aspectos bien previstos.

Como respuesta a todas estas complejidades, que se enfrenta el paciente oncológico y su familia, la **Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida** pretende desarrollar un Programa de intervención psicosocial que busque desde la responsabilidad social, brindar atención integral al paciente y su familia, con el fin de contribuir al desarrollo de estrategias que les permita mantenerse adheridos al tratamiento, desarrollando una actitud positiva y de compromiso frente a este, mejorar tanto su calidad, como su condición de vida y desarrollar herramientas de afrontamiento que les permita mantenerse estables en su proceso.

Con este Programa se pretende contribuir al:

- Mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.
- Incrementar el afrontamiento, adherencia al tratamiento y reducir la deserción en los pacientes de la **FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGÍA – CLÍNICA VIDA**.
- Consolidar un STAFF interdisciplinario, que de respuestas profesionales y humanas, conformes a las exigencias del paciente, el medio y la comunidad científica.
- Propender desarrollar en los profesionales de la salud de la **FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGÍA – CLÍNICA VIDA** una visión e intervención holística, que permita una cura de iguales dimensiones individuales y sociales.

- Desarrollar proyectos de investigación interdisciplinarios que permitan aumentar el posicionamiento de la **FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGÍA – CLÍNICA VIDA**, a nivel regional, nacional e internacional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar propuesta de un Programa de atención integral e interdisciplinar orientada a los pacientes y sus familiares que tomen los servicios de la Clínica Vida.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades relacionadas con la atención psicológica al nivel personal y familiar de los pacientes pertenecientes a la Clínica Vida.
- Relacionar estas necesidades con estrategias de intervención desde la psicología y terapias alternativas.

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

Título:

PGOLA, JOSÉ A. (2000). *Hacia una existencia holística*. Vicariato general de San Sebastian. España

Resumen:

En una Conferencia que se celebra en los umbrales del año 2.000 y que se centra en las expectativas y esperanzas para la salud del mundo, no podía faltar la preocupación por caminar hacia una asistencia más holística. Esta modesta aportación sólo pretende recordar algunos presupuestos y sugerir líneas concretas de acción.

En el trasfondo de mi comunicación subyace una convicción: desde su concepción cristiana del hombre, la Iglesia ha de colaborar decididamente en la búsqueda de una salud más total e integral para todo ser humano. Este puede ser su gran servicio a la salud del hombre en los próximos años.

Aporte para la investigación:

"Las enfermedades como tales no existen; nosotros sólo conocemos hombres enfermos"¹. La afirmación es de Ludolf von Krehl, pero recoge una toma de conciencia cada vez más generalizada y de la que es necesario extraer importantes consecuencias. La enfermedad es un concepto abstracto que sólo tiene existencia en el hombre concreto. Lo real es la persona enferma. (Tomado de: L. VON KREHL, *Krankheitsform und Persönlichkeit*, Leipzig 1929, p. 17. Citado por S. SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo*. La medicina antropologica di Viktor von Weizsacker. Milán 1988, p. 107.)

Por ello, cuando la medicina se estructura como una ciencia de la naturaleza" que trata técnicamente la enfermedad como un proceso objetivo, sin tener en cuenta a la persona enferma que está viviendo ese proceso desde su propia originalidad única e irrepetible, la enfermedad humana queda despojada de su carácter personal e histórico, el sujeto humano queda reducido a organismo y se produce así una grave mutilación antropológica en el tratamiento médico.

Como ha recordado el eminente profesor Pedro Laín Entralgo, "la biología humana... es una disciplina esencialmente distinta de la biología animal... El hombre no es un organismo; tiene un organismo que pertenece a su ser. Es su organismo, pero también es algo más que su organismo, de tal modo que todas las realizaciones de su ser corresponden a algunas de sus dimensiones entitativas pero requieren de la participación de su ser entero" (Tomado de: P. LAIN ENTRALGO, La Historia Clínica, 37-38. Citado por G. Acevedo. El modo humano de enfermar, Buenos Aires, 1996, p. 54.).

Cuando la medicina pretende llegar a la esencia de la enfermedad con objetividad pura analizando los síntomas, detectando las causas o estudiando las consecuencias, no ha de olvidar que esos síntomas se están produciendo en un momento concreto de la historia de un sujeto humano, que el pasado de esa persona ha tenido alguna intervención en la génesis de su enfermar y que las consecuencias de su enfermedad tendrán una repercusión en su proyecto de vida.

Como es obvio, no se trata de negar los grandes progresos que la medicina, entendida como ciencia de la naturaleza, ha traído consigo a lo largo de este siglo ni ignorar su eficacia en la curación del organismo, sino recordar que la seducción por la objetividad científica y la eficacia técnica no ha de conducir al olvido del sujeto humano. La asistencia médica ha de ocuparse no sólo de la enfermedad sino del enfermo" (Tomado de: PGOLA. JOSE A. (2000). "Hacia una existencia holística". Vicariato general de San Sebastian. España, p. 01.)

Título

Amorós, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Ier. Revista cultura de los cuidados. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 29, España.*

Resumen:

Dentro de las terapias complementarias, la utilización de la musicoterapia aporta beneficios en el binomio salud-enfermedad, siendo ésta un “instrumento de cuidados” barato y carente de efectos secundarios. En este documento abordaremos los beneficios que produce la terapia con música en las esferas física, psicológica y conductual de la persona que padece de cáncer. Diversos estudios científicos nos informan que esta terapia alternativa permite ayudar a las personas con cáncer a afrontar los síntomas relacionados con la enfermedad como el dolor, síntomas digestivos, síntomas inmunológicos, ansiedad, miedo, depresión, ira,... Y, como no, también como soporte para afrontar la situación, animándoles a colaborar y comunicarse.

Palabras clave: Musicoterapia y cáncer, Terapia musical, Psicoterapia, Enfermería y Musicoterapia.

Aporte para la investigación:

“La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes efectos terapéuticos directos e indirectos a nivel fisiológico, social, psicológico e intelectual (Cicchetti, 2004; Rodríguez, 2005):

Beneficios fisiológicos:

- Acelera o retarda las principales funciones orgánicas: ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo.

Actúa sobre el sistema nervioso central y periférico; su acción se traduce en sedante, excitante, enervante.

Beneficios sociales:

- Da la oportunidad de que personas con dificultades tengan experiencias sociales placenteras, positivas y gratificantes.
- Su estructura y naturaleza intrínseca tiene la capacidad de auto organizarnos interiormente y de organizar el grupo.
- Disminuye la sensación de aislamiento.
- Facilita la expresión emocional a través de la comunicación no verbal y en personas con dificultades comunicativas.
- Ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación profesional/paciente.

- Ayuda a la comunicación con la familia.
 - Es una modalidad flexible, estética y adaptable a diferentes casos y circunstancias.
 -

Beneficios psicológicos:

- Estimula los sentidos, evoca sentimientos y emociones así como facilita respuestas fisiológicas y mentales.
- Energiza el cuerpo y la mente.
- Alivia los temores y las ansiedades.
- Fortalece la conciencia de identidad y de autoestima (aumentando la conciencia de uno mismo, de los demás y del entorno).
- Ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte y mejorar la calidad de vida.
- Promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales (experiencias sociales, placenteras, positivas y gratificantes).

Beneficios intelectuales:

- Desarrolla la capacidad de atención. Estimula la imaginación y la capacidad creadora.
- Desarrolla la expresión musical, la memoria.

- Mejora la memoria reciente y estimula la memoria a largo plazo.

La práctica musicoterapéutica se implementa bajo la acción de equipos interdisciplinarios”. (Tomado de: AMORÓS, BEATRIZ YÁÑEZ. (2011). “Musicoterapia en el paciente oncológico”. *1er. Revista cultura de los cuidados. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 29. España.*)

Título

Prieto F., A. (2004). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Revista Psicooncología. Vol. 8, Núm. 1, España.*

Resumen:

“Objetivos: describir el proceso terapéutico y la posible influencia de las neuronas espejo en la empatía kinestésica empleando la terapia a través de la danza y el movimiento en el cáncer de mama.

Método: se utilizó un estudio de caso. Una paciente diagnosticada con cáncer de mama desde hace dos años fue derivada al Departamento de Ciencias fisiológicas II de la Universidad de Barcelona. Ella asistió a una intervención con terapia a través de la danza y el movimiento durante 5 meses (1 hora semanal, 20 sesiones). Su historia clínica y las anotaciones tanto de ella como del terapeuta fueron revisadas.

Resultado: La paciente mostró una mejora en su bienestar psicofísico percibido después de participar en el programa de terapia a través de la danza y el movimiento. Este tipo de intervención facilitó la recogida de información tanto a nivel físico como psicológico de la paciente. El proceso empático fue relevante para ello.

Conclusiones: El bienestar percibido y expresado por la paciente a lo largo de las sesiones permite entrever la importancia clínica de la terapia a través de la danza y el

movimiento. Una futura propuesta sería realizar dicha intervención en un contexto grupal, ampliando y diversificando el proceso empático al añadir al binomio terapeuta-paciente el de paciente-paciente.

Palabras clave: Cáncer de mama, danza movimiento terapia, empatía kinestésica, neuronas espejo.” (Tomado de: “Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. Prieto F, Almudena, (2004) Pág. 11),

Aporte para la investigación:

“Una paciente diagnosticada con cáncer de mama desde hace dos años, habiendo recibido quimioterapia y radioterapia consecutivamente, fue derivada al Departamento de Ciencias fisiológicas II de la Universidad de Barcelona.

Carmen es una mujer de 32 años, peluquera aunque en baja laboral. Está separada desde hace años y actualmente se encuentra en otra relación de pareja. Tiene una hija de su anterior matrimonio. La relación con su familia de origen es compleja: su madre está en una residencia por demencia senil y con su padre y hermano la relación es distante.

La demanda inicial de la paciente al incorporarse al programa de DMT fue por “curiosidad” y como una posibilidad de autoconocimiento. Además verbalizó que le gustaba la danza.

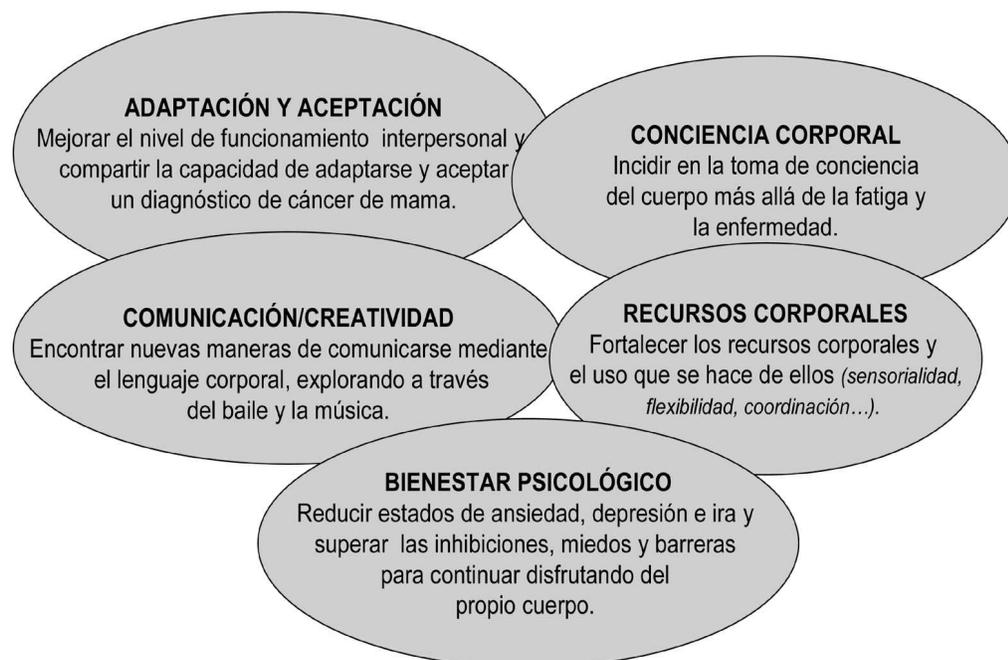
Las sesiones fueron llevadas a cabo de febrero 2010 a julio 2010, con una sesión de una hora cada semana, con un total de 20 sesiones. Se dispuso de un espacio habilitado con luz natural y el material necesario para el desarrollo del programa (colchonetas, pelotas, sillas, cuerdas, cintas, telas...).

A la hora de valorar la información proporcionada por la paciente durante la intervención con DMT, se tuvo en cuenta que la DMT tiene 4 características que la

distinguen de otras intervenciones de apoyo psicosociales en un contexto asistencial biomédico(37):

- 1- La incorporación del cuerpo en el proceso psicoterapéutico.
- 2- La construcción de una relación con el cuerpo de la paciente.
- 3- La promoción del establecimiento o restablecimiento de una relación positiva entre la paciente y su cuerpo.
- 4- El uso de la expresión del movimiento creativo para promover la expresión de salud.

Basándonos en ello, los objetivos principales durante las 20 sesiones fueron los siguientes (ver figura 1).



Si bien todos los objetivos se tuvieron en cuenta a lo largo de las sesiones, algunos eran más relevantes según el momento de la sesión.

En definitiva, la DMT constituye una modalidad de tratamiento para intervenir en el

individuo de forma integradora, combinando aspectos como el trabajo con respiración, ejercicios de relajación y de conciencia corporal, la creatividad a través de la interacción social... (38).

La recogida de datos se hizo *cualitativamente* a través de:

— La historia clínica de la paciente.

— Un registro escrito a lo largo del programa de la paciente participante, después de cada sesión, sobre sus impresiones, sentimientos, pensamientos.

— Notas personales a lo largo del programa de la danzaterapeuta (también psicoterapeuta) sobre la evolución de la paciente.

En un estudio de Petrone, además de seguir un modelo similar al nuestro ya que organizaba las sesiones en base a un calentamiento, desarrollo y cierre (39); opinaba que el diario de la experiencia de los participantes permitía describir los beneficios del programa, especialmente para la reducción del aislamiento, daba apoyo para la expresión de las emociones y permitía mejorar las actitudes hacia la enfermedad (12). (Tomado de: “Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. Prieto F, Almudena, (2004) Pág. 33-35),

Título

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Revista Psicooncología*. Vol. 3, Núm. 1, España.

Resumen:

“Este artículo pretende ofrecer una visión histórica sobre los inicios y evolución de la técnica de visualización, hasta la actualidad, aportando una breve revisión sobre sus dife-

rentes usos y su aplicación clínica en enfermos de cáncer.

Por último, se incluye la llamada Terapia de Visualización de los Simonton haciendo referencia a la controversia suscitada sobre si el uso de técnicas psicológicas, y en concreto la visualización, tienen o no repercusión en la supervivencia de los enfermos oncológicos.

Palabras clave: Visualización, imágenes guiadas, intervención psicológica, emociones, cáncer” (Valiente, 2006, p. 1).

Aporte para la investigación:

Beneficios que pueden aportar el uso terapias psicológicas en cáncer

- Disminuir sufrimiento y ayuda a controlar el dolor
- Mejorar la calidad de vida
- Aumentar la sensación de dominio y control sobre la situación de enfermedad
- Mejorar la adaptación a la enfermedad
- Reducir el estrés y aliviar la ansiedad y la depresión

Efectuando su residencia en la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregon, Carl Simonton observó el hecho de que mientras algunos pacientes se morían, otros con prácticamente el mismo pronóstico y tratamiento, se recuperaban. Fue entonces, cuando comenzó a cuestionarse porqué algunos de los enfermos que afirmaban querer vivir, se comportaban como si no quisieran y sin embargo, otro grupo de pacientes con pocas expectativas de vida, años después, seguían volviendo a sus reconocimientos anuales, superando inexplicablemente las estadísticas. “Cuando se les interrogaba sobre el porqué de su buena salud, el factor común que tenían las respuestas era la creencia de que ellos ejercían alguna influencia en el curso de la enfermedad. Si la diferencia entre unos enfermos y otros parecía ser su actitud hacia la enfermedad, incluida la creencia en la posibilidad de influir sobre ella, y una postura más positiva frente a la vida, entonces

podría hacerse algo para dirigir sus creencias en una dirección más positiva”(3). En “Sanar es un viaje” escriben:

“Fueron los pacientes de cáncer —no los médicos ni los psicólogos— quienes hicieron que me interesara por la conexión existente entre el cuerpo y la mente... descubrí que no podía conseguir que los pacientes con un cáncer avanzado siguieran su tratamiento con un espíritu positivo. No veían razón alguna para participar en él, porque no tenían confianza en su capacidad de recuperarse. Resentían desesperanzados.”(16) (Freud, S. (1893-1895); Estudios sobre la histeria". Tomo II Obras Completas Buenos Aires Amorrortu Ed.)

Título

Hamer, R. (1987). *El testamento de una nueva medicina: Los programas biológicos, sensatos, especiales de la naturaleza*. Ediciones de la Nueva Medicina Germánica S.L. Alemania

Resumen:

La Nueva Medicina es la medicina del futuro. El impedimento de su aplicación se convierte en el más grande crimen cometido contra la humanidad.

Según las estadísticas oficiales como las del centro alemán de investigación contra el cáncer de Heidelberg, podemos constatar poquísimos pacientes, tratados por la medicina actual con la quimio, que todavía vivan tras cinco años...

Con ocasión de la persecución por parte de las autoridades austriacas del Centro de la Nueva Medicina de Burgau, se confiscaron 6.500 direcciones de pacientes (la mayor parte de los cuales afectados de cáncer en estadio avanzado o abandonados ya por la medicina

oficial). El ministerio público de Wiener Neustadt tuvo que admitir que se comprobó que más de 6.000 seguían vivos tras cuatro o cinco años (más del 90%).

La pretensión de verificación por parte de una universidad ya está satisfecha. Ahora los pacientes tienen el derecho, para que se ponga fin al peor y más cruel crimen contra la humanidad, que todos puedan obtener la misma perspectiva de curación: el derecho de ser tratados según las cinco leyes biológicas naturales de la Nueva Medicina, oficialmente, dentro de las estructuras públicas. (Tomado de: Pg. 26).

Aporte para la investigación:

Las enfermedades (ahora comprendidas como programas especiales, biológicos y sensatos) del hombre, los animales y las plantas como un suceso de tres niveles.

Psique Cerebro Órgano

(=cerebro del órgano + cerebro de la cabeza)

Programación Ordenador Máquina

(Tomado de: Pg. 27).

Marco Legal

Las siguientes normas legislativas plantean derechos que tienen los pacientes con cáncer (Ver Anexo N 3 para mayor información).

Ley 1384 de 2010 **(Abril 19)**

Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Artículo y párrafo del 1 al 24.

Ley 1388 de 2010 **(Mayo 26)**

Diario Oficial No. 47.721 de 26 de mayo de 2010
Congreso de la república
Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
Artículo y párrafo del 1 al 16.

Ley N° 16.097
Comisión honoraria de lucha contra el cáncer
(17 de noviembre 1989)
Artículo 1 al 16.

Marco Conceptual

Enfermedad Oncológica y Tratamientos Tradicionales

Para la Medicina Biológica, existen unas características específicas de esta enfermedad:

Partiendo del concepto de neoplasia, donde esta se refiere a una alteración de la proliferación celular la cual se manifiesta por la formación de una masa o tumor.

Esta masa o tumor anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células descoordinadas; que no están acordes a los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo.

La neoplasia se conoce en general con el nombre de cáncer. El origen de esta palabra se remonta a Ambroise Paré (1517), quien refiriéndose al cáncer lo describe así: «cáncer es un tumor duro, desigual, de forma redondeada, inmóvil, de color ceniza y rodeado de muchas venas llenas de sangre, aparentes y tortuosas (como los pies de un pescado llamado cangrejo) y más duro que un flemón o pequeña nuez, el que crece constantemente atormentando al enfermo. Este tumor ha tomado el nombre de cáncer por similitud con ese animal, que cuando está adherido con sus pies contra alguna cosa, se adhiere con tanta fuerza que apenas se lo puede arrancar, principalmente sus pies de adelante que parecen tenazas y pinzas (Chuaqui B., Duarte I., González S. 1992, Capítulo 5).

Estas células se han escapado al "**Control o Programa**" que normalmente rige el crecimiento celular de los seres vivos; este programa hace que cuando una célula se pone en contacto con la superficie de otra, detiene automáticamente su crecimiento.

Las enfermedades corresponden a un desequilibrio energético y el cáncer por lo tanto sería una representación de esa falta de armonía. Por tal razón cada terapia deberá estar orientada a restablecer el orden molecular para lograr así una mejor calidad de vida (la visualización como estrategia de armonía).

Para la medicina alopática, el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial. Es verdad que la aplicación de las diferentes tecnologías y el uso de métodos más efectivos para el tratamiento, pueden ayudar a minimizar la mortalidad, aunado también a los grandes esfuerzos en promoción, prevención y diagnóstico.

El cuerpo está hecho de muchos tipos de células. Normalmente, las células crecen, se dividen y mueren. Algunas veces las células mutan, es decir cambian, y comienzan a crecer y a dividirse más rápidamente que las células normales. En vez de morir, estas células anormales se agrupan en conjunto formando tumores. Si estos tumores son cancerosos, también llamados malignos pueden invadir y matar los tejidos sanos del cuerpo. A partir de estos tumores las células cancerosas pueden hacer metástasis, es decir, expandirse, y formar nuevos tumores en otras partes del cuerpo. A diferencia de lo anterior, los tumores no cancerosos, también llamados "benignos", no se expanden a otras partes del cuerpo.

El cáncer surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales.

Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen con más rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones.

Debido a que las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, son diferentes de las células normales. En lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando nuevas células anormales.

El cáncer usualmente asume forma de tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, no forman tumores, sino que estas células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la médula ósea, el sistema linfático y el bazo), y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular.

Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos del cuerpo.

No todos los tumores son cancerosos. Los tumores benignos (no cancerosos) no se propagan y, con muy raras excepciones, no constituyen una amenaza para la vida.

Existen muchos tipos de cáncer, pero todos ellos comienzan con células anormales que crecen fuera de control. El tipo de cáncer lo determina el lugar donde el crecimiento anormal de células comienza. Los cánceres más comunes en los adultos son el cáncer de la piel, del pulmón, de colon, el cáncer rectal, de mama, cáncer endometrial, cáncer del ovario y cáncer de la próstata.

Los diferentes tipos de cáncer pueden comportarse de maneras diferentes, por ejemplo, el cáncer del pulmón y el cáncer del seno son enfermedades muy distintas. Crecen a distinta velocidad y responden a distintos tratamientos. Esta es la razón por la cual las personas con cáncer necesitan un tratamiento dirigido a su tipo de cáncer en específico. En la actualidad, hay millones de personas que viven con cáncer o que han padecido la enfermedad.

El riesgo de contraer la mayoría de los tipos de cáncer se puede reducir mediante cambios en el estilo de vida de la persona, por ejemplo, dejando de fumar o consumiendo alimentos más saludables. Mientras más pronto se detecte el

cáncer y más rápido comience el tratamiento, mayores serán las probabilidades de que el paciente viva por muchos años (Alarcón Prada, A. 2006, Pg. 17).

En los tratamientos para el cáncer, podemos destacar, los tres tipos más comunes de tratamiento para el cáncer son **cirugía**, **radioterapia** y **quimioterapia**. El objetivo del tratamiento es remover las células cancerosas o destruirlas dentro del cuerpo, por medio de medicamentos y otros agentes.

Como la ciencia al igual que todo, no es estática, se ha considerado en otras épocas y contextos, que la cirugía fue el método terapéutico que ofrecía más garantías, en forma aislada, siendo la mejor oportunidad de curación en el proceso Oncológico.

Este papel tiene significación histórica, ya que hasta el desarrollo de la radioterapia a principios del siglo pasado y del manejo sistemático con drogas y hormonas iniciado hace seis décadas, la cirugía fue el único método efectivo en el tratamiento del cáncer (Ceballos, 2004, Pg. 27).

Abordaremos entonces los diferentes tratamientos tradicionales; con los que se cuentan en la actualidad:

Quimioterapia

Esta terapia es el uso de medicamentos para tratar una enfermedad, en muchos de los casos de tipo cancerígena. Contrario a la cirugía y la *radioterapia* en donde se extraen, destruyen o dañan las células del *cáncer* en cierta parte del cuerpo, la quimioterapia surte su efecto en todo el organismo afectando tanto células buenas como malas; es en este proceso que la quimioterapia puede destruir las células cancerosas que han *hecho metástasis* o se han propagado a otras partes del cuerpo alejadas del *tumor* primario u original (Muse, 2005, Pág. 15 - 20).

Actualmente se utilizan más de 100 medicamentos de quimioterapia con múltiples combinaciones, las cuales permiten que los medicamentos con diferentes tipos de acción trabajen juntos para destruir un mayor número de células cancerosas y tipos de cáncer; teniendo en cuenta que además, puede reducir la probabilidad de que el cáncer se torne resistente a un medicamento en particular.

El médico decidirá las dosis, la manera en que se administrarán los medicamentos, la frecuencia y la duración del tratamiento. Todas estas decisiones dependerán del tipo y localización del cáncer, el grado de crecimiento, y cómo afecta las funciones normales de su cuerpo y del estado general de salud. ¿Cuál es el objetivo de la quimioterapia? Dependiendo del tipo de cáncer y su etapa (si se ha propagado y cuán lejos), la quimioterapia se puede utilizar para: Curar el cáncer, evitar que el cáncer se propague, retardar el crecimiento del cáncer, matar las células cancerosas que puede que se hayan propagado hacia otras partes del cuerpo, aliviar los síntomas causados por el cáncer. El médico hablará con el paciente y la familia sobre el objetivo de su quimioterapia antes de comenzar el tratamiento y además les explicara los posibles efectos colaterales, que pueden llegar a suceder (Muse, 2005, Pág. 39 - 40).

También se presenta la alternativa de **Quimioterapia oral**; la cual puede ser una buena opción por la comodidad que representa: no requiere tantos desplazamientos al hospital como los tratamientos que se administran por la vena.

Hormonoterapia

Hay algunos tumores cuyo crecimiento se ve facilitado por las hormonas. Así el crecimiento de un cáncer de próstata es facilitado por la testosterona u hormona masculina. A su vez, el cáncer de mama puede crecer más por la acción de los estrógenos y la progesterona, que son hormonas femeninas.

La hormonoterapia aprovecha esta circunstancia y consiste en la administración de fármacos “antihormonas”, es decir que contrarrestan la acción

de la testosterona, de la progesterona o de los estrógenos, consiguiendo con ello frenar el progreso del cáncer de próstata o de mama. Este tratamiento se administra generalmente por vía oral o en inyección subcutánea (Muse, 2005, Pág. 40)

Anticuerpos Monoclonales

Nuestro sistema inmunológico destruye las bacterias y los virus que causan infecciones y otras enfermedades, pero

También existen anticuerpos especiales que atacan y destruyen las células cancerosas de algunos tumores; estos son los “anticuerpos monoclonales”, un tratamiento selectivo de las células cancerígenas sin consecuencias sobre las células sanas. Los anticuerpos monoclonales se administran por la vena y se pueden dar como tratamiento único o asociado a la quimioterapia. El médico decidirá si el tumor es de los que pueden ser tratados con anticuerpos monoclonales o no (Muse, 2005, Pág. 40-41).

Los anticuerpos monoclonales

- Tienen menos efectos secundarios que la quimioterapia.
- El tratamiento dura aproximadamente 1 hora.
- No dañan las venas.

Radioterapia

Es un tratamiento que utiliza radiaciones para destruir células tumorales localizadas en una zona concreta. Se administra en sesiones breves pero diarias (5 días a la semana), como tratamiento único o asociado a otros tratamientos (quimioterapia o cirugía).

Trasplante de Médula Ósea

El interior de algunos huesos (pelvis, esternón...) es como una esponja en las que se encuentra la médula ósea. La médula ósea (que es la fábrica de las células sanguíneas) contiene las “células madre” que darán origen a células hijas, que son las que están en la sangre.

El trasplante de médula ósea es otro de los tratamientos utilizados en algunas formas de cáncer de la sangre (leucemias) o de los ganglios linfáticos (linfomas). Consiste en obtener células madre sanas extrayéndolas de la médula y guardándolas para su posterior transfusión al paciente. Las células madre sanas se pueden tomar del propio paciente cuando está en “fase de remisión” o bien se pueden tomar de otra persona sana y compatible. Antes del trasplante de médula ósea, el paciente será sometido a un tratamiento de quimioterapia a altas dosis para lograr que entre en una “fase de remisión” de la enfermedad. La transfusión de células madre sanas se realiza por vía endovenosa (Muse, 2005, Pág. 42).

En el tratamiento del cáncer surgen situaciones muy complejas, por las mismas características de cada uno (el tipo de cáncer, la etapa en que se encuentra) lo cual llega a determinar, el abordaje de un determinado protocolo, definiendo además el tipo de profesionales del área de la salud que intervienen durante el tratamiento.

El **ONCÓLOGO** es el médico que se especializa en tratar personas con cáncer y en muchas ocasiones este mismo puede llegar a ser el cirujano; además, ellos prescriben medicamentos de quimioterapia, hormonas y otros tipos de protocolos para afrontar la enfermedad. Posteriormente aparece en el proceso el **PATÓLOGO**, el cual examinará el tejido que es removido durante una biopsia o durante una cirugía para detectar algún tipo de cáncer.

En este orden de ideas; encontramos los **ONCÓLOGOS DE RADIACIÓN** administran radioterapia, con frecuencia es ayudado por radiólogos que diagnostican,

por tecnólogos en radioterapia que administran terapia, y por físicos de radiación que planean el tratamiento y que revisan las dosis de radiación para asegurarse de que el tratamiento es tan seguro como sea posible.

No podemos desconocer una de las labores fundamentales, y es la que realizan los **NUTRICIONISTAS**, estos ayudan a que el paciente se mantenga estable, en referencia a los nutrientes y procesos de absorción; permitiendo de esta manera un buen pronostico de afrontamiento y recuperación, en la mayoría de los casos.

En el ámbito Psico-social encontramos los profesionales en **TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGÍA Y CONSEJEROS**, los cuales permiten con su interacción, una mayor y mejor adherencia al tratamiento.

El Rol del Factor Psicológico en el Surgimiento y Evolución de la Enfermedad Oncológica

Históricamente el "padre de la medicina", Hipócrates, menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalándose una interacción especial con el medio ambiente. “Encontramos además que Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores De tumoribus señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama”.

“Desde entonces la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad-estrés-cáncer es frecuente en los tratados de medicina” (Arbizu, J. 2009, Pg. 1).

La Psicooncología trabaja con los pacientes de cáncer y sirve de apoyo al apoyo; al igual que se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación. Es importante resaltar, que son múltiples las investigaciones, dentro de la

Psicooncología, que tienen como fin demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer.

El contenido de estas investigaciones suele ser personalidad y cáncer, estrés y cáncer, terapia psicológica y mayor supervivencia. A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchas de estas investigaciones y que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer (Arbizu, J. 2009, Pg. 1- 2).

Iniciemos entonces el abordaje de las principales variables, que se tienen consideradas en el desarrollo del cáncer: El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc.

El efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad es uno de los aspectos más estudiados en la especialización de la psiconeuroinmunología; encontrándose como las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, “mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace claramente distintas del resto y consiguiente patológicas” (Arbizu, J. 2009, Pg. 3).

Existen unas células llamadas NK (natural killer) cuya actividad citotóxica se manifiesta ante diferentes tumores y es importante dentro del mecanismo de destrucción tumoral. Investigaciones sobre humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, como inductores o asociados con funciones inmunes alteradas. Como acción determinante, el estrés modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo (Arbizu, J. 2009, Pg. 4).

“Varios autores han analizado los efectos de la relajación en el sistema inmune de pacientes oncológicos, concluyendo que un entrenamiento continuado en relajación afecta positivamente a parámetros inmunológicos en un grupo de pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia. En un grupo de pacientes con cáncer metastásico, el entrenamiento en técnicas de relajación durante un periodo de no menos de 6 meses, produce cambios significativos en el sistema” (Arbizu, 2000, Pág. 177-178).

Los investigadores Sklar y Anisman en sus hallazgos sobre estrés y cáncer han concluido que el estrés realmente no es la causa del cáncer sino más bien es un facilitador, al igual que los demás factores exógenos y endógenos, los que pueden influir el curso de la enfermedad neoplásica. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas.

Un buen resumen acerca de la relación entre el estrés y el cáncer lo expresan (Wayner, Cox y Mackay, 1979, Pg. 253) al destacar que:

1. “El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: Aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno; interactuando con los efectos de un carcinógeno; permitiendo la expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal.
2. Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar en combinación con el sistema neuroendocrino.
3. El bloqueo de ciertas células inmunológicas, tales como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del propio tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas eludieran la acción de las defensas del organismo” (Arbizu, 2000, Pág. 178-179).

“Sistemáticamente se ha abordado la relación existente, además, entre personalidad y cáncer; generando una singular atención en una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la personalidad predispuesta al cáncer. Ha sido etiquetada como personalidad "Tipo C" por diferentes autores” (Morris, T. Greer, S. 1980, Pg. 102); Constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable).

Las características que definen puntualmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación de los problemas y actitudes de conformismo en general, n una sola palabra ecuanimidad; en todos los ámbitos de la vida.

Algunos autores retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto (Kune, G. Kune, S. Watson, L. Bahnson, C. 1991, Pg. 29-30).

Grossarth, R y Eysenck H. (1990, Pg. 355) señalan seis estilos de reacción al estrés; donde dos de ellos están muy relacionados con el cáncer:

Tipo 1. Predisposición al cáncer. El sujeto tipo 1 se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida del objeto se mantiene como fuente de estrés.

Tipo 5. Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las

manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo.

Los psicólogos Green, J. Shellenberger, R. (1999, Pg. 235.) realizan un completo resumen sobre las características de personalidad en pacientes de cáncer (Tabla 2):

Tabla 2. Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer.
<i>Estilo interpersonal:</i>
• Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno
• Aceptar la autoridad
• Docilidad y lealtad
<i>Temperamento:</i>
• Depresión
• Indefensión/desesperanza
• Fatiga
<i>Estilo emocional:</i>
• Tranquilidad
• Supresión de emociones negativas
<i>Estilo cognitivo:</i>
• Aceptación estoica
• Racional, leal a la realidad
• Pesimismo
<i>Factores sociales:</i>
• Soledad
• Carencia de apoyo social
• Carencia de intimidad

Fuente: (Arbizu, 2000, Pág. 180).

Psicooncología Como Alternativa de Intervención de Los Pacientes con Cáncer

Según Stoller y Marmorston,

Hay que llegar al convencimiento de que el tejido canceroso no es en sí mismo el problema que debe resolverse, sino que lo importante es la aberración que ha permitido la existencia de un medio favorable para la enfermedad. El cáncer no es sino un síntoma, y aislar el síntoma mediante el solo tratamiento es como tratar la esquizofrenia de manera esquizofrénica. Un virus puede ser la causa bioquímica, pero si lo que ha permitido el desarrollo del cáncer, es decir, la

etiología básica, reside en la psique, sólo puede producirse la curación si se conoce esta etiología (1983, citado en Bammer K. y Newberry B. 1985, Pg.6).

La psico-oncología ha surgido como respuesta a esta necesidad, recién en la década de los 80 esta disciplina es considerada una rama de la psicología y se funda la Intenational Psycho-oncology Society en 1984.

Dentro del contexto general, la Psicooncología cubre aspectos relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos, manejo del dolor, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad (Cuidados Paliativos), elaboración del duelo y asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud.

Con esta visión, el campo profesional de la psico-oncología se amplía a todos los aspectos preventivos del cáncer, lo que nos permite participar en forma activa en detectar los modelos de alto riesgo cancerígeno y contribuir a revertirlos oportunamente, investigar en estas áreas y contribuir con una aproximación éticamente responsable.

“Después de muchos años de seguimiento, se ha constatado una y otra vez, que una actitud proactiva es una parte fundamental en un proceso de recuperación o de prolongación de la vida” (Middleton J. 2001, Pg. 35).

Habitualmente las líneas de tratamiento de la Psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Además de estas áreas, se puede buscar otros objetivos con la psicoterapia. Hay diversos estudios que intentan demostrar la influencia de la terapia psicológica en enfermos con cáncer con una mayor supervivencia.

Es ya clásico el estudio de Spiegel de 1989, desarrollado durante diez años que demuestra que mujeres con cáncer de mama metastásico que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control que no recibían este tratamiento (Spiegel, D. 1989, Pg. 888).

En una investigación longitudinal de más de quince años con pacientes con cáncer de mama, encuentran que las mujeres que se enfrentaron abiertamente a su enfermedad o la negaron, en los primeros meses que siguieron al diagnóstico, consiguieron unas tasas de recidivas muy inferiores a las que afrontaron la enfermedad con actitudes depresivas o de aceptación fatalista (Greer, S. 1990, Pg. 49).

Además, en estudios realizados por el Dr. Ratcliffe, este señala que:

El ánimo depresivo en pacientes con enfermedad de Hodgkin o linfoma no Hodgkin es un factor pronóstico independiente para una supervivencia menor; encontrando una mayor supervivencia en pacientes con buenas relaciones interpersonales que pidieron y recibieron ayuda psicológica y que reconocieron la gravedad de su enfermedad con una buena adaptación (Ratcliffe, M. 1995, Pg. 39).

En otro aspecto contrario se han encontrado “en otros estudios en los que no se demuestra la relación entre psicoterapia y mayor supervivencia” (Edelman, S. 1999, Págs. 474 - 481).

Con todo lo anterior, se podría inferir que en la actualidad, el abordaje multidisciplinar, especialmente el psicológico, deberá tener presente:

a) Que las intervenciones psicológicas tienen que usarse siempre ya que el ser humano enferma de manera integral, y por consiguiente la intervención psicológica, es un tratamiento complementario y en ningún caso sustitutorio de las intervenciones biomédicas.

b) Que el objetivo básico de las mismas intervenciones psicológicas deben ser siempre, el mejorar la calidad de vida del paciente.

c) Que hay que admitir la posibilidad, tanto en la investigación como en la intervención Biomédica y psicológica, de que los factores psicológicos puedan afectar, directa o indirectamente, positiva o negativamente, al curso biológico del proceso neoplásico y al tiempo de supervivencia del enfermo.

El abordaje multidisciplinar puede ser de vital importancia; pero hay que permitir al paciente responder con sus propias estrategias de adaptación, coherentes a su estilo de personalidad y sin reprimir las emociones que pueda sentir.

Entenderemos entonces que el cáncer es el síntoma de una enfermedad que aun desconocemos, por consiguiente, por consiguiente, es necesario incrementar las investigaciones para reconfirmar que el tejido canceroso no es en sí mismo el problema que debe resolverse, sino que lo importante es detectar el detonante que ha permitido la existencia de un medio favorable para la enfermedad. El solo aislar el síntoma; implicara únicamente la supresión del mismo.

Este tipo de enfermedad está afectada por múltiples factores, tanto en su aparición y curso, como en su recuperación. Esto significa, que una aproximación al cáncer rigurosa y éticamente impecable, debe considerar todos los aspectos involucrados, tanto biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cabe destacar que desde que se conocen las enfermedades en el ser humano sabemos que los aspectos psicológicos están involucrados en su génesis y evolución. Hace 61 años que nace la interacción entre la Oncología y la Psicología. El primer referente se origina en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por A. Sutherland en 1950. En la década de los sesenta Mastrovito se hace cargo de la Unidad hasta 1977 en que la psiquiatra J.C. Holland comienza a dirigir el servicio de Psiquiatría (Sutherland, A. 1952, Pg. 72.)

Terapias Alternativas Como Complemento al Tratamiento Tradicional de Cáncer

Cambio de Paradigmas

Los grandes paradigmas científicos en los tratamientos tradicionales del Cáncer tienden a deshumanizar al enfermo, ya que el sistema de salud esta atravesado por la subjetividad del otro y este por los intereses neoliberales, que terminan sujetándolo

directa o indirectamente en una espiral homogeneizadora interminable de no sanar (se), pero si buscando curar (se); lo que termina siendo mas rentable para el actual sistema. Profundizando cada vez mas el inconsciente colectivo en lo referente al enfermo holístico.

Tabla: Comparación entre paradigmas

Fuente:

Paradigma Medicina Alopática	Paradigma Medicina Alternativa
<ul style="list-style-type: none"> * Sano: Modelos, normas * “Usted es un enfermo de”: cáncer, gripe, asma, artritis... * Enfermedad: enemigo al que hay que atacar. * Dualismo mente-cuerpo enfermedades psicosomáticas. * Poder externo que quita la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> * Salud: Equilibrio mente, cuerpo, espíritu. * “Usted porta una enfermedad” * Manifestación adaptativa del ser humano para adquirir conciencia. * El Ser es un todo * Poder interno que ayuda a quitar la enfermedad y se adquiere conciencia.
<p>Lo Alternativo no es el método o la técnica, sino LA CONCEPCIÓN</p>	

Es necesario retomar los conceptos de curar y sanar, para darle forma a lo que estamos nombrando “cambio de paradigmas”. El concepto de "curar" se refiere buscar ayuda a través de los médicos, Psicólogos, terapeutas u otros; los cuales nos formulan medicamentos o terapias que ayudarán a recuperar la salud. Estas intervenciones son externas generando riesgo de dependencia, inconsciencia e irresponsabilidad ya que se le trasfiere la responsabilidad al otro para que se ocupe de mi.

El concepto de "sanar" es mucho más amplio ya que sanar significa regresar al equilibrio desde un concepto holístico (BioPsicoSocial); el proceso de sanar inicia desde la misma intención de responsabilizarnos de nosotros mismos, lo que implica esforzarnos, disciplinarnos y amarnos para tomar conciencia.

Es en este núcleo (Sistema-Mente-Cuerpo) donde comienza la sanación, ya que es necesario traspasar todos los niveles superficiales del cuerpo: células, tejidos, órganos y sistemas hasta alcanzar el punto de unión entre mente y materia, en donde la conciencia comienza realmente a trabajar. Teniendo en cuenta que el equilibrio se produce solo si el paciente elimina dudas y miedos llegando al estado de conciencia “el darse cuenta”, lo que eliminara el terreno para que se desarrolle la enfermedad.

Para manejar este concepto, es necesario inducir al paciente en un estado profundo de relajación como condición previa para sanar cualquier enfermedad, ya que la fuerza responsable de la sanación reside en el interior de cada ser humano; extendiéndose más allá de sus fronteras personales. Es en ese momento cuando la persona se da cuenta que no esta limitado a su propio cuerpo, alcanzando así un nuevo nivel de conciencia que impide la creación del terreno propicio para que se desarrolle la enfermedad.

Para la medicina occidental la enfermedad corporal es determinada por signos y síntomas estandarizados, aduciendo que todos los sujetos enferman de la misma manera enmarcados en un mismo estereotipo de enfermedad y sus signos característicos; para las terapias alternativas cada sujeto enferma de manera diferente ya que todos pensamos

de manera diferente, lo que permite somatizar diferente, teniendo en cuenta en este último concepto entonces que la mente determina la salud o la enfermedad corporal, siendo la voluntad de recuperación y el darse cuenta, claves fundamentales para la sanación.

Es necesario tener en cuenta que nuestro cerebro estimulado por los diferentes tipos de emociones, tiene una inmensa capacidad de saber hacer las cosas, en lo referente a curar, sanar o dañar; para tal fin nuestro cerebro genera cascadas hormonales a cada situación. Por ejemplo, la adrenalina, en la sangre provoca reacciones en:

- El corazón el cual bombea más sangre, los vasos sanguíneos se constriñen y eleva la presión sanguínea;
- El hígado suministra combustible adicional en forma de glucosa;
- El páncreas, secreta más insulina para que pueda metabolizar más glucosa,
- El estómago, los intestinos inmediatamente dejan de digerir para que haya más energía disponible en otras partes.

Esta actividad ocurre a un ritmo vertiginoso y sumamente coordinado en el cerebro, afectando los 5 mil trillones de células que nos componen. Cada pensamiento genera una emoción, y cada emoción moviliza un circuito hormonal. Esta teoría está sustentada por el Dr. Juan Hitzig médico, profesor de Biogerontología de la Universidad Maimónides y miembro de la Academy of Antiaging Medicine, el cual estudió durante varios años las características generales de 50 longevos saludables, concluyendo que más allá de las características biológicas de cada prototipo o raza, el denominador común de estos 50 longevos radicaba en sus conductas y actitudes (Hitzig, 2008).

Lo anterior es sustentado por el Dr. Hitzig: “Las conductas “S”: serenidad, silencio, sabiduría, sabor, sexo, sueño, sonrisa, promueven secreción de Serotonina. Las conductas “R”: resentimiento, rabia, rencor, reproche, resistencias, represión, facilitan la secreción de cortisol, una hormona corrosiva para las células, que acelera el envejecimiento, ya que entre otras tantas maldades "agrede nuestro endotelio vascular".

Las conductas “S” generan actitudes “A”: ánimo, amor, aprecio, amistad, acercamiento. Las conductas “R” por el contrario generan actitudes “D”: depresión, desánimo, desesperación, desolación” (Hitzig, 2008).

“Con solo aprender este simple alfabeto emocional de 4 letras: S.A.R.D. desde edades tempranas lograremos que más gente viva más tiempo y mejor, porque la “mala sangre” (mucho cortisol y poca serotonina) deterioran la salud, posibilitan la enfermedad y aceleran el envejecimiento. El buen humor, en cambio, es clave para la longevidad saludable” (Hitzig, 2008).

Comprendiendo lo anterior, podemos entonces señalar que: en las diferentes facultades de medicina alopática en occidente, se promueven una formación que no es ajena al tema expuesto en los párrafos anteriores, pero al momento de aplicar e intervenir desde las diferentes áreas de la salud, el sistema le cambia el sentido al juramento de Hipócrates que dice:

“Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higías y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia.

Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con ellos mi fortuna y los socorreré si lo necesitaren; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa.

Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más.

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mí entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a

pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos.

Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla. En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos.

Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos.

Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria." Hipócrates

Paralelo a lo anterior se encuentra la Plegaria u Oración de Maimónides, la cual expresa bien las cualidades a tener en cuenta por un terapeuta holístico. La oración de este médico judío español, que vivió en la Edad Media, rezaba así:

“Oh Dios, llena mi alma de amor por mi arte y por todas las criaturas. Que no admita que la sed de ganancia y el afán de gloria me influyan en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor de los hombres podrían fácilmente hacerme abusar y apartarme de hacer bien a tus hijos.

Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre pronto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malo. Haz que no vea en el hombre más que al que sufre.

Que mi espíritu se mantenga claro en el lecho del enfermo, que no se distraiga por cualquier pensamiento extraño, para que tenga presente todo lo que la experiencia y

la ciencia le enseñaron; porque grandes y sublimes son los progresos de la ciencia que tienen como finalidad conservar la salud y la vida de todas las criaturas.

Haz que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones.

Aleja del lecho de mis pacientes a los charlatanes, al ejército de parientes que dan mil consejos, y a aquellos que saben siempre todo; porque es una injerencia peligrosa que, por vanidad, hace peligrar las mejores intenciones y lleva muchas veces a la muerte.

Si los ignorantes me censuran y escarnecen, otórgame que el amor de mi arte, como una coraza, me torne invulnerable, para que pueda perseverar en la verdad sin atender al prestigio, al renombre y a la edad de mis detractores.

Otórgame la indulgencia y la paciencia necesaria al lado de los pacientes apasionados o groseros.

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia.
Aparta de mí la idea de que lo puedo todo.

Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos.

Que pueda hoy descubrir en mi saber cosas que ayer no sospechaba, porque el arte es grande, pero el espíritu del hombre puede avanzar siempre más adelante” (Friedenwald, H. 1917. Pg. 260 - 261).

Con el anterior paralelo, no solo podemos observar diferencias, si no la unidad de sentimientos en lo que refiere a un comportamiento, actitud y acción integral del hombre al servicio del hombre. ¿Será entonces lo subjetivo de la época que condiciona el accionar del profesional de la salud alopática, como respuesta al neoliberalismo?

Por consiguiente, es necesario recordar, que la medicina a través de la historia ha tenido y continúa teniendo un denominador común y es la continua búsqueda de la salud, o lo que también llamamos el equilibrio BioPsicoSocial.

Sin embargo, hoy por hoy gran parte de los países del mundo, por no decir todos promueven el deterioro de los sistemas de salud pública, como respuesta al sistema contemporáneo de la globalización, el cual impone los protocolos (medicina, medios de diagnóstico, tipos de cirugía y de terapia de rehabilitación, etc.) para cada síntoma y cada enfermedad, sin importar el enfermo, generando altísimos costos para el enfermo y su familia; para finalmente redundar en mayor productividad y mayores beneficios económicos para sus productores.

Por todo lo anterior para nosotros los terapeutas alternativos es necesario realizar una revolución interna de toma de conciencia individual y colectiva; donde el ser humano pueda ser capaz de llegar a transformar su entorno y su propia biología por medio de lo que hace, lo que piensa y lo que siente; creando con estas diferentes actividades nuevos procesos neuronales, mapas mentales y por ende cascadas hormonales que modifiquen positiva o negativamente el asumirnos frente a la existencia y por que no a la sociedad.

Es cierto que el sufrimiento es parte de la vida del ser humano y de la sociedad, pero su vivencia, interpretación, y su metabolización hacen la diferencia entre cada uno de nosotros y cada sociedad.

¿Qué son las Terapias Complementarias o Alternativas?

Alrededor del mundo muchas personas utilizan las terapias complementarias o alternativas para lograr el equilibrio entre salud y enfermedad.

Definir las Terapias complementarias o alternativas, es un poco complejo ya que la mentalidad occidental sumamente positivista, se aleja o duda de todo aquello que no

tenga origen “Científico”, ya que se trata de un campo muy amplio y en constante evolución; se pueden encontrar entonces un gran conjunto de sistemas, prácticas y productos no se consideran parte de la medicina convencional (también denominada medicina occidental o alopática).

La Terapia complementaria se refiere al uso de técnicas y/o intervenciones complementarias o alternativa paralelo a la medicina convencional, como por ejemplo la acupuntura en forma adicional a los métodos usuales para aliviar el dolor y disminuir los niveles de ansiedad, permitiendo una mayor adherencia al tratamiento Oncológico.

Tipos de Terapias complementarias o alternativas, estas pueden ser agrupadas en varias categorías:

Productos naturales: se conocen también como fitoterapia, estos son de venta libre, pero es necesario suministrarlos con precaución, ya que pueden llegar a ser agentes tóxicos; también encontramos una subdivisión: las esencias florales (hasta el momento existen 108), las esencias minerales, las esencias de la India, estas trabajan básicamente síntomas mentales.

Una tercera subdivisión de productos naturales, es la Homeopatía la cual trabaja con los tres reinos (animal, vegetal y mineral), esta subdivisión trabaja tres aspectos fundamentales: lesional, funcional y mental.

Es necesario destacar que tanto las Esencias y la Homeopatía son trabajadas por medio de micro dosis a diferencia de la medicina Alopática que trabaja con macro dosis. Las micro dosis entonces dan la posibilidad de trabajar desde los campos mas sutiles de la composición molecular de una sustancia, por tal razón entonces se les denomina remedios vibracionales.

La característica fundamental de los remedios vibracionales, es que son un sistema de energías sutiles, multidimensionales que trabajan de manera muy sutil mente, cuerpo y espíritu, ya que la materia no es más que energía comprimida; y su principal

diferencia es la vibración y la frecuencia de cada tipo de materia. Cuando un organismo se debilita o enferma, lo que sucede entonces es que vibra con una frecuencia más baja, y si no puede armonizarse solo, entonces necesitara un remedio que establezca su vibración y frecuencia mente, cuerpo y espíritu; a esto se le llama el proceso de curar, sanar o punto de equilibrio.

Además, contamos terapias mente-cuerpo: Danzaterapia, teatro, canto, yoga, taichi, meditación, arteterapia, musicoterapia, relajación, visualización, hipnoterapia, acupuntura, etc. Específicamente en el caso de la meditación esta se emplea para aumentar la calma, relajación, mejorar la atención y concentración, manteniendo una actitud preventiva frente a la vida; es el caso también de la Acupuntura la cual se refiere a un conjunto de activaciones y desactivaciones de puntos concretos los cuales son bilaterales y son llamados meridianos energéticos, estos son intervenidos por medio de la manipulación de agujas y/o calor lo que genera en nuestro cuerpo “un aumento de los niveles de péptidos opioides endógenos modificando la percepción dolorosa” (Imamura M, Hsing WT. 2000, Pg. 12-23.; Kaptchuk TJ. 2002, Pg. 374-83.).

“Cuando se realizan estímulos de baja frecuencia y alta intensidad se libera a nivel del eje hipotálamo hipofisario betaendorfinas y ACTH mientras que en el cerebro medio y la médula espinal solo encefalinas. Sin embargo, cuando se invierte la intensidad y frecuencia de la estimulación solamente se libera a nivel del cerebro medio y la médula espinal encefalina y serotonina a frecuencias inferiores a los 100 Hz, los estímulos superiores ha demostrado la liberación de dinorfina y GABA en el líquido cefalorraquídeo” (Tian JH, Han JS. 2000, Pg. 1047-50; Wan Y. 2001, Pg. 5-13).

“Kaptchuk afirma que con la aplicación de la acupuntura ha obtenido resultados contradictorios en el tratamiento del dolor crónico, ha observado que esta técnica activa el mecanismo de los péptidos opioides y estimula la expresión genética de los neuropéptidos, expresa que la resonancia magnética nuclear sugiere que la acupuntura produce efectos cuantificables en importantes estructuras del cerebro” (Kaptchuk TJ. 2002, Pg. 374 - 83).

“Por todo lo anteriormente expuesto se puede afirmar que las neuronas endorfinérgicas participan sin lugar a duda, en el procesamiento cerebral del estímulo doloroso, las endorfinas modifican la percepción dolorosa en la médula espinal, el mesencéfalo, el tálamo y la corteza cerebral, por lo que desempeñan una importante función en la analgesia asociada a la acupuntura. Es uno de los componentes principales de la medicina tradicional china, y se encuentra entre las prácticas curativas más antiguas del mundo” (<http://www.innatia.com/s/c-acupuntura-china/a-acupuntura-y-dolor.html>).

Las prácticas de manipulación corporal se refieren a la manipulación controlada de las diferentes estructuras corporales como son: huesos, tendones, ligamentos, sistema linfático y circulatorio. Las dos terapias fundamentales que se utilizan de forma general son la quiropraxia, que es conocida a nivel mundial por su adecuada incidencia directa en patologías de carácter músculo-esquelético; en esta técnica se puede observar la combinación de kinesiología y Fisioterapia, logrando como resultado final la recuperación y el mantenimiento del bienestar físico y mental. En esta técnica se utilizan las manos y otras partes del cuerpo para manipular el cuerpo del paciente, manipulando principalmente la columna vertebral como eje central del cuerpo.

Referente al masaje, existen formas diversas de esta técnica, la cual varía de país a país; pero todas buscan lo mismo manipular el cuerpo humano por medio de fricción, estiramientos, presiones, vibraciones y percusiones, que permiten al paciente recuperar su equilibrio corporal. Los efectos destacados de este sistema son:

Efectos Mecánicos

- Hiperemia en el lugar de la lesión muscular.
- Estimulación de mecano-receptores.
- Aumento del flujo sanguíneo local.
- Aumento consecuente de la temperatura local.

Efectos Químicos

- Sustancia P de Lewis (expulsada del foco lesional o diluida).
- Estimula la generación de péptidos morfínicos encefalinas y endorfinas.
- Esta liberación de sustancias químicas generan analgesia y disminuye el dolor.
- Efecto que se ve reforzado por la difusión y eliminado más rápido de la sustancia P algógena de la zona afectada

Acción Sanguínea

- Transporte sanguíneo para el sistema opioide (por analogía con los efectos del opio).
- Productos segregados a la sangre, endorfinas (por analogía con la morfina).
- Otras sustancias son activadas con la misma acción como las encefalinas y los nagapéptidos.

Sistema Opioide

- Activación del mecanismo de autocontrol del dolor.
- Activación y estimulación del sistema defensivo del cuerpo.

Las manipulaciones en esta técnica, transmitirán información desde la periferia al SNC, este transmitirá dicha información de nuevo bulbo y mesencéfalo por las conexiones ascendentes con los núcleos talámicos y además a la estructuras del hipotálamo, generando la producción de endorfina las cuales tienen un efecto sedante y relajante en todo el cuerpo, minimizando los niveles de ansiedad y estrés.

Otras técnicas utilizadas para promover el bienestar físico, mental, emocional y espiritual, buscan manipular los diferentes campos energéticos del ser humano, los cuales están presentes en todo ser vivo (campo magnético y áurico), esta energía sutil que se puede percibir en el qi gong, el Reiki, y la acupuntura; en donde la manipulación se realiza por medio de las técnicas específicas en cada tipo de terapia. En el numeral 4.2.4.3 ampliaremos a cada una de las terapias aquí en mención.

Finalmente cabe destacar que en la actualidad existe en los Estados Unidos el National Cancer Institute (NCI) , el cual se ha dedicado a la búsqueda de tratamientos alternativos innovadores con bases científicas, para tratar la enfermedad del Cáncer y sus enfermos, por medio de la subdivisión The NCI's Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine OCCAM, la cual fue creada en 1991 y su principal función es evaluar las investigaciones sustentadas y elaboradas bajo el modelo científico, aplicado rigurosamente por los diferentes profesionales de medicina complementaria y alternativa; su objetivo principal es obtener y revisar la información suficiente para determinar si el NCI acepta una intervención específica, diferente a los protocolos establecidos por la medicina alopática.

OCCAM posee varios ensayos activos en los siguientes tipos de Cáncer:

- Corteza suprarrenal
- Vejiga
- Mama
- Colon
- Endometrio
- Esófago
- Cabeza y Cuello
- Leucemia
- Pulmón de células pequeñas
- Pulmón, de células no pequeñas
- Linfoma
- Melanoma, de piel
- Mesotelioma
- Piel neuro endocrino
- Páncreas
- Próstata
- Recto

Ensayos clínicos activos en síntoma o efecto secundario:

- Anorexia
- Sofocos
- Fatiga
- Insomnio
- Náusea
- Aftas Bucales
- Dolor
- Depresión

Técnicas y Herramientas Alternativas de Intervención, en Pacientes con Cáncer

Sustentados en la breve introducción realizada en el apartado anterior y teniendo claro el enfoque holístico de las terapias alternativas, con respecto a la salud y la enfermedad, podemos entonces iniciar un recorrido por los diferentes enfoques alternativos, que ayudan a recuperar el punto medio entre salud y enfermedad.

Pero es necesario realizar un alto en el camino y tener presente que el vehículo sin conductor, le resultara imposible realizar la acción; entonces antes que nada recordemos que para ser un buen Terapeuta, es necesario ir paso a paso, descubriendo nuestras propias emociones alteradas, tomando conciencia de ellas y sanándolas con amor. Luego podremos acudir a la terapia mas indicada para nosotros y sincronizar el todo, tomando conciencia, para ayudar a ese otro que finalmente soy yo.

En la formación como terapeutas, es necesario entender el grado de responsabilidad para con los demás y consigo mismo; es necesario mantener de manera integral nuestro ser. En este proceso terapéutico, es necesario estar en la medida de lo posible equilibrados y sanados nosotros primero; para cumplir con este objetivo, es necesario realizar ejercicios y técnicas para limpiar y purificar corporal y espiritual ya que seremos el referente energético y corporal del paciente.

Las recomendaciones que se contemplan en la formación integral del terapeuta son las siguientes:

1- Práctica diaria de la meditación y visualización. Estas tienen un efecto antagónico al producido por el estrés ya que restaura el equilibrio físico y mental, lo que permite a repararse a si mismo y evitando mayores daños ocasionados por los neurotransmisores y hormonas liberadas por el estrés.

Dentro de los efectos fisiológicos podemos observar que el sistema nervioso parasimpático regula los sistemas: cardiovascular, digestivo y genitourinario, además

libera endorfina lo que permite disminuir los niveles de estrés. La práctica de la meditación estimula el sistema nervioso parasimpático generando relajación, propiciando bienestar y por ende sensación de equilibrio y confianza; por tal razón permite que la Psicoterapia utilice la meditación y visualización, como una herramienta altamente efectiva.

2- *Transformación de la energía.* La energía ni se crea ni se destruye sólo se transforma; se utilizara sonrisa interior, la apertura del corazón y la proyección de energía, por medio de la intención.

3- *Cualquier persona con salud y voluntad puede sanar a otra persona;* esta capacidad para la curación energética significa dar a los demás la energía de vibración más elevada y el éxito dependerá de la capacidad para transformar la energía negativa o bloqueada en energía saludable.

4- Se utilizaran los mecanismos más naturales para restablecer la salud o en su defecto procurar el darse cuenta para que en otra instancia de la vida, se adquiriera conciencia.

Recordemos que la salud es una condición de equilibrio y armonía que se extiende por cada una de los 5 mil trillones de células del ser humano. Teniendo en cuenta que todo tiene un origen vibratorio y energético, entonces generalmente antes de que se enferme el cuerpo se enferma la mente; por consiguiente es necesario no suprimir el síntoma, para lograr el encuentro con el núcleo de la enfermedad.

5- *Ayuno terapia* es considerado el remedio principal de numerosas enfermedades porque ataca a su raíz. Con el ayuno regresamos a nuestro estado natural.

Hipócrates, el Padre de la medicina (siglo V antes de Cristo) decía "la impurificación humoral es la causa de todas las enfermedades, por lo tanto debe suprimirse la alimentación, cuanto más se nutra un cuerpo cargado de humores más

aumenta el mal". Ha sido fomentada a través de la historia, ya que purifica el cuerpo y la mente, permitiendo sentirse más sereno, en armonía y vibra con una energía más elevada a la normal.

En los animales, se presenta como un proceso natural, cuando un animal está enfermo o herido se abstiene de todo alimento; los humanos igualmente, pero en menor escala de consciencia. Algunos saben oír su cuerpo y prefieren dejar la comida para liberar sus órganos de toxinas. Un régimen de alimentación inadecuado, genera deficiencias nutricionales y sobrecarga al organismo de toxinas; esto, sumado a malos hábitos de vida, en un individuo sometido a presiones y conflictos estresantes, crea un estado de emergencia.

6- Psicoterapia: asistir a intervención terapéutica regularmente, para no incurrir especialmente en el síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, este es una respuesta al estrés laboral crónico especialmente en los profesionales de la salud, esta integrado por actitudes y sentimientos negativos para con los demás y con sigo mismo.

Sumerjámonos entonces en el mundo de las terapias alternativas, teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene contemplado que el 80 % de los usuarios de salud a nivel mundial, demandan la intervención de las terapias alternativas para recuperar su salud.

“Eisenberg en Estados Unidos y Mac Lennan en Australia estiman que del 25 al 50 % de la Población general de naciones industrializadas usan la medicina alternativa (MA). Para conocer como se comportan los enfermos de cáncer con respecto a la MA, para ello se revisaron 40 publicaciones de los últimos 10 años encontrando los siguientes resultados:

1. *Del 50 al 64 % de los enfermos de cáncer solicitan terapias alternativas en algún momento de su evolución.*
2. *Hay un incremento manifiesto en pacientes pediátricos en los últimos 20 años.*
3. *La demanda es mundial, se observa de igual forma en Europa, Asia, América y Australia.*
4. *Las causas más manifiestas son:*
 - *No encontrar en la medicina convencional una expectativa para su enfermedad.*
 - *Temor a las complicaciones de los tratamientos establecidos.*
 - *Costo-beneficio. El costo de los tratamientos es alto y sólo en un 50 % de los pacientes existe un beneficio medible.*
 - *Los tratamientos alternativos en su mayoría son naturales y por tanto poco tóxicos frente a las terapias convencionales altamente tóxicas.*
 - *Existe una tendencia mundial a buscar lo natural.*
5. *Los pacientes ocultan con gran frecuencia que están en tratamientos alternativos por temor a la reacción de sus médicos.*
6. *Son más solicitados por pacientes jóvenes de poder socio-económico medio o alto.*
7. *Las terapéuticas alternativas más utilizadas son:*
 - *Homeopatía*
 - *Dietas (macrobiótica, vegetariana, etcétera)*
 - *Medicina verde*
 - *Isador*
 - *Relajación*
 - *Vitaminoterapia (antioxidante)*
 - *Tradicional china (acupuntura)*
 - *No especificada” (Dra. Martínez, Peñalver, I. 1999, Pg. 7).*

No es nuestro objetivo someter a un análisis científico cada uno de estos métodos, sólo planteamos una filosofía con respecto a nuestra posición actual y futura” (Dra. Martínez, Peñalver, I. 1999, Pg. 77-80).

Muchos profesionales de la salud no admiten las terapias alternativas, paralelo a los tratamientos convencionales del cáncer, lo que es un error, ya que a nivel mundial se ha demostrado con evidencias, que la intervención paralela amplía las posibilidades de remisión. Una posición más amplia y flexible, permitirá la verdadera aplicación del Juramento de Hipócrates o Maimónides, generando un ejercicio mas humanizado de las distintas áreas de la salud.

Dice la Dra. Martínez: “Coincido con Contreras Martínez sobre la aplicación de la medicina naturista en Oncología, quien dice: "Es una forma de actuar con jerarquización de los recursos terapéuticos, utilizándolos de menos a más agresivos, sin desestimar ninguna opción de tratamiento si está científicamente probado, con lo cual se puede ayudar a mejorar o restablecer la salud" (Dra. Martínez, Peñalver, I. 1999, Pg. 77-80).

No se trata de dejar a un lado los tratamientos convencionales, se trata de incrementar nuestro arsenal terapéutico y las posibilidades en prevención de la patología oncológica.

Por lo tanto se impone:

- Ser más receptivos en este sentido.
- Incrementar el nivel de conocimientos sobre estos tratamientos que nos permita dar la adecuada información, emplearlos en su momento preciso y poder identificar y desterrar el empirismo y la charlatanería de lo verdaderamente científico.
- No desestimar ninguna opción de tratamiento demostrada científicamente, si con ello podemos influir en la recuperación de la salud y a su vez producir el menor efecto nocivo” (Dra. Martínez, Peñalver, I. 1999, Pg. 77-80).

Métodos Complementarios en el Tratamiento del Cáncer

Acupuntura: Se creo hace más de 2.000 años y es una parte importante de la medicina tradicional china “MTC”. Se descubrieron alrededor de 365 puntos en todo el cuerpo repartidos en 12 meridianos bilaterales de energía (concatenación de puntos los cuales conforman el meridiano de un órgano) además existen 2 meridianos mas que son se encuentran en la zona anterior y posterior del cuerpo. En la práctica se utilizan agujas de acupuntura modernas las cuales están elaboradas de acero inoxidable estéril y son desechables.

Para la cultura Asiática, en especial la China, la acupuntura es culturalmente aceptada para el tratamiento de muchas enfermedades; al igual que Asia el resto del mundo esta utilizando esta técnica para controlar el dolor y aliviar los síntomas de las enfermedades, tales como las náuseas causadas por la quimioterapia, pero no para curar la enfermedad en sí.

La evidencia científica disponible indica que es una técnica que permite minimizar síntomas fisiológicos en el tratamiento del cáncer y otras condiciones. Estudios realizados en el 2006 de 11 casos, concluyeron que la acupuntura posee efectos sobre la reducción de las náuseas y vómito relacionados con quimioterapia, además posee incidencia sobre el dolor permitiendo bajar el consumo de analgésicos, también se encontró efectividad en la reducción del síndrome de abstinencia

Hasta el momento los diferentes estudios realizados por American Cancer Society, concluyen que la acupuntura puede ser muy útil trabajada paralelamente con las terapias convencionales para el tratamiento de dolor de cabeza, dolores menstruales, dolor de espalda, síndrome del túnel carpiano y para ayudar en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular.

Aromaterapia: Es el uso de sustancias aromatizantes, llamadas también aceites esenciales, para inducir a estados de ánimo que generen bienestar y/o que mejoren la salud. Los productos utilizados, son concentrados y son utilizados para inhalar o aplicar en la piel; los más comunes son: lavanda, el romero, eucalipto, manzanilla, mejorana, el jazmín, musk, menta, limón, ylang ylang y geranio, entre otros.

Los estudios disponibles no respalda que la aromaterapia es eficaz para prevenir o tratar el cáncer, pero su uso ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que permite la reducción del estrés, dolor, náuseas y depresión.

Su utilización se remonta miles de años en el antiguo Egipto, China y la India, su aplicación principal en estas culturas fue la belleza, el baño, la salud; fue entonces el médico Avicena en la época medieval, quien utilizó de manera terapéutica estos aceites extraídos de plantas.

Es importante destacar que el químico francés René Maurice Gattefossé publicó su primera tesis, titulada "Aromathérapie," en 1928 y publicó un libro bajo el mismo título en 1937.

La evidencia científica disponible hasta el día de hoy, no respalda a la aromaterapia para curar o prevenir la enfermedad, pero algunos estudios clínicos sugieren que la aromaterapia puede ser una terapia complementaria ya que está demostrado que disminuye la ansiedad, la depresión, la tensión, el dolor, las náuseas. Los estudios de laboratorio sugieren que los aceites pueden afectar la función del órgano, aunque si esto puede ser de utilidad aún no está claro.

Terapia artística: usada para ayudar a las personas con problemas psicoemocionales, estas terapias de carácter expresivo, permiten motivar la creatividad para desbloquear emociones, permitiendo el darse cuenta. Esta terapia la administran terapeutas con entrenamiento especializado, no necesariamente psicólogos.

Este tipo de terapia permite aumentar la conciencia de sí mismo, y expresar las emociones, conscientes o inconscientes referentes a su enfermedad y su vida además. Esta "Terapia de Artes Expresivas" o "terapia de artes creativas" incluyen la danza, la pintura, el teatro, el cuento y la entre otros. Cada disciplina es única en su genero y diferentes una de otra, pero comparten procesos y metas similares, lo que permite combinarse de manera integral y complementaria.

Las principales terapias utilizadas son:

Danza Terapéutica (Danza terapia, Biodanza, Danza bioenergética): Es un trabajo con el movimiento corporal, el sentimiento y la emoción de cada persona. fundamentado en la Psicoterapia, el Análisis de Movimiento, la Danza Expresionista y la musicoterapia, entre otras.

Terapia de arte: Es la alternativa terapéutica que utilizan las artes plásticas permitiendo y promoviendo la expresión y resolución de problemas, desarrollando habilidades para la vida. La American Art Therapy Association (AATA - Asociación Americana de Arte Terapia), la define como: el uso terapéutico de la creación artística, dentro de una relación profesional, para las personas que sufren una enfermedad, trauma, o dificultades en la vida, y para las personas que buscan el desarrollo personal, a través de la creación artística y la reflexión de la técnica y los procesos que esta genera, las personas pueden aumentar la conciencia de si mismo y el entorno. Los Arte terapeutas son profesionales capacitados tanto en el arte como en la terapia, su público objetivo es los individuos, parejas, familias, grupos y comunidades.

Los expertos en esta técnica consideran que el acto creativo puede ayudar en el proceso de la curación, hasta llegar a alcanzar la sanación; pues por medio de Arte Terapia se expresan emociones, síntomas y malestares que no han llegados a ser consientes, lo que permite parar el malestar o el trauma. Específicamente esta Técnica se ha utilizado con muy buenos resultados en pacientes con trasplante de médula ósea,

bulimia, anorexia, ortorexia, adicciones, enfermos crónicos, víctimas de abuso sexual y los cuidadores entre otros.

Además de ser una técnica Terapéutica, también sirve de diagnóstico ya que pueden ser el puente para utilizar test proyectivos, los que permiten realizar hipótesis diagnósticas de asuntos a tratar sumergidos en el inconsciente; es pertinente mencionar que Arte Terapia está recomendada para la salud integral y para tal efecto se tienen presente los siguientes aspectos:

Objeto de acción: Generar, motivar, inducir a la Expresión y a la creatividad.

Estructurado por: Lo corporal, la voz, los sueños, plastilina, arcilla, óleo, acuarelas, crayolas, sonidos, música, etc.

Indicado para: Personas que por la enfermedad o traumas físicos o emocionales se les dificulta verbalizar y superar sus conflictos y emociones. Esta indicada para cualquier edad y género, teniendo en cuenta siempre la voluntad expresa del paciente, se puede realizar en grupos y/o sesiones individuales con diferentes pacientes y patologías, por consiguiente objetivos terapéuticos muy distintos.

Artes que incluye Arteterapia: se conocen 4 enfoques básicos, los cuales podemos denominar de la siguiente manera:

(DT) Dramaterapia: Emplea el arte dramático creativo teniendo como objetivos terapéuticos la sensación de alivio, integración cuerpo - mente, desarrollo de habilidades. Utiliza el teatro como instrumento principal, para profundizar o lograr detectar los problemas emocionales; la utilización de diferentes tipos de guiones, permiten vivir y sentir las diferentes facetas de la vida de un ser humano, pasando por los conflictos, dificultades y alegrías propias de la existencia. Su objetivo principal es poder llegar al darse cuenta de lo que le genera su malestar y por ende de sí mismo, además de la relación "yo - mundo"; lo cual se podrá conseguir mediante el siguiente trabajo:

a) Comprender las motivaciones propias del sujeto y de los demás para luego interactuar entre el Yo y los demás. Por medio de la puesta en escena del personaje, de su personaje.

b) Mejorando la expresión de si mismo.

c) Involucrando directa o indirectamente las funciones superiores y las cognoscitivas como: la memoria, la concentración, la percepción.

d) El trabajo y el logro de objetivos en equipo, teniendo como fundamento la responsabilidad grupal por la tarea en curso.

El trabajo teatral se fundamenta en los siguientes aspectos:

- La estructura que se crea por el guión de cada integrante referente a la obra elegida; lugar fijo de practica; tiempo de ensayos; duración de un proyecto y los papeles ha interpretar. Lo ficticio del mundo representado, elemento clave para Dramaterapia; el análisis de los personajes y los problemas que surgen para poder interpretarlo, esta acción se realizara durante todo el período de ensayos de las diferentes escenas.

- Es necesario discernir entre lo real y lo teatral para que no se presente la pérdida de límites, la comprensión de la conducta, reflexión de los sentimientos despertados por el papel y el juego de roles, permiten el autoconocimiento de si mismo en referencia al mundo y al otro.

- El humor es también un aspecto fundamental y se utiliza de una manera consciente por los terapeutas para poder liberar tensiones y/o emociones negativas al interior del grupo, mejorando la participación de cada participante y además permitiendo seguridad el ellos; es necesario destacar que los integrantes del grupo son pacientes afectados por diferentes asuntos relacionados y tratados desde el enfoque mente y cuerpo.

(DMT) Danza-Movimiento-Terapia: Se considera una disciplina que esta en constante expansión a nivel mundial, ya que posee 10 programas de postgrado en los

Estados Unidos aproximadamente y más de siete en Europa aproximadamente. Tiene sus orígenes en los Estados Unidos en los años cuarenta, fundamentada en la Psicología y la Danza Moderna.

“Una de sus pioneras más importantes fue Marian Chace, quien en la costa este de los Estados Unidos fue llamada por el prestigioso Hospital Federal St. Elisabeth en el área de Washington D.C. para que trabajara con los pacientes de la unidad psiquiátrica después de que vieran la respuesta y los efectos tan positivos que se estaban consiguiendo tras introducir un espacio de danza y movimiento improvisado y creativo. Chace tenía a sus espaldas veinticinco años de experiencia como profesora de danza dirigida a todas las edades, y su sensibilidad, intuición y creatividad eran muy reconocidas. Se acercaba a los pacientes y se comunicaba a través del movimiento y la danza ajustándose al nivel en el que éstos se encontraran. Muchos no utilizaban la comunicación verbal y el movimiento era un canal de comunicación que abría multitud de posibilidades. A través de un movimiento empático y sincronizado transmitía al individuo un mensaje crucial: te acepto como tú eres y quiero estar contigo donde tú estás. Una de las ideas fundamentales que dejó como legado Chace fue que la terapia a través de la danza y el movimiento utiliza una de las formas básicas de comunicación, ofreciendo al individuo un medio para relacionarse consigo mismo, con su entorno y con aquellas personas que por enfermedad, o diferentes discapacidades están menos capacitadas en otras formas de comunicación o relación” (<http://www.danzamovimientoterapia.com>).

Mary Whitehouse en los años cincuenta estudio Danza Moderna en Europa y combino la danza creativa y la teoría de Jung, dándose cuenta de de la conexión tan estrecha entre el movimiento espontáneo y la representación simbólica del mismo; dando origen a "Authentic Movement" (Jung definía como "active imagination"), el cual se basa en los conceptos del Psicoanálisis que se refieren a dejar fluir el inconsciente por medio del vínculo "ego" y sus mecanismos de defensa, permitiendo que se dé la expresión espontánea de sentimientos, ideas y emociones.

Judith Kestenberg sustentó su técnica Danza y movimiento, desde la psicofísica, teniendo en cuenta las diferentes etapas del desarrollo del ser humano. Los cuales estarán relacionados con la utilización del cuerpo en ciertos movimientos, formas, gestos, posturas y ritmos. En la terapia a través de la danza y el movimiento en las diferentes etapas del desarrollo corporal se permite la expresión libre lo que llega a facilitar la formulación de una hipótesis diagnóstica, que será lo que pondrá sentido a la terapia, la cual permitirá un proceso integrador permitiendo la generación de metáforas de vida.

Para Rudolf Laban llegó a la conclusión de cómo el movimiento puede utilizarse como medio de expresión de los pensamientos, las emociones y conflictos conscientes o inconscientes; lo cual le permitió que en el año 70 crearon "Laban Movement Analysis" LMA (Método Laban de Análisis Corporal). Utilizando el movimiento para integrar física y psíquicamente al individuo en torno a la experiencia pasada y la presente (de forma no verbal y/o verbal).

En Estados Unidos la Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia (ADTA), creada en 1966, una de sus funciones principales es trabajar para establecer y mantener estándares de calidad y competencia a nivel profesional y educativo en lo concerniente a la Psicoterapia. Para cumplir con tal objetivo poseen programas de formación a nivel de master además poseen publicaciones en (American Journal of Dance Therapy AJDT); apoyan además la investigación científica, además realizan una conferencia anual para el reconocimiento de trabajos, generando así conferencias y publicaciones de libros o estudios doctorales de investigación (<http://www.adta.org>).

La DMT trabaja según las necesidades de las personas, es necesario tener en cuenta que no se incluyen las terapias que trabajan directamente con el cuerpo (por ejemplo: masaje o Reiki), por consiguiente las dimensiones a trabajar son las siguientes:

1. Dimensión física y de consciencia corporal – se consideran los abordajes que dan prioridad al desarrollo corporal, en cuanto a diferentes aspectos físicos como

elongación, consciencia corporal, relajación/meditación, rehabilitación y tonificación; entre las diferentes técnicas podemos destacar Pilates, técnica Alexander, Esferodinamia, Feldenkrais, etc.

2. Dimensión espiritual, meditativa y/o transpersonal: Esta contempla además del movimiento la incorporación de la meditación y/o espiritualidad a la práctica; técnicas tales como Yoga, danza meditativa, danzas tribales, etc.

3. Dimensión estética, técnica, escénica y/o comunicativa: Considera aquellas disciplinas de danza/movimiento que buscan una estética definida, combinando además el aspecto expresivo y comunicativo; se utiliza la danza contemporánea y clásica (ballet), tap, tango, jazz, danzas étnicas y folclóricas, etc.

4. Dimensión expresiva, integradora y/o improvisacional– Al contrario de la Dimensión Estética, utilizan la danza/movimiento para lograr la expresión, concentración, la creatividad, entre otros beneficios. Esta dimensión también se puede adaptar ha personas con diferentes capacidades físicas o mentales, o dentro de la educación especial; las técnicas consideradas dentro de esta dimensión son la improvisación con y sin contacto, expresión corporal, movimiento creativo, el método de María Fux denominada danzaterapia, danceAbilityä, danza integradora, etc..

5. Dimensión meta-corporal – El trabajo es fundamentado en la concepción cuerpo-Mente siendo complementario a la danza/movimiento terapia, ya que permite incorporan facetas de la psicología en su trabajo; para tal propósito se cuenta con Biodanza, Eutonía, Psicoballet (Cuba).

En contexto se observa entonces que la danza/movimiento terapia utiliza cualquiera de las dimensiones antes mencionadas bajo el concepto terapéutico, teniendo en cuenta que estas dimensiones están en constante movimiento y fusión, permitiendo el nutrirse entre si, lo que dificulta identificar donde comienza y donde termina cada

dimensión, pero facilita la intervención terapéutica sin importar donde inicia o donde termina el conflicto interno.

(MST) Musicoterapia: En su peregrinar histórico la Musicoterapia ha pasado por diferentes espacios socioculturales, entre ellos lo pagano, lo religiosos y también lo filosófico, de ahí sus diversos significados. Los efectos musicales en los seres vivos, en este caso puntual los seres humanos, permiten procesos de armonización cuerpo-mente y por consiguiente facilitan la curación. Desde hace 2,400 años, la música se ha considerado una fuerza tan potente e influyente en la sociedad que los principales filósofos y políticos, es el caso en Japón, en el siglo III a.C., fue instaurada la oficina imperial de música (el Jagaku-ryo).

El control gubernamental es claro al respecto de la música, ya que este paradigma viene de vieja data cuando se creían que la música afectaba directamente la voluntad, y por consiguiente influía el carácter y finalmente la conducta humana. “Aristóteles fue, según parece, el primero que teorizó sobre la gran influencia de la música sobre los seres humanos. A él debemos la Teoría del "ethos" de la música (la palabra griega "ethos" puede ser traducida por "la música como provocadora de estados de ánimo", como "mood music ". Esta teoría está basada en la idea según la cual existe una estrecha relación entre los movimientos físicos del ser humano y los de la música. Esta relación hace posible el que la música pueda ejercer una influencia determinada sobre el carácter del hombre, no sólo sobre sus emociones. Por ello cada melodía era compuesta con la finalidad definida de crear un estado de ánimo o "ethos"; en su Política (VII, 7), señala que la música opera sobre nuestra voluntad de estos modos:

- a) Puede movernos a la acción, "ethos praktikón".
- b) Puede despertar la vitalidad de nuestro temperamento, "ethos ethikón".
- c) Puede aminorar nuestro equilibrio como consecuencia de canciones deprimentes.
- d) Puede suprimir por algún tiempo nuestra voluntad. Puede provocar éxtasis”.

(Dra. Poch Blasco, S. 2002, Pg 7).

En la edad media se siguió discutiendo el uso educativo de la música, realizando una notable diferencia entre música culta y popular, luego en el renacimiento Johannes Tinctoris publico el “Efectum Musicae” estudio referente a la musicoterapia, y es en el siglo XVIII en donde se empiezan a estudiar más científicamente los efectos de la música; por Richard Brown, el cual publica la “medicina musical” donde estudia la relación de la música con algunas enfermedades respiratorias, para el siglo XIX Hector Chonet publica su libro “la influencia de la música en la salud y la vida” donde postula el uso de la música para el tratamiento y prevención de algunas enfermedades.

Desde la primera guerra mundial se inicio su utilización en los hospitales, surgen luego grandes pensadores como Emille Jacques Dalcroze quien habla de los ritmos musical, corporal y de cómo interactúan, también Carl Orrf habla de la relación entre la música, la creatividad y las relaciones sociales. Para 1950 en U.S.A fue creada la “National Association for Music Therapy” y luego en Inglaterra la “British society for Music Therapy”; desde estos últimos momentos históricos, que la musicoterapia comienza a considerarse una de las terapias alternativas.

Sus efectos terapéuticos, los podemos contemplar en estos 6 párrafos:

- a) Con la música las ondas cerebrales, se hace más lentas y uniformes: Son las ondas beta las que más se producen cuando estamos realizando las actividades diarias, donde estamos en alerta máxima, vigilante, es la situación normal cuando estamos despiertos, o en estado de ansiedad, Las Ram-Altas se producen en estado de stress y confusión, las Alfa se refieren a la relajación, tranquilidad, creatividad inicio de actividad plena del hemisferio izquierdo y desconexión del hemisferio derecho, las Delta se producen estado hipnótico, cuando el hemisferio cerebral derecho esta en plena actividad, sueño profundo y la meditación; siendo característico en este estado la ausencia de movimientos oculares y disminución de los procesos oníricos, estado de sueño profundo, fase REM del sueño, y finalmente las Theta que se producen en estado de vigilia, equilibrio entre

los hemisferios izquierdo y derecho, plenitud, armonía, que se caracteriza por relajación profunda, creatividad y asociación de ideas.

- b) La respiración se ve afectada el tipo de música: Las cadencias o ritmos, intensidades o volumen y frecuencia, permiten que la respiración se modifique dada la percepción de la música.
- c) La música tiene incidencia en el sistema nervioso central y por consiguiente en el ritmo cardíaco y la presión arterial: El corazón modifica su ritmo lento o sube, según el estímulo generado por la música, igualmente posee incidencia directa en la presión arterial.
- d) La música reduce la tensión muscular y mejora la coordinación: El sonido y la vibración de la música influyen en la fuerza, la flexibilidad y por consiguiente la sincronización de los hemisferios
- e) La música aumenta los niveles de endorfina, permeando las 5 mil trillones de células que nos componen: La música que sea agradable para cada permite liberar endorfinas, permitiendo disminuir el estrés, fortalecer el sistema inmunológico, ayudando igualmente a la producción de linfocitos T que estimulan la inmunidad del cuerpo de forma natural.
- f) La música y el sonido estimulan la actividad inmunitaria: Se considera que escuchar música y cantarla, promueve y permite un incremento en la oxigenación de la sangre, permitiendo el fortalecimiento del sistema inmune.

(AT) *Arteterapia*: El inicio de los estudios realizados a finales de 1800 han demostrado que la conexión existente entre el arte y la salud mental es inminente, este postulado queda plasmado en el libro el arte de los Enfermos Mentales, escrito por Hans Prinzhorn (Austria 1886-1933, psiquiatra, psicoterapeuta en el Instituto de Psiquiatría de

la Universidad de Heidelberg es una personalidad multifacética con los intereses, tanto científicas y artísticas, estudió historia del arte, la estética, la filosofía, la música y el canto; otro clásico escrito por el fue "El plástico en las actividades de los enfermos mentales". Prinzhorn es el primero en admitir que "El esquizofrénico es bastante ajeno a lo humano y por definición no puede ni desea volver a establecer contacto con ello, además tiene en cuenta que la enfermedad es "una forma posible de ser humano", y por qué no? Artistas).

Las investigaciones de Prinzhorn motivo a la comunidad médica para examinar el valor diagnóstico de las creaciones de los pacientes con trastornos mentales, lo que permitió que algunos especialistas reconocieran que el arte podría ser valioso para la rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales.

En el recorrido histórico, se encuentra una alianza entre el psicoanálisis y el arte en la década de 1940, permitiendo que el arte sea una herramienta terapéutica, que permiten el análisis del discurso simbólico del paciente, mas adelante en 1969, se crea la American Art Therapy Association, la cual tiene gran peso dentro de la comunidad científica del momento.

(AT) se basa en la idea de que el acto creativo puede ser el puente a la curación, para los arte terapeutas, la utilización de esta herramienta permite que las personas expresen sus emociones, ayudando además a reducir los niveles de estrés, el miedo y la ansiedad, proporcionando una sensación de bienestar y equilibrio emocional y corporal. Específicamente (AT) se ha utilizado en pacientes con trasplante de médula ósea, anorexia, bulimia, adicciones, discapacitados, enfermos crónicos, víctimas de abuso sexual y los cuidadores de pacientes con cáncer entre otros.

Una producción artística de un paciente puede ser utilizada como una herramienta de diagnóstico, en especial con los niños que por lo general no expresan fácilmente sus emociones; para esta labor se facilita todo el material para producir pinturas, dibujos, esculturas, y otras manualidades, este trabajo se puede desarrollar de

manera grupal o individual, lo que le permitirá al terapeuta indagar al paciente en referencia a su obra, cual es su significado y que lo motivo a realizar esa obra. La observación también se considera otra forma de arte terapia, ya que se invita a los pacientes ha mirar obras de arte, y luego se les indaga acerca de lo que han visto.

En la actualidad el sistema de salud y centros terapéuticos incluyen (AT) como parte del cuidado hospitalario, además también se pueden encontrar en escuelas, centros psiquiátricos, de drogadicción, las cárceles, geriátricos, entre otros. La evidencia ha demostrado que los beneficios de (AT) en los pacientes con enfermedades físicas y/o emocionales han sido de gran beneficio en cuanto a la superación de traumas y/o adherencia al tratamiento. Para los adultos se utiliza tanto en el paciente como en el cuidador en procesos de duelo, adaptación, aceptación, entre otros; permitiendo la reducción de los niveles de ansiedad, mejorar los tiempos de recuperación, la disminución de las hospitalizaciones, y también el control del dolor.

La visualización: “La imaginación es el principio de la creación. Tú imaginas lo que deseas, pones voluntad en lo que imaginas y por último creas lo que quieres”. George Bernard Shaw.

(...) “conociendo que los mismos cuerpos no son percibidos en propiedad por los sentidos o por la facultad de imaginar, sino tan sólo por el intelecto, y que no son percibidos por el hecho de ser tocados o vistos, sino tan sólo porque los concebimos, me doy clara cuenta de que nada absolutamente puede ser conocido con mayor facilidad y evidencia que mi mente” (...) René Descartes Desde la Antigüedad, los médicos “sabios” han reconocido, de una forma u otra, el papel que juegan las emociones en el desencadenamiento y curso del enfermar humano y en el funcionamiento del sistema inmunológico. Sir William Osler (1849-1909) exponía que es tan importante conocer lo que está pasando por la cabeza del hombre como en su pecho, para pronosticar el resultado de una tuberculosis pulmonar.

Para la Psicología de la Salud, la dicotomía mente-cuerpo no es algo nuevo. Encuentra su origen hace 2500 años, época en la que Aristóteles postulaba la importante trascendencia del alma sobre el cuerpo y viceversa. 500 años más tarde, Galeno (129-216 d.C.), médico y filósofo de la Antigüedad, en su tratado sobre los tumores *De tumoribus*, apuntaría que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a tener un cáncer de mama” (Valiente, M. 2006. Pg. 1). .

“Cada vez está más en boga y son considerable el número de enfermos de cáncer que optan por usar, junto a los tratamientos médicos convencionales, una gran variedad de técnicas psicosomáticas, entre las que se encuentran la visualización y la relajación, con la esperanza de que éstas reducirán el estrés y dolor y mejorarán su salud. En la actualidad están siendo estudiadas, financiadas por el National Cancer Institute, técnicas como la escritura expresiva, el qigong, la respiración diafragmática, la imaginación guiada, la terapia cognitiva o el yoga tibetano como modo de reducción de estrés y afectación positiva del sistema inmunitario” (Valiente, M. 2006. Pg. 2).

A lo largo de la historia de la Psicología y la Psicoterapia se ha utilizado la visualización por medio de imágenes y en la actualidad, los usos terapéuticos de las imágenes han sido reconocidos por varias corrientes de intervención, tales como el psicoanálisis, el conductismo, humanista o transpersonal.

Es necesario destacar que a lo largo de la historia de la Medicina y la Psicología sean extrapolado las posiciones en lo referente al origen del cáncer, algunos infieren que el cáncer es una enfermedad fisiológica por consiguiente la emoción no tendría incidencia en su aparición ni curación; contrariamente se encuentran los que opinan que el cáncer se controla desde la mente logrando mejorar su calidad de vida, permitiendo además su recuperación y supervivencia. Existen evidencias de la relación existente entre “stress” psicológico y progresión tumoral, mediada por mecanismos inmunológicos.

Actualmente la visualización no solo se utiliza con pacientes de cáncer, si no también en enfermedades como SIDA, trauma emocional, fisioterapia, recuperación de soldados, reducción del estrés, tabaquismo, etc.

Terapia de masaje: se refiere ha manipular, frotar y sobar el músculo, el tejido suave del cuerpo, permitiendo reducir los niveles de estrés, ansiedad, depresión y dolor.

Su historia se remonta a las diferentes culturas, tales como China, India, Japón, Korea, Tailandia, Arabia, Grecia y Egipto. De los estilos mas reconocidos tenemos el masaje sueco, masaje deportivo, terapia neuromuscular, mioterapia, Shiatsu y Tuina entre otros. En los diferentes estilos de masaje se utilizan manos, antebrazos, codos, para realizar una manipulación más adecuada y profunda de los tejidos blandos del cuerpo, tendones, músculos y ligamentos.

Muchos hospitales y centros oncológicos de los USA, Europa y Asia practican masajes a pacientes con cáncer, para mejorar su circulación, sensibilidad y drenaje linfático. En la actualidad el masaje es recomendado por profesionales de la salud como terapia complementaria, ya que se considera que esta herramienta puede ayudar a la reducción de los niveles de estrés, ansiedad y dolor; permitiendo una relajación profunda. Generando además la producción de endorfinas y la eliminación de láctico, permitiendo además aflojar la flema pulmonar, ayuda a mejorar la movilidad en casos de artritis, resfriados, y el estreñimiento, entre otros.

En su utilización es pertinente tener en cuenta, que personas con artritis, cáncer óseo, osteoporosis, pueden llegar a ser agravadas por una manipulación inadecuada, por consiguiente es necesario tener autorización previa del Medico tratante. Es también preocupante el masajear el área del tumor ya que puede llegar a estimular el desplazamiento de las células cancerosas para otras partes del cuerpo.

La aplicación del Reiki esta fundamentada en la canalización de la energía espiritual, con el fin de sanar el espíritu del paciente y armonizar su energía, pues se considera que activa el poder natural de curación en cada cuerpo.

Sus antecedentes históricos se remontan al Tíbet y fue redescubierto nuevamente en el año 1900 por el Dr. Mikao Usui, durante sus investigaciones también descubrió la relación directa entre meditación, alimentación y sanación. La aplicación terapéutica del Reiki, permite que el practicante coloque sus manos en 12 a 15 posiciones diferentes en el cuerpo del paciente. Las manos son el canal conductor para la energía vital universal, el equilibrio de la energía dentro y alrededor del cuerpo.

En seguimientos realizados se ha encontrado que algunos pacientes Oncológicos han experimentado mayor sensación de bienestar, con menos dolor, náuseas y vómitos después de las sesiones de Reiki. Además se ha encontrado que el Reiki mejora la ansiedad entre las mujeres después de someterse a una histerectomía, también surge buen efecto en pacientes fibromialgia.

Oración y espiritualidad: la espiritualidad es generalmente descrita como una concienciación de algo más grande que uno mismo. Con frecuencia se expresa mediante la religión y/o la oración, aunque hay muchos otros caminos de manifestación para la espiritualidad.

Los diferentes estudios han podido encontrar que la espiritualidad y la religión son importantes para la calidad de vida de algunas personas con cáncer, ya que los beneficios psicológicos de la oración puede incluir la reducción del estrés y la ansiedad, la promoción de una perspectiva más positiva, y el deseo de vivir.

La espiritualidad puede ser practicada de muchas maneras como la oración, la asistencia regular a una iglesia, templo o mezquita la oración puede implicar que se centra en uno mismo (súplica llamada) o en otras personas (la oración de intercesión). La oración suele practicarse de manera individual y en grupos informales, lo que

permitirá la búsqueda del verdadero sentido de la vida, utilizando además la introspección.

En la actualidad muchas instituciones médicas incluyen la espiritualidad y la oración como un componente importante de la curación, los hospitales tienen sus propias capillas y los contratos con los ministros, rabinos, clérigos y organizaciones de voluntarios para atender a las necesidades espirituales de los pacientes y su familia.

En las diferentes religiones se cree que la dimensión espiritual es importante cuando una persona está en el proceso de la enfermedad, pues se fortalece la capacidad de encontrar sentido a la vida aunque no puede curar la enfermedad, nos puede ayudar a aceptar la muerte, tanto la nuestra como la muerte de los seres queridos.

Tai chi: arte marcial antiguo de la China que consiste de un sistema mental y corporal que usa el movimiento, la meditación y la respiración para mejorar la salud y el bienestar. Ha mostrado mejorar la fortaleza y el balance en algunas personas.

En los pacientes de cáncer, son los efectos secundarios de la radiación y la quimioterapia los que le generan gran malestar al paciente causando pérdida, fuerza y resistencia, además de la notable pérdida de peso y la neuropatía (una disminución de la sensibilidad en los dedos o dedos de los pies) afectando en gran medida el equilibrio.

El Tai Chi requiere de movimientos lentos y controlados por medio de la respiración, permitiendo una meditación en movimiento lo que facilita que sea de gran beneficio para la recuperación y mantenimiento del paciente, en lo referente a cuerpo mente. Además, el tai chi ofrece una manera diferente de hacer frente al dolor, promoviendo la relajación y el bienestar general; ayuda además a corregir la falta de equilibrio, fortalece los músculos, mejora la capacidad para respirar y por consiguiente incrementar su energía vital y fortaleces su sistema inmune.

DISEÑO METODOLÓGICO

Fase N I

Enfoque de investigación Cualitativa

Este tipo de investigación fundamentada en el paradigma de investigación naturalista; en donde este fundamento paradigmático busca dar respuesta a los fenómenos desde la interpretación subjetiva del sujeto; permitiendo examinar el modo en que se experimenta el mundo, teniendo en cuenta, además, que la realidad toma por objeto, es la que las propias personas perciben como importante (Salamanca, A. 2006. Pg. 1-3).

Nivel de la investigación: descriptivo

El nivel descriptivo permite acercarse al fenómeno y empezar a conocer y a describir sus situaciones, costumbres y los procedimientos que predominan, dando una descripción exacta del proceder de las personas. Por medio de esto se llega a predecir e identificar la relación entre dos o más variables. El investigador recoge datos seguros mediante técnicas, esto hace que se genere conocimiento (Hernández Sampieri, 2006, p. 102).

Aristizabal, C.A. (2008), afirma que “La intencionalidad es especificar en detalle los componentes y estructura de los fenómenos educativos; generalmente, corresponde a estudios con los que se describe la evolución de las variables durante un período de tiempo determinado, o aquellos en los que se hacen estimaciones sobre los efectos de una variable independiente sobre un grupo poblacional” (p. 66).

Población

Pacientes con cáncer y sus familiares, atendidos en la Clínica Vida.

Muestra

La muestra se conformó por 30 pacientes con cáncer y 15 familiares. La muestra fue escogida por conveniencia según siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Ser paciente de la clínica Vida
- Tener diagnóstico de cáncer
- Participación voluntaria.
- Estar en periodo de tratamiento.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la recolección de información se utilizó la encuesta diseñada para este estudio (ver Anexo N 1).

Plan de manejo y análisis de la información

La información recolectada con el instrumento anteriormente descrito se transcribe y se sistematiza al nivel individual y grupal con el fin de definir las características específicas y las necesidades especiales que presenta la población de pacientes con cáncer de la Clínica Vida desde lo psicológico. Esto es con el fin de relacionar estas necesidades detectadas con las estrategias concretas de intervención y prevención para dicha población.

Fase N II

Enfoque de investigación: Documental

La investigación documental es una variante de la investigación científica cuyo principal objetivo consiste en analizar fuentes bibliográficas con el fin de extraer una información relevante para la pregunta investigativa que guía el proceso de indagación.

Método de investigación

Análisis documental intertextual e intratextual.

Población

La población de este estudio representan las fuentes bibliográficas relacionadas con el tema de cáncer y opciones de su tratamiento, publicadas durante los últimos 10 años.

Muestra

Como muestra se escogieron las fuentes bibliográficas según los siguientes criterios de inclusión:

- Publicaciones realizadas durante los últimos 10 años.
- Relación con el tema de tratamiento de cáncer.
- Publicados en idioma español.
- Posibilidad de disponer del texto completo.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Como técnica de recolección de información se utilizó la ficha bibliográfica, donde se consignó la información relevante para cada fuente bibliográfica (Ver Anexo N 2).

Plan de manejo y análisis de la información

La información recolectada con las fichas bibliográficas se sistematizó a la luz de los datos obtenidos en la primera fase del estudio. Adicionalmente, a la información recolectada y sistematizada se agregó la información en relación a las estrategias de tratamiento propia del autor, adquirida durante su práctica clínica en el transcurso de varios años.

A partir de todo esto se realizó el diseño final de la propuesta de atención integral e interdisciplinar a los pacientes con cáncer pertenecientes a la Clínica Vida.

Consideraciones Éticas

De acuerdo a la investigación ejecutada sobre las prácticas de enseñanza en docentes universitarios pertenecientes a la UCC, sede Medellín y Envigado en programas como odontología, medicina, psicología, educación, derecho, contaduría e ingeniería de sistemas durante el período 2011- 2012; se tendrá en cuenta la participación de los estudiantes de psicología de la UCC pertenecientes al proyecto de investigación; además se contará con los aportes de los docentes participantes, donde se respetará la independencia, autonomía y libre expresión, con el propósito de recolectar dicha información en beneficio de nuestra investigación.

Cabe concluir que en el suministro de dicha información se tendrán en cuenta los derechos de anonimato y confidencialidad para abordar o abandonar el tema en el momento que el docente así lo amerite. También se les pedirá autorización para hacer las respectivas grabaciones como material importante en esta investigación.

Por consiguiente, el convenio entre las dos partes (investigador y docente), se hará mediante un acuerdo informado para aprobar su participación donde se explicará el propósito de la investigación.

RESULTADOS

Descripción de las Necesidades Relacionadas con la Atención Psicológica al Nivel Personal y Familiar de los Pacientes Pertenecientes a La Clínica Vida

Las necesidades en la atención psicológicas varían dependiendo del tipo de cáncer, el protocolo a realizar que se estén realizando. Igualmente cada paciente enferma de manera diferente dados sus constructos mentales, significados y significantes; lo que permite que las necesidades y formas de afrontamiento sean diferentes; de igual manera sucede con el cuidador y/o su familia; por tal razón es pertinente una evaluación psicológica precisa en cada caso, para tener un panorama mas amplio de la situación y así formular la hipótesis diagnóstica que nos permitirá realizar la intervención psicoterapéutica si es del caso.

En la interacción con los pacientes y sus familias, se detectaron las siguientes necesidades más importantes:

- Como poder afrontar positivamente el proceso y además poder reducir la incertidumbre, el miedo y la indefensión ante el cáncer; lo que requiere una mayor interacción del staff médico en especial con Psicología.
- Con los mecanismos de afrontamiento también podemos ayudar en los episodios de hospitalización, la cirugía (temor, dolor, pérdida de movilidad, cambios corporales asociados a la mastectomía, etc.) y rehabilitación.
- Afrontar los síntomas asociados a la quimioterapia, radioterapia, que producen efectos colaterales como caída de pelo, fatiga, náuseas, decaimiento, disfunción sexual, disminución de la memoria, entre otros.

- Controlar paradigmas referentes a la enfermedad, tratamiento, al pronóstico y supervivencia, miedo a los exámenes diagnósticos y los controles médicos.
- Afrontamiento positivo, minimizar los episodios de depresión y ansiedad.
- Mantener la actividad social, impedir la estigmatización asociada al cáncer, además de recuperar la actividad laboral y escolar.

Encontramos además que en los estadios avanzados de la enfermedad, en cuidados paliativos se requiere que el paciente esté adecuadamente informado, se controlan controlados los síntomas de dolor y la fatiga. Los familiares estarán asistidos durante el proceso y también se les proporcionara atención en la etapa del duelo.

Se ha detectado, además, la gran necesidad de que los médicos en especial algunos especialistas aprendan la importancia de saber transmitir malas noticias (como puede ser un diagnóstico de cáncer o un cambio en el estado del paciente), teniendo en cuenta lo siguiente ¿por qué es tan importante saber dar una mala noticia? ¿Principales consecuencias positivas de una comunicación clara y honesta, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad?

La confianza en la relación personal-paciente es la piedra angular de la atención a los pacientes de cáncer, se construye y se sostiene mediante la información y la comunicación, una información adecuada reduce la incertidumbre, y mejora el afrontamiento favoreciendo las decisiones compartidas, la adherencia al tratamiento. Las habilidades comunicativas deberían formar parte de la práctica médica; para todos los profesionales, la adquisición de competencias comunicativas también permiten disminuir el riesgo de Burnout.

Dentro de las necesidades también se ha identificado que la atención psicológica requiere estar integrada con el equipo médico y su atención médica. Nuestra intervención se centra en el paciente y su familia desde el diagnóstico hasta su remisión;

lo que permite prevenir problemas de adaptación y salud mental, facilitando el afrontamiento a la enfermedad; para que la interconsulta Psicológica se inicie, es necesario que dentro de la ruta de atención el especialista remita a interconsulta Psicológica, ya que la intervención comprende desde la prevención y detección precoz, hasta los cuidados paliativos.

La finalización de los tratamientos y la reinserción a la vida cotidiana normalizada requiere, el hacer frente a preocupaciones y miedos a las recidivas, y ansiedad ante las revisiones, a la actividad laboral, la vida familiar y de pareja, lo que requiere una intervención Psicológica mas frecuente; ya que terminados los tratamientos y controlada la enfermedad (superviviente), la vida puede quedar muy afectada debido a la presencia de grandes paradigmas, relacionados directamente con la victimización, minusvalía, vulnerabilidad y los propios cambios que se han producido por los efectos de cada protocolo.

Se encontró, además, la existencia de temor a las recidivas y las revisiones, pues con la vuelta a su vida normal se siente altamente preocupado por una posible recidiva, la cual es hecho traumático, que se vive como un fracaso de los tratamientos anteriores y provocando una indefensión y/o desesperanza; en la intervención Psicológica es nuestra tarea enseñar a afrontar el temor a la recidiva.

Para los pacientes y su familia el final de la vida, es el momento más difícil de afrontar lo que requiere la intervención de un equipo interdisciplinar, con el objetivo de brindar calidad de vida, facilitar la comunicación, generar apoyo familiar, proceso del duelo, para permitir una muerte digna, con el mayor bienestar y el menor sufrimiento para el paciente y sus familiares.

Propuesta de Intervención Basada en las Terapias Alternativas

En el abordaje Psicoterapéutico que se propone, se intervendrá al paciente desde el concepto que él no es la enfermedad, sino que porta una enfermedad, esto implica la interacción permanente de del Staff multidisciplinario para garantizar una integración holística y una intervención integral.

Intervenciones Físicas y Psicosociales

Se pueden utilizar métodos físicos y psicológicos no invasores junto con fármacos y otros tratamientos para manejar el dolor durante todas las fases del tratamiento del cáncer. La eficacia de las intervenciones contra el dolor depende de la participación del paciente en el tratamiento y de su capacidad para indicar qué métodos le alivian mejor el dolor.

La debilidad, el desgaste muscular y el dolor muscular/óseo se pueden tratar con calor (compresas calientes o almohadillas eléctricas); frío (paquetes de hielo flexibles); masajes, presión y vibración (para ayudar con la relajación); ejercicio (para fortalecer los músculos, aflojar las articulaciones rígidas, recuperar la coordinación y el equilibrio, y fortalecer el corazón); cambios de posición; restricción del movimiento de áreas doloridas o huesos rotos; estimulación; estimulación eléctrica controlada de bajo voltaje; o acupuntura.

Intervenciones con el Pensamiento y la Conducta

Las intervenciones relacionadas con el pensamiento y la conducta también son importantes para tratar el dolor, al servir para que los pacientes se sientan en control de su situación y para que aprendan a afrontar su enfermedad y sus síntomas. Es útil comenzar estas intervenciones temprano durante el curso de la enfermedad para que los pacientes puedan aprender y practicar sus habilidades

cuando aún tienen suficiente fuerza y energía. Se deben probar diversos métodos, y se debe utilizar uno o varios regularmente.

Imaginería y Relajación

Se pueden utilizar técnicas de relajación simples para los episodios de dolor cortos (por ejemplo, durante los procedimientos del tratamiento del cáncer). Las técnicas breves y simples son apropiadas para periodos en que la capacidad de concentración del paciente se ve limitada por dolores fuertes, ansiedad intensa o fatiga.

Pensamiento Dirigido

Para no concentrarse en el dolor o en las emociones negativas que éste conlleva se pueden utilizar distracciones internas (por ejemplo, contar, rezar, o decirse a sí mismo "Puedo aguantar") o externas (como la música, la televisión, el diálogo, el escuchar a alguien leer, o el mirar a algo específico). Los pacientes también pueden aprender a estudiar y evaluar los pensamientos negativos y reemplazarlos con ideas e imágenes más positivas.

Educación del Paciente

Los proveedores médicos pueden entregar a los pacientes información e instrucciones sobre el dolor y su manejo y asegurarles que es posible controlar eficazmente la mayoría de los dolores.

Apoyo Psicológico

La terapia psicológica a corto plazo ayuda a algunos pacientes. Los que desarrollan una depresión clínica o un trastorno de la adaptación pueden acudir a un psiquiatra para obtener un diagnóstico.

Propuesta de Atención Integral e Interdisciplinar para los Pacientes con Cáncer Pertenecientes a la Clínica Vida Unidad De Soporte Asistencial (U.D.S.A)

Tendrá como función principal, proporcionar soporte asistencial y atención continuada a pacientes y familiares, esto permitirá facilitar una asistencia sanitaria adecuada de los pacientes Hemato-Oncológicos.

A partir del diagnóstico realizado, se establecerán los objetivos estratégicos, tanto generales como específicos, necesarios para el desarrollo futuro de la atención a pacientes en la fase final de la vida y/o con enfermedades crónicas.

Objetivos

- Mejorar la calidad de la atención a las personas en el final de la vida mediante la provisión de servicios sanitarios que aseguren la continuidad de cuidados, la coordinación entre niveles asistenciales y la colaboración con los servicios sociales.
- Adecuar los dispositivos asistenciales a las personas que requieren atención en la fase final de su vida, garantizándoles el inicio de los cuidados paliativos en el tiempo adecuado, la asistencia domiciliaria, la asistencia institucionalizada y el

soporte emocional.

- Control síntomas asociados al tratamiento y/o a la patología.
- Soporte consultas externas
- Información relacionada con el programa de educación sanitaria.
- Proporcionar educación sanitaria en la prevención de los problemas potenciales
- En problemas relacionados con la toxicidad se ofrece atención específica (visita semanal, control de peso, valoración mucosa, etc.)

Beneficios que le Ofrece U.D.S.A

Al Paciente

- Atención personalizada
- Estabilidad emocional y espiritual
- Comunicación fluida con su médico tratante y demás miembros del equipo
- Menos riesgo de contraer infecciones hospitalarias
- Equipamiento Clínico básico en el hogar.

A la Familia

- Orientamos y educamos en los procesos del autocuidado.
- Se integra a la familia como unidad de cuidado, comprendiendo mejor las necesidades del enfermo.
- Se evitan desplazamientos innecesarios a centros hospitalarios.

Programa de Capacitación y/o Sensibilización

- Basado en el estudio de las necesidades y demandas de nuestros usuarios.
- Consta de sesiones y talleres específicos y generales dependiendo de la patología y tratamiento.
- Las sesiones son impartidas por distintos especialistas: enfermería, psicólogo, trabajadora social, etc.

Programa de Atención Domiciliaria

Se definen como el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo y por tanto busca además el control del dolor, de otros síntomas y de signos y síntomas psicológicos que generan malestar, siendo el objetivo de los mismos, conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus familias.

Los Cuidados Paliativos son parte primordial del Programa de Atención Domiciliaria y este manejo se brinda a fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y familiares.

Por parte de Psicología, se ayuda en el manejo del duelo para los familiares, teniendo en cuenta que el duelo es en principio un proceso normal que cumple una función adaptativa.

En las actividades de Enfermería se han planeado actividades dirigidas a la prevención de las diversas alteraciones que pueda presentar el paciente en el transcurso de su enfermedad y además capacitar al cuidador en cuanto el manejo del paciente.

Todas estas actividades tienen el objetivo de brindar apoyo, asesoramiento y elementos para afrontar la situación del enfermo.

La primera intervención del equipo Transdisciplinario tiene por función primordial el Diagnóstico y la valoración de la Unidad paciente-Familia, valorar el Grado de Dependencia del enfermo, reconocimiento del entorno en el que desarrollará y los Recursos Humanos y materiales con los que cuenta la familia, para poder hacer más viable la Atención y el cuidado.

“El equipo deberá valorar si la familia puede atender, emocional y técnicamente, de forma adecuada al enfermo, en función de las condiciones existentes”; ya que esta información permitirá implementar un plan de acción para cada enfermo y su familia.

La U.D.S.A, estará conformada por los siguientes profesionales de la salud

- Jefatura UDSA
- Medico de soporte y Medico de DCP
- Jefatura de enfermería
- Enfermeras
- Nutrición asistencial
- Fisioterapeuta
- Trabajadora social
- Psicólogo
- Coordinación de enseñanza e investigación

¿Cómo se concibe la prestación de este servicio y por medio de cuales actividades?

Por medio de la atención primaria, que estará sustentada en acciones tales como diagnóstico, prevención, curación, rehabilitación y capacitación, orientadas a toda la población incluyendo grupos de riesgo y enfermedades crónicas.

Se contempla además la atención paliativa para enfermos graves y terminales, por parte del Staff Transdisciplinario.

Para consolidar todo lo anterior se tendrá en cuenta además educación continuada para los profesionales de la salud, divulgación de material para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Referente al tema de la investigación, que también es necesario contemplar, se buscará la viabilidad de realizar estudios científicos, para publicar en revistas y demás medios científicos.

Jefatura Unidad De Soporte Asistencial

Objetivo

Promover, coordinar y supervisar las actividades referentes a la U.D.S.A (Dolor y Cuidado Paliativo, Medico de Soporte, Enfermera, Nutricionista, Fisioterapia, Trabajo social y Psicología) además lo referente a la capacitación de los profesionales de la salud y los pacientes y su familia, promoviendo además la Investigación.

Funciones

- Organizar, supervisar y evaluar con criterios de eficiencia y eficacia el cumplimiento de las metas establecidas del Servicio.
- Resolver coordinadamente las necesidades de los profesionales de la salud adscritos a esta unidad, en referencia a recursos materiales, de desarrollo y de capacitación del personal y de investigación.
- Supervisar sistemáticamente a los profesionales de la salud, con el fin de detectar necesidades de los usuarios y los Servicios con respecto a la oportunidad y calidad de los mismos.
- Planear, dirigir y controlar todas las actividades establecidas por la Unidad y las que se le demanden según programas prioritarios.
- Llevar el control técnico y administrativo del Servicio.
- Supervisar que la información estadística de las actividades de cada coordinación sean enviadas en forma verás y oportuna a esta Jefatura.

Médicos de Soporte Oncológico, Médicos DCP

Objetivo

Organizar y programar las actividades relacionadas con la atención médica de la UDSA, con el fin de brindar la atención y el servicio más humano y oportuno.

Funciones

- Atender con calidad y calidez a los pacientes y su familia.
- Supervisar y firmar notas médicas en los expedientes.
- Registrar adecuadamente los formatos de productividad, laboratorio y estudios especiales que sean generados.
- Verificar que los estudios de laboratorio y diagnóstico, sean congruentes con el diagnóstico.
- Participar en las actividades asistenciales, docentes y de investigación.
- Participar en las actividades del Servicio que el jefe indique.
- Rendir informes personales del paciente a los familiares que lo soliciten.
- Elaborar reportes de bloqueos en caso de ser necesarios.
- Control de síntomas; de forma particular el dolor. Ya que en cuidados paliativos los síntomas son el primer objetivo en una estrategia terapéutica, pero no el único, ni con frecuencia, el objetivo más difícil de conseguir.
- Servir de soporte a la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar.
- Soporte del propio equipo asistencial.

Jefatura de Enfermería

Objetivo

Supervisar y coordinar a las enfermeras, a fin de brindar atención oportuna y eficaz a los pacientes de la UDSA.

Funciones

- Planear, organizar, controlar y asesorar las actividades de enfermería de la Unidad.

- Supervisar las funciones del personal de enfermería a su cargo para asegurar la calidad de la atención que se proporcione al paciente.
- Fomentar las buenas relaciones humanas con el equipo de salud, así como con el paciente y la familia.
- Solicitar el suministro de medicamentos, material y equipo que garanticen el cumplimiento de la Terapia Médica indicada.
- Recibir y entregar pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados.
- Participar en tratamientos médicos-intervencionistas en la atención médica.

Enfermeras

Objetivo

Participar activamente en el cuidado de los pacientes que se les presta el servicio, a fin de proporcionar calidad de atención, trato humano y *retroalimentación* al Staff de la UDSA.

Funciones

- Colaborar con la jefe de enfermeras del Servicio en la organización del mismo.
- Colaborar con los médicos en las curaciones y demás funciones pertinentes del cargo.
- Colaborar con el médico en la Consulta Externa del Servicio.
- Participar conjuntamente con la enfermera jefe del Servicio en el paso de visita médica.
- Participar en la recepción y entrega de turno.
- Participar en el ingreso y egreso de pacientes.
- Cumplir con las órdenes del jefe inmediato superior.

Nutrición Asistencial

Objetivo

Conseguir y mantener un adecuado estado nutricional de los pacientes adscritos a la UDSA, siendo responsable de los aspectos clínicos de la nutrición oral y artificial.

Funciones

- Elaborar la historia dietética completa.
- Llevar a cabo una valoración completa del estado nutricional V.S la terapia farmacológica prescrita y los datos bioquímicos.
- Identificar los problemas dietéticos nutricionales del paciente para planificar la dieta apropiada.
- Explicar la dieta al enfermo y a sus familiares: educación alimentaría.
- Elaborar la documentación para la evaluación, intervención y seguimiento del paciente.
- Planificar el seguimiento y los controles posteriores.
- Realizar y participar en trabajos de investigación.
- Planificar talleres de habilidades y consejo grupal a usuarios de la UDSA.

Fisioterapia

Objetivo

Conseguir el mayor grado de independencia en las actividades cotidianas(lavarse, peinarse, bajar escaleras) y funcionalidad, así como la integración social en su medio.

Funciones

Esta área de la salud abarca un conjunto de técnicas terapéuticas para tratar dolencias musculares y/o articulares. La función del Fisioterapeuta, es la de preservar y restablecer la salud de las personas mediante un tratamiento totalmente individualizado y

personalizado (con cita previa). Realiza actuaciones a nivel preventivo, rehabilitador y de mantenimiento, utilizando terapias manuales, estiramientos y técnicas específicas.

- Estar capacitado en orientar al usuario en la zona cardiovascular, con conocimientos propios de cada actividad.
- Prestar un servicio integro y profesional a cada usuario
- Realizar un diagnóstico funcional
- Plan de tratamiento y objetivos de tratamiento
- Aplicar tratamiento con los medios físicos.
- Valorar periódicamente al paciente
- Informar a los demás miembros del Staff del estado del paciente, en las respectivas anotaciones clínicas.
- Prevención y tratamiento de las alteraciones de los diferentes sistemas:
- Digestivo: estreñimiento, etc.
- Circulatorio: disminuir frecuencia cardiaca, disminuir tensión arterial.
- Respiratorio: mejorar capacidad respiratoria.
- Genitourinario: tratar la incontinencia urinaria.
- Otros: sensibilidad, intelecto, sueño.

Trabajo Social

Objetivo

Coordinar, programar y aplicar métodos técnicos y principios de trabajo social necesarios para dar apoyo integral a la familia y al paciente; teniendo como referente las ayudas privadas y del estado a las que pueden tener acceso.

Funciones

- Participar en la elaboración o actualización del Diagnóstico Situacional.
- Evaluar situación socioeconómica del usuario para determinar el nivel de clasificación.

- Registrar clasificaciones socioeconómicas por nivel, así como actividades diarias en instrumentos específicos de control.
- Realizar evaluación periódica de los Programas en forma cuantitativa y cualitativa.
- Participar en la atención integral del usuario y familiar, aplicando la metodología de atención social.
- Asistir y permanecer en sesiones de supervisión individual y grupal.
- Elaborar programas de trabajo y de educación para la salud.
- Estar en coordinación con el equipo de salud para apoyar el tratamiento integral del usuario.

Psicología

Objetivo

Identificar las necesidades relacionadas con la atención psicológica al nivel personal y familiar de los pacientes pertenecientes a la Clínica Vida. Relacionar estas necesidades con estrategias de intervención desde la psicología y psicoterapia.

Funciones

- Realizar Test Psicológicos tales como los proyectivos, los semi-objetivos o cuestionarios y los objetivos para la evaluación de la personalidad; que nos permitirán identificar información clínica que tendrá valor para varias áreas de la salud como son: Psicología, Psiquiatría, Trabajo social y Médicos.
- Permitiendo una tomar decisiones y tratamiento mas acertada en lo referente a los desordenes relacionados a la personalidad u otros desordenes clínicos.
- Incorporación de los resultados de los test al plan de tratamiento.
- Realizar proceso terapéutico enfocado al afrontamiento, particularmente a los pacientes que sufren dolor crónicos discapacitante, como en los casos de : artritis reumatoidea, lesionado medular, amputaciones, entre otros.

- Facilitar y promover las terapias de Apoyo en Crisis.
- Asistir a los Staff convocados por la UDSA
- Integrarse a los proyectos de investigación y de educación médica continua que realice y propongan la Unidad.

Coordinación de Enseñanza e Investigación

Objetivo

Coordinar las actividades de Enseñanza e Investigación que involucren a la UDSA, para mantenerse en la vanguardia en cuanto a desarrollo y educación se refiere.

Funciones

- Planear, ejecutar y evaluar las actividades establecidas conforme al presupuesto anual, de capacitación, enseñanza e investigación en coordinación con el Departamento de RRHH.
- Coordinar las líneas de investigación de la UDSA.
- Identificar las necesidades de capacitación del Staff de la UDSA y elaborar programas de Capacitación periódica para los mismos.
- Identificar las necesidades del Servicio y participar en la capacitación del personal técnico y administrativo.
- Promover el interés por los trabajos de investigación, así como publicaciones de los trabajos realizados en coordinación con otras áreas de la Clínica.
- Supervisar que la información estadística de las actividades del Servicio sea enviada en forma veraz y oportuna RRHH.

UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA PROTOCOLO		
QUÉ	QUIÉN	CÓMO
<p>1. Ingresar pacientes: Con diagnostico (remitido por otro profesional de la salud).</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>Después de la consulta con el especialista (oncólogo) en donde se le informa del diagnóstico al paciente y/o la familia; donde este suceso se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre; tanto para el paciente como para la familia, los cuales se encuentran en un estado de shock, y es en este instante que es pertinente remitir al paciente y/o la familia a Psicología, con el fin de minimizar el impacto del diagnóstico, además evaluar los factores de riesgo.</p> <p>Se realizara una entrevista inicial, la cual permitirá una hipótesis diagnóstica previa, un reencuadre inicial del paciente y de su familia, lo que permitirá además plantear la necesidad de realizar otras citas con el fin de iniciar ya el proceso psicológico con su respectiva Psicoterapia.</p>
QUÉ	QUIÉN	CÓMO
<p>2. Evaluar factores de riesgo.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>Esta 2ª cita consistirá en indagar más a fondo para estructurar la historia clínica Psicológica, se realizará además el APGAR, el * Inventario Clínico Multiaxial III de Millon (cuando se considere pertinente); lo que facilitará el siguiente paso “el diagnóstico”.</p>
<p>3. Diagnosticar: Fase de diagnóstico.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>En esta se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc.</p> <p>La intervención del Psicooncólogo en esta fase consiste en detectar el malestar, psicológico, social, familiar y espirituales que</p>

		<p>puede estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos, acompañarlos e intervenirlos terapéuticamente.</p> <p>De igual forma, se ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia, facilita la percepción de control sobre la enfermedad, ayudarles a que perciban que aun con ese diagnóstico “catastrófico”, hay estrategias individuales y grupales que se pueden poner en marcha para hacerle frente al cáncer.</p> <p>Entonces con la información compilada en la entrevista, la historia clínica Psicológica y la prueba MCMI III (si es del caso), se inicia la fase de diagnostico.</p> <p>Con todo lo anterior se procederá cumplir con los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la percepción de control sobre la enfermedad y su resignificación. • Orientación emocional al paciente y a su familia a través de material educativo y presentación de grupos de apoyo. • Derivación, de ser necesaria, a otro(s) profesionales de la salud. • Detección de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de la paciente y de su familia, para orientarles.
<p>4. Tratar: Fase de tratamiento.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>Controlar y resignificar los efectos secundarios físicos y psicológicos (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos</p>

		<p>anticipatorios, etc.) asociados a los tratamientos médicos; orientando también al paciente y a su familia frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.</p> <p>Por consiguiente en esta fase se buscará facilitar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, pretendiendo en todo instante buscar el darse cuenta para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la adaptación al proceso de recuperación del equilibrio vital (salud) y el encuentro de la homeostasis. Ya que durante el proceso de tratamiento biomédico se presenta una fuerte exacerbación de factores sintomáticos, tales como ansiedad, angustia, efectos secundarios de la QT, fobias a los procedimientos médicos, disfunciones sexuales y también desvaloración de sí mismo. • Fomentar estilos de afrontamiento activos: vivir las etapas del duelo oncológico, buscar orientación médica específica para el caso de la paciente, fomentar redes de apoyo social, mantenerse activa todo lo posible, etc. • Facilitar la adhesión terapéutica a los tratamientos médicos. <p>Afrontar la experiencia de pérdida, la cual conduce al paciente al duelo; caracterizado por “un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida de la salud, la vida, la familia etc. y en</p>
--	--	---

		<p>muchas ocasiones la culpa", generando de esta manera:</p> <p>Los autoreproches por no haber podido evitar una situación de enfermedad e incluso haber contribuido a la misma. El enfermo se sostiene en el anhelo del pasado. (¿qué he hecho yo para que pase esto? ¿Por qué a mí?...)</p> <p>Una desilusión de sí mismo fundamentada en la representación de la impotencia, incapacidad y la representación de si mismo como desvalorizado.</p> <p>Una vivencia de aumento o descontrol de la agresividad condicionada por la frustración, por la angustia, por el sufrimiento narcisista, por la culpa, etc.</p> <p>Por consiguiente la calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido.</p> <p>Los resultados del tratamiento varían, dependiendo de la clase de protocolo, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto.</p> <p>Es entonces cuando la intervención del Psicooncólogo en esta fase radica principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia.</p> <p>Las herramientas a utilizar principalmente en</p>
--	--	---

		<p>lo antes expuesto, serán contempladas des de la Psicología de la Gestalt y la psicoterapia Gestalt, por medio de las siguientes técnicas:</p> <p>Las T. Supresivas: Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del paciente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el paciente experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.</p> <p>Principales Supresivas:</p> <p>Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.</p> <p>Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.</p> <p>Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.</p> <p>Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las</p>
--	--	---

		<p>demandas.</p> <p>Las T. Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía; por consiguiente se buscaran 3 cosas principalmente:</p> <p>Expresar lo no expresado, Terminar o completar la expresión, Buscar la dirección y hacer la expresión directa.</p> <p><i>Expresar lo no expresado:</i></p> <p>Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que aflores temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.</p> <p><i>Terminar o completar la expresión:</i></p> <p>Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente.</p> <p>Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana,</p>
--	--	--

		<p>expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.</p> <p>Buscar la dirección y hacer la expresión directa:</p> <p>Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplos: "repite es frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.</p> <p>Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.</p> <p>Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".</p> <p>Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.</p> <p>Las T. Integrativas: Se busca con estas</p>
--	--	--

		<p>técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.</p> <p>El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.</p> <p>Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo:</p> <p>P: "Mi madre me odia".</p> <p>T: "Imagina que eres tú quien odia a tu madre; cómo te sientes con ese sentimiento? ¿Honestamente, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?".</p> <p>Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero que no constituyen en sí la Terapia Gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico, es la</p>
--	--	---

		<p>"actitud guesáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia de proceso, y el respeto por el ritmo individual del cliente. No empujar el río, dejarlo ser. Tampoco aplicar las técnicas estereotipadamente, son asimilar la filosofía implícita en el Enfoque Gestalt.</p> <p>En detalle algunas de estas técnicas son las siguientes:</p> <p>Hacer la ronda: Mientras se realiza un trabajo individual con alguien del grupo, a menudo surge como figura un tema que implica también otras personas del grupo. De tal forma que la persona puede estar imaginándose lo que las otras piensan de ella o puede tener un sentimiento determinado acerca de algún miembro del grupo. En estas situaciones el terapeuta puede sugerir a esa persona que haga la ronda y que comunique sus fantasías o imaginaciones a cada miembro del grupo. Los encuentros espontáneos y auténticos que surgen durante estas rondas son tratados como se trata cualquier otro encuentro.</p> <p>Asuntos inconclusos: Cualquier Gestalt incompleta es un asunto inconcluso que requiere su cierre o resolución. En general estos asuntos inconclusos tienen la forma de sentimientos o emociones no resueltos e inexpresados. Los pacientes que se someten a Terapia Gestalt con motivados para experimentar con asuntos inconclusos, para que se den cuenta de que éstos están inconclusos. Cuando el asunto es un</p>
--	--	---

		<p>sentimiento no expresado a uno o varios miembros del grupo se pide que exprese sus sentimientos o emociones directamente.</p> <p>“Yo asumo responsabilidad”: La Terapia Gestalt considera la conducta de la persona, sus sensaciones, sus sentimientos o emociones, y su pensamiento como algo que le pertenece, como su única responsabilidad. A menudo ciertas personas disocian estos actos usando el lenguaje de “esto”, utilizando la voz pasiva, etc. Una técnica para lograr que la persona tome conciencia de que es ella la que decide su propia conducta es añadir después de cada oración: “... y yo me hago responsable”.</p> <p>La proyección: Cuando una persona se imagina que otra tiene hacia ella un determinado sentimiento o prejuicio se le pide que compruebe si eso no es una proyección, experimentando con sentirse ella misma con ese sentimiento o prejuicio. A menudo la persona descubre que ella tiene el mismo sentimiento que ve en los otros, y que además tiene y rechaza el mismo prejuicio que desaprueba en los otros. Otra técnica es vivenciar la misma proyección. En este último caso una persona emite una oración caracterizando a otra persona; después se le pide que realice el rol de la persona que está caracterizando.</p> <p>Invertir roles: Cuando el terapeuta considera que la conducta de una persona indica evitamiento de un impulso latente, puede pedir a dicha persona que haga el rol opuesto</p>
--	--	--

		<p>al que ha estado realizando. Para tal efecto a un cliente súper-sumiso y dulce puede pedírsele que actúe como si fuera rebelde y agrio.</p> <p>Contacto/separación: El escapar “del aquí y ahora” es tratado experimentalmente; al cliente no se le pide que no “escape” de la realidad, sino que se dé cuenta de cuándo y cómo él “escapa” o se “ausenta” y cuándo y cómo mantiene el “contacto”. A menudo a una persona o a un grupo se le pide que cierre los ojos y se “ausente”. Después, quedándose con el continuo de “darse cuenta”, la persona o grupo relata su experiencia. El trabajo continúa hasta que la persona o grupo vuelve “al aquí y ahora”, habiendo cumplido con su necesidad de “ausentarse”.</p> <p>El ensayo: La reacción de una persona ante su grupo es en sí misma una fuente valiosa de material terapéutico: La persona que teme manifestar sus emociones al grupo es ayudada para que relate su fantasía y lo que ocurriría si revela al grupo lo que siente. Un mecanismo usado frecuentemente es ensayar internamente un rol social futuro. La escena que asusta anticipadamente revela el temor de que el nuevo rol no será bien ejecutado. El “darse cuenta” del ensayo del propio rol, el no prestar atención mientras otro está en escena, y la interferencia con la espontaneidad pueden ser incrementados por las vivencias del grupo al relatar el “darse cuenta” de ensayar y compartir los ensayos. Algunos fenómenos que se relacionan con estas vivencias, como criticar a alguien que no está</p>
--	--	--

		<p>presente, son tratados en forma similar.</p> <p>La exageración: Los pequeños movimientos y gestos ligeros pueden sustituir y bloquear la verdadera toma de conciencia de los procesos afectivos. El terapeuta, al observar los movimientos del cuerpo del cliente, los reporta para que se dé cuenta de ellos. Uno de estos experimentos consiste en pedir a la persona que repita y exagere un movimiento determinado. Esto incrementa la percepción del medio que utiliza el cliente para bloquear la toma de conciencia. Un ejemplo de este bloqueo y la aplicación de la técnica de exageración fue citado cuando no referíamos al hombre inhibido que en un taller golpeaba con sus dedos.</p> <p>“Puedo ofrecerte una frase”: Cuando el terapeuta estima que existe un mensaje equívoco y poco claro, puede construir una oración con ese mensaje y preguntar al cliente si desea decirla en voz alta, repetirla; en síntesis, que se de cuenta de cómo le suena.</p> <p>“Naturalmente” y “es obvio que”: Frecuentemente las personas fracasan al tener que usar sus sentidos y confiar en ellos. Como resultado pierden o se les escapa lo obvio, buscando en los otros el soporte de sus comunicaciones. La primera de estas situaciones se enfrenta haciendo que el cliente construya una frase que comience con: “es obvio que”. La segunda o búsqueda de soporte de la comunicación verbal, puede ser enfrentada experimentalmente haciendo que la persona añada al final, de cada oración:</p>
--	--	--

		<p>“...naturalmente”.</p> <p>Puede Ud. quedarse con sus emociones: Al reportar el “darse cuenta”, los clientes rápidamente vuelan o escapan de los sentimientos de frustración. A menudo el terapeuta pide a su cliente que se quede con esa emoción, que mantenga el continuo del “darse cuenta”. El enfrentar este dolor psíquico es una necesidad para salir del callejón sin salida.</p> <p>¿Puedes quedarte con ese sentimiento?: para no evitar lo desagradable, lo frustrante, aquello que se pretende evitar.</p> <p>Silla vacía o silla caliente: el paciente sitúa a cualquier personaje de su vida con el cual tiene una situación inconclusa. Consiste en establecer un diálogo a las distintas partes que están en oposición en el paciente. El objetivo es que integre las partes que están alienadas y proyectadas para que las haga suyas y las reincorpore a su personalidad. Y asimismo, que pueda ponerse en el lugar del otro, sin que esto lo origine temor, ansiedad o tensión, ya que a través de la nueva percepción adquirida puede hacerse una nueva visión del otro.</p> <p>Usada con oportunidad, la silla vacía pone en acción sentimientos y permite encontrarse con situaciones o personajes inconclusos para verlos en el aquí y ahora. Esta técnica permite nos permite poner en juego un concepto clásico de la Gestalt, el perro de arriba y el perro de abajo; el perro de arriba</p>
--	--	--

		<p>identifica los deseos, necesidades y potencialidades, el de abajo, identifica las excusas, pretextos y obstáculos que interpone.</p> <p>OTRAS TÉCNICAS NO CONVENCIONALES YA PROVADAS CIENTIFICAMENTE:</p> <p>1. Visualización y meditación:</p> <p>La investigación muestra que lo que visualizamos en nuestra mente es a menudo lo que creamos en nuestro cuerpo. El poder de la visualización se ha utilizado para tratar una variedad de condiciones físicas y emocionales. Del mismo modo, la meditación ha sido utilizada por sus beneficios físicos y mentales.</p> <p>Tanto la meditación y la visualización de comenzar con la relajación y despejar la mente de distracciones para producir lo que podría llamarse un estado de trance. Con la meditación, parece que la profundidad de la relajación y la eliminación de las preocupaciones están relacionadas con la eficacia de la técnica.</p> <p>Hay cinco pasos fundamentales para programar los pacientes de cáncer:</p> <p><i>“La producción de relajación profunda.</i></p> <p><i>Por medio de imágenes de curación para fortalecer el sistema inmunológico.</i></p> <p><i>Usando el asesor interno y escuchar a los síntomas de orientación.</i></p>
--	--	---

		<p><i>En cuanto visión de la acción para hacer cambios de curación.</i></p> <p><i>Por medio de imágenes de bienestar para aumentar la salud y llevar una vida alegre.</i></p> <p><i>El énfasis en el paciente en desarrollo y la utilización de las imágenes puede conducir a las imágenes más eficaz para el individuo, mientras que se faculta a la paciente en el mismo tiempo”. (Ross, R.(2009). Alternativas en la terapia del cáncer; Editorial triacastela, España.)</i></p> <p><i>Directrices de Imágenes</i></p> <p><i>Las células cancerosas son débiles y confusas, y debe ser concebido como algo que pueden derrumbarse con facilidad y perseverancia.</i></p> <p><i>“Las células sanas no tienen ninguna dificultad en la reparación de los daños leves causados por el tratamiento.</i></p> <p><i>Hay un ejército de diferentes tipos de glóbulos blancos que pueden abrumar a las células cancerosas.</i></p> <p><i>Los glóbulos blancos son agresivos y quieren buscar y atacar las células cancerosas.</i></p> <p><i>Las células cancerosas muertas son expulsadas de la cuerpo.</i></p> <p><i>La sesión de imágenes es una historia que termina con el paciente sano y libre de cáncer.</i></p>
--	--	---

		<p><i>Usted se visualiza alcanzar sus metas y cumplir con el propósito de su vida”.</i></p> <p>(Ross, R.(2009). Alternativas en la terapia del cáncer; Editorial triacastela, España.)</p> <p>Entonces es posible concluir que una actitud positiva, disminución de la ansiedad y la depresión, una sensación de control y estado de ánimo, permite mejorar y aumentar el tiempo de supervivencia de los pacientes con cáncer, ya que el estrés y el estado de ánimo afectan negativamente al estado del sistema inmunológico (alta producción de cortisol).</p> <p>2. Danza terapia:</p> <p><i>“Objetivos: describir el proceso terapéutico y la posible influencia de las neuronas espejo en la empatía kinestésica empleando la terapia a través de la danza y el movimiento en el cáncer de mama.</i></p> <p><i>Método: se utilizó un estudio de caso. Una paciente diagnosticada con cáncer de mama desde hace dos años fue derivada al Departamento de Ciencias fisiológicas II de la Universidad de Barcelona. Ella asistió a una intervención con terapia a través de la danza y el movimiento durante 5 meses (1 hora semanal, 20 sesiones). Su historia clínica y las anotaciones tanto de ella como del terapeuta fueron revisadas.</i></p> <p><i>Resultado: La paciente mostró una mejora en su bienestar psicofísico percibido después de participar en el programa de terapia a tra-</i></p>
--	--	---

		<p><i>vés de la danza y el movimiento. Este tipo de intervención facilitó la recogida de información tanto a nivel físico como psicológico de la paciente. El proceso empático fue relevante para ello”. (Tomado de: “Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. Prieto F, Almudena, (2004) Pág. 11),</i></p> <p>Conclusiones: El bienestar percibido y expresado por los pacientes a lo largo de las sesiones, permite entender la importancia clínica de la terapia a través de la danza y el movimiento.</p> <p>3. Tai Chi: se centra en ejercicios de respiración (Qi Gong o Chi Kung) con la combinación de movimientos lentos y meditación.</p> <p><i>“(TCC) puede ser una forma útil de ejercicio y meditación en movimiento, capaz de mejorar la función cardiovascular y disminuir la inflamación entre los pacientes en tratamiento y sobrevivientes de cáncer.</i></p> <p><i>Sus beneficios incluyen una mayor conciencia del equilibrio, el aumento de la fuerza / resistencia y la reducción del estrés; además ofrece una forma positiva de enfrentar el dolor, la relajación y una sensación de bienestar.</i></p> <p><i>Los movimientos lentos y controlados requiere total atención y concentración, por lo que los ejercicios que los pacientes sienten</i></p>
--	--	--

		<p><i>que tienen más control sobre su cuerpo y darles una herramienta alternativa para controlar el dolor y no depender solo del medicamento para el dolor”. (Harvard Medical School's Health Publications, May, 2009/ http://www.worldtaichiday.org.)</i></p> <p>Otros de los grandes beneficios del Tai Chi:</p> <p>Sabios chinos enseñaron que tratar a alguien que ya está enfermo es como comienza a cavar un pozo después de sed. Hay una vieja idea de que si no se mueve el cuerpo todos los días, se estanca. El cuerpo es como una bisagra de una puerta: si no se abrió se oxida. Antiguos médicos chinos sólo recibió una comisión, siempre y cuando el paciente se mantuvo en buen estado de salud, por lo que su tarea era enseñar a los pacientes a mantenerse sanos.</p> <p>Los beneficios mentales</p> <p>Mejorar el enfoque</p> <p>La claridad de pensamiento</p> <p>Propicia una mente tranquila y relajada</p> <p>Permite más paciencia y comprensión</p> <p>Beneficios físicos</p> <p>Mejora del sistema inmunológico</p> <p>Facilita una mayor flexibilidad</p>
--	--	--

		<p>Permite mayor conciencia corporal.</p> <p>Mejor equilibrio corporal</p> <p>Aumenta la energía vital</p> <p>(tomado de: www.canceractive.com)</p>
QUÉ	QUIÉN	CÓMO
<p>5. Fase de intervalo libre de la enfermedad.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>La amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores.</p> <p>La intervención del psicooncólogo en esta fase se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares. Para ello es importante establecer empatía y una buena comunicación, abordar las alteraciones emocionales que se estén dando y, de esta forma, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades:</p> <p>Cine-foros. Talleres reflexivos. Talleres de manualidades. Danza terapia. Meditación y visualización. Entre otros.</p>

<p>6. Fase de supervivencia.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>Mediante el apoyo psicológico, se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez, se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana, y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente.</p> <p>Después de esta fase nos encontramos con una que por sus particularidades la convierten en un periodo crítico.</p>
<p>7. Fase de recidiva.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>Se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud.</p> <p>La intervención del psicooncólogo en este periodo consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico, por medio de un equipo interdisciplinario.</p>
<p>8. Fase final de la vida.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>En esta etapa se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas. La negación, rabia, depresión, aislamiento,</p>

		<p>agresividad y miedo a la muerte son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase.</p> <p>La intervención del psicooncólogo se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares.</p> <p>Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento, como la toma de decisiones y el control. De igual forma, es importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan presentarse.</p> <p>En esta fase surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático.</p>
<p>9. Otras funciones.</p>	<p>El Psicólogo</p>	<p>El Psicooncólogo ejerce otras funciones, no solo de prevención y promoción de la salud, sino de terapia familiar, y asistencial a los profesionales de la salud.</p> <p>Algunas de estas funciones son: trabajar a nivel de prevención, educando a la población sobre el cáncer, tipos de cáncer, factores de riesgo, etc., e interviniendo en las unidades de consejo genético.</p> <p>A nivel de promoción de salud, el psicooncólogo debe abordar las necesidades del paciente oncológico, e igualmente tratar a la familia y al personal profesional. A su</p>

		<p>vez influye para mejorar el cuidado integral del paciente y sus familiares, y profundizar en el conocimiento de los procesos psicológicos que afectan su adaptación a la enfermedad.</p> <p>En relación con la asistencia ofrecida a los profesionales de la salud, es esencial brindar un espacio, en el cual sus dudas, temores y emociones puedan ser debidamente abordados y valorados, y de esta forma poder prevenir el síndrome de Burnout.</p> <p>La ejecución y logro de estas funciones tiene como finalidad prevenir posibles complicaciones biopsicosociales, además de ser una forma de brindar apoyo emocional.</p> <p>Llevando a cabo estas tareas podremos fomentar, potenciar y mejorar la calidad de vida de todos.</p>
<p>Inventario Clínico Multiaxial III de Millon:</p> <p>La intención principal de la prueba MCMI III, es proporcionar información a clínicos como psicólogos, psiquiatras, consejeros, trabajadores sociales y médicos que han de tomar decisiones de evaluación y tratamiento acerca de personas con trastornos emocionales e interpersonales. Este instrumento permite evaluar y diagnosticar utilizando como partida DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed) los desordenes relacionados a la personalidad u otros desordenes clínicos. Al ser esta es una prueba orientada al diagnóstico, y a su vez al tratamiento, presenta un panorama integrado de los resultados.</p>		

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcon Prada, A. (2006). *Manual de Psicooncología*. Colombia: Editorial Javegraf.
- Alarcon Prada, A. (2006). *Manejo del estrés en pacientes con cáncer*. Colombia: Editorial Javegraf.
- Alarcón Sequeiros, D (2010). *Psicosociología “Teoría e Intervenciones Actuales”*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Amorós, B. (2011). *Musicoterapia en el paciente oncológico*. España: 1er. *Revista cultura de los cuidados*. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 29.
- Andrews, T. (1999). *Como sanar con los colores*. España: Ediciones Obelisco.
- Anguren, A. (2005). *Homeosynthesis: La medicina de la conciencia*. México: Ediciones Índigo.
- Arbizu, J. (2009). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra*, Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple16a>. HTML
- Bammer K. y Newberry B. "El stress y el cáncer" Ed. Herder, Barcelona, 1985
- Casso, P. (2003). *Gestalt terapia de autenticidad*. España: Editorial Kairos, S.A.
- Ceballos, E. (2004). *Fundamentos de Oncología*. Ecuador: Imprenta M&J.
- Chica, C. (1994). *La enfermedad como oportunidad*. España: El Tinter.
- Chuaqui B., Duarte I., González S., Rosenberg H. *Manual de Patología General*. 1 y 2 edición. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago 1992, 1999. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/ManualPatologiaIndice.html>
- Dra. Martínez, Peñalver, I. (1999). *Cáncer y Medicina Alternativa*. *Revista Cubana de Oncología*;15(2):77-80
- Dr. Chimone, J. (2010). *De la mente a la respuesta inmune: El puente integrativo de la Psiconeuroendocrinoinmunología*. Colombia: Litopapeles Ochoa, Ltda.

- Dr. Hitzig, J. Claves para una vida saludable. <http://drgeorgeyr.blogspot.com/2009/08/claves-para-una-vida-saludable-dr-juan.html>
- Dr. Insignares, E. (2011). *El código de las formas: Teoría del origen de la forma y de los diversos cuerpos de energía*. Colombia: Litopapeles Ochoa Ltda.
- Dr. Yang, J. (2000). *Qigong el secreto de la juventud*. España: Editorial Sirio S.A
- Edelman, S. Lemon, J. Bell, D., Kidman, A. (1999). *Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer*. London: Journal of Psycho-Oncology.
- Dra. Poch, Blasco, S. (2002). *Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad*. ZINK Soluciones Creativas, España
- Friedenwald, H. (1917). *Juramento o la Oración de Maimónides*. Boletín del Hospital Johns Hopkins, 28: 260-261. <http://www.library.dal.ca/kellogg/Bioethics/codes/maimonides.htm>
- Gordon, D (1974). *Health, sickness and society*. United states: University of Queensland.
- Green, J. Shellenberger, R. (1991). *The dynamics of health and wellness. A byopsychosocial Approach*. United States: Holt, Rinehart, Winston, editores.
- Greer, S. Morris, T. Petfingale, K. (1990). *Psychological response to breast cancer and 15 year outcome*. London: Edition Lancet.
- Hamer, R. (1987). *El testamento de una nueva medicina: Los programas biológicos, sensatos, especiales de la naturaleza*. Alemania: Ediciones de la Nueva Medicina Germánica S.L.
- Holland, J. Lewis, S. (2001). *What is the human side of cancer?*. New York: Ed Herder.
- Haro, J. (2008). *Curso de epidemiología sociocultural “Teorías Y Conceptos En Salud Y Enfermedad”*. México: Colegio de sonora.
- Imamura M, Hsing WT. (2000). *Fisiología de la acupuntura en Medicina Tradicional China*. Com Br;1(2):12-23.

- Kaptchuk TJ. (2002). Acupuncture: Theory, efficacy and practice. *Ann Intern Med*;136(5):374-83.
- Kune, G. Kune, S. Watson, L. Bahnson, C. (1991). *Personality as a risk factor in large bowel cancer*. London: Journal of Psychol Med.
- Lawlis, F. (1999). *Medicina transpersonal: Un nuevo enfoque para la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu*. España: Editorial Kairos, S.A.
- Middleton J. (2001). "Yo (no) quiero tener cáncer" Ed. Grijalbo, Stgo. de Chile.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). *A «Type C» for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer*. *Cancer Detection and Prevention*, Abstract No. 102. España: Universidad de Málaga, Departamento de Psicología.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W. y Watson, M. (1981). *Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer*. London: *Journal of Psychosomatic Research*.
- Muse, I. (2008). *Manual De Oncología Para El Primer Nivel De Atención*. Uruguay: Ministerio de salud pública, Uruguay.
- Padilla, J. (2008). *Las vías sanadoras de las manos*. Colombia: Editorial Universidad nacional de Colombia.
- Padilla, J. (2009). *Qi Gong en la sanación del espíritu*. Colombia: Editorial Universidad nacional de Colombia.
- Pgoła, J. (2000). *Hacia una existencia holística*. Vicariato general de San Sebastian. España
- Prieto F., A. (2004). *Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático*. España: *Revista Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 1,
- Ratcliffe, M. Dawson, A. Walker, L. (1995). *Eysenck personality inventory 2-scores in patients with Hodkin's disease and non Hodgkin's lymphoma*. London: *Journal of Psycho-Oncology*; 4: 39
- Rojas, S. (2003). *Esencias florales un camino*. Colombia: Editorial Siu-Tutuava.
- Salamanca, A. (2006). *La investigación cualitativa en las ciencias de la salud*. España: *Revista Nure Investigación*, nº 24.

- Spiegel, D. Bloom, J. Kraemer, H. Gottheil, E. (1989). *Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. London: Edition Lancet.
- Sutherland, A Orbach, C. Dyk, R. Bard, M. (1952). *The psychosocial impact of cancer and cancer surgery I: Adaptation to the dry colostomy: preliminary report and summary of findings*. United States: Economic Culture Fund.
- Sklar, L. Anisman H. (1981). *Stress and cancer*. United States: Psychol Bull
- Taylor, K. (2003). *Respiración método básico*. México: Grupo editorial Tomo, S.A.
- Tian JH, Han JS. (2000). *Functional studies using antibodies against orphanin. Peptides*. Neuroscience Research Institute, Beijing Medical University, Beijing, China.21(7):1047-50.
- Torrico, E. (2002). *Psicooncología “El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología”*. España: Anales de Psicología, Vol 18, Núm 1.
- Wan Y. (2001). *The effect of genotype on sensitivity to electroacupuncture analgesia Pain*. Neuroscience Research Institute, Peking University Health Science Center, Beijing 100083, People's Republic of China. 91(1-2):5-13.
- Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. España: *Revista Psicooncología*. Vol. 3, Núm. 1.

ANEXOS

ANEXO N 1: Encuesta de Satisfacción

Encuesta de Satisfacción (Unidad de Psicooncología de la Clínica Vida)					
1.- Participe en nuestra encuesta					
Gracias por dedicar unos minutos para realizar esta encuesta, la información que nos proporcione será muy útil para [La Clínica Vida y ustedes nuestros usuarios].					
Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán utilizadas para ningún propósito distinto a la investigación llevada a cabo por [La Clínica Vida].					
. En la Clínica Vida ¿es esta su primera vez como paciente ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Conoce usted del servicio de Psicología, prestado por la Clínica Vida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Le gustaría que el Psicólogo le orientara a usted y su familia antes y después del diagnóstico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
¿En algún momento del tratamiento (inicio, intermedio o final), se ha sentido desorientado(a) emocional y anímicamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
¿Durante su vida ha tenido episodios cortos o largos donde usted sea diagnosticado con: Depresión <input type="checkbox"/> / Maníaco <input type="checkbox"/> / Bipolar <input type="checkbox"/> / Hiperactividad <input type="checkbox"/> / Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
¿En el trascurso de su tratamiento en la Clínica Vida, le gustaría tener soporte Psicológico para usted y su familia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
¿Considera que sería importante para mejorar su calidad de vida y su recuperación, charlas de: Apoyo al cuidador <input type="checkbox"/> / Relajación y visualización <input type="checkbox"/> / Manejo del estrés <input type="checkbox"/> / Cine foros <input type="checkbox"/> Talleres informativos <input type="checkbox"/> / Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
¿Usted considera que cualquier tipo de enfermedad es mas recomendable manejarla: Solo <input type="checkbox"/> / Acompañado de la familia <input type="checkbox"/> / Trabajo en equipo familia, medico y psicólogo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Por favor especifique)					
2.- Satisfacción atributos					
Por favor, valore los siguientes atributos que conciernen al área de Psicología:					
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No aplicable
La calidad y objetividad del servicio de Psicología es bueno					
Las instalaciones son adecuadas para este servicio					
La intervención Psicológica es oportuna					

El acompañamiento Psicológico ha cumplido con su objetivo					
Me explicaron claramente cual es el tratamiento a seguir					

¿Cuál es su nivel de satisfacción con la Clínica Vida y el acompañamiento Psicológico que recibió?

Muy satisfecho / Satisfecho / Neutral / Insatisfecho / Muy insatisfecho /

Otro (Por favor especifique)

ANEXO N 2: Consentimiento Informado

N° Ficha Usuario	
-------------------------	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Por favor, marque con una **X** el cuadrado*

1. Entiendo y estoy informado/a de que mi proceso terapéutico o parte de este, puede ser ocupado con fines estrictamente instructivos o investigativos en el campo clínico

2. Entiendo que el uso de esta información se hará con discreción, procurará resguardar mi integridad personal y no revelará datos de identidad en forma innecesaria

3. Confirmando que esta autorización la otorgo de forma voluntaria y que el hecho de extenderla no me genera obligaciones con la parte interesada

Nombre del Paciente

Firma

Terapeuta / Investigador

Firma

Medellín, _____ de _____ de 201__

ANEXO 3: Fichas bibliográficas

LIBRO	
AUTOR:	_____
	APELLIDO (s), Nombre (s)
TITULO Y SUBTITULO:	_____
EDICION:	_____
	(a partir de la 2ª.)
LUGAR DE EDICION:	_____
EDITORIAL:	_____
AÑO DE EDICION:	_____
NUM. DE PAGINAS:	_____
SERIE O COLECCIÓN Y NUMERO:	_____
LOCALIZACION DE LA OBRA:	_____

EJEMPLO:

MARTINELLI, María Teresa. *Manual para descripción bibliográfica*. 2ª ed. San José, Costa Rica: OEA, Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, 1979, 188 p. (Documentación e Información Agrícola; 36).

CAPITULO DE LIBRO	
AUTOR:	_____
	APELLIDO (s), Nombre (s)
TITULO DEL CAPITULO:	_____
TITULO DEL LIBRO QUE CONTIENE EL CAPITULO:	_____
EDICION:	_____
	(a partir de la 2ª.)
LUGAR DE EDICION:	_____
EDITORIAL:	_____
AÑO DE EDICION:	_____
PAGINAS QUE CONTIENEN EL CAPITULO:	pp. _____
SERIE O COLECCIÓN Y NUMERO:	_____
LOCALIZACION DE LA OBRA	_____

EJEMPLO:

MARTINELLI, María Teresa. "Normalización bibliográfica". En *Manual para descripción bibliográfica*. 2ª ed. San José, Costa Rica: OEA, Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, 1979. pp. 35-50. (Documentación e Información Agrícola; 36).

ARTICULO DE REVISTA

AUTOR: _____
APELLIDO (s), Nombre (s)
TITULO DEL ARTICULO: _____

TITULO DE LA REVISTA QUE CONTIENE EL ARTICULO: _____
PAIS: _____
DESCRIPCION FISICA: _____
Vol. _____ No. de revista, Fascículo o época.
PAGINAS QUE CONTIENEN EL ARTICULO: pp. _____
MESES: _____
AÑO: _____
LOCALIZACIÓN DE LA OBRA _____

EJEMPLO:

PIÑA OSORIO, Juan M y PONTON RAMOS, Claudia. "La eficiencia terminal y su relación con la vida académica". En Revista Mexicana de Investigación Educativa. México 2 (3): ene./jun. 1997

TRABAJOS PUBLICADOS EN MEMORIAS.

AUTOR: _____
APELLIDO (s), Nombre (s)
TITULO DEL TRABAJO PUBLICADO EN MEMORIAS: _____

TITULO DE LA MEMORIA QUE CONTIENE EL TRABAJO PUBLICADO: _____
LUGAR DE EDICION: _____
EDITORIAL: _____
AÑO DE EDICION: _____
PAGINAS QUE CONTIENEN EL CAPITULO: pp. _____
SERIE O COLECCIÓN Y NUMERO: _____
LOCALIZACION DE LA OBRA _____

EJEMPLO:

HOLGUIN ANGUIANO, Arturo y RAMOS SALAS, Juan Enrique. "Estudio del impacto del programa de Rincones de Lectura en niños y niñas de escuelas primarias en Sonora". En *IV Congreso Nacional de Investigación Educativa* (1, 1997; Mérida, Yuc.). Memorias. México: UADY, 1997. pp. 10-13.

ANEXO 4: Marco legal

RESOLUCIÓN 13437 DE 1991

Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

EL MINISTRO DE SALUD En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del Decreto Ley No. 1471 de 1991, y CONSIDERANDO:

Que corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud, como ente rector, desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación.

Que corresponde al Estado intervenir y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria para el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Que el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

Que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce el derecho de toda persona del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

Que la Asamblea Médica Mundial ha recomendado a los profesionales de la Salud dedicados a la investigación, seguir algunas normas que, a manera de guía deben observarse cuando se trate de hacer estudios en humanos.

Que realizado el Primer Simposio Nacional sobre los Derechos del Paciente, convocado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y por la Consejería Presidencial para la Defensa, Promoción y Protección de los Derechos Humanos, se hizo relevante la necesidad de proteger y enaltecer estos Derechos, y recomendó la adopción de los Derechos de Paciente como el debería ser que el pueblo colombiano debe esforzarse en cumplir, de tal o cual manera que, tanto los ciudadanos como las instituciones prestadoras de servicios de salud, inspirándose en ellas, la promuevan mediante la educación a la comunidad y velen porque la respeten.

RESUELVE:

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ARTICULO 2o. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera:

1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institucional.
2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.

PARAGRAFO. En las entidades de salud que dentro de su área de influencia, presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

ARTICULO 3o. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.
2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.

3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.

4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.

ARTICULO 4o. Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

PARAGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

ARTICULO 5o. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Dada en Santa de Bogotá, D.C. a los 1o. de noviembre de 1991.

CAMILO GONZALEZ POSSO

Ministro de Salud

SARA INES GAVIRIA

Secretaria General.

(Tomado de: Proyecto Piloto De Educación Para La Sexualidad Y Construcción De Ciudadanía: Hacia La Formación De Una Política Pública. (2006). Ministerio de Educación Nacional. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Pg. 76-78)).

LEY 1384 DEL 2010(Abril 19)

Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Artículo y parágrafo del 1 al 24.

Artículo 1º. Objeto de la ley. Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Artículo 2º. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

Artículo 3º. Campo de aplicación. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional.

Artículo 4º. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:

a) **Control integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;

b) **Cuidado paliativo.** Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas.

c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Artículo 5º. *Control integral del cáncer.* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1º. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 6°. *Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS.

Artículo 7°. *Prestación de servicios oncológicos.* La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en la presente ley, basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo, que garantizan atención integral, oportuna y pertinente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, elaborará y adoptará en un plazo de seis meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente, las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes oncológicos de obligatoria aplicación.

Artículo 8°. *Criterios de funcionamiento de las unidades funcionales.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con

Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:

1. **Recurso Humano:** Hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional.

2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución.

3. **Infraestructura:** Deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades.

4. **Interdependencia de servicios:** Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.

5. **Radioterapia:** La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

6. **Hospitalización:** La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

7. **Rehabilitación:** La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

8. **Unidad de Cuidado Paliativo:** La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer, habilitadas, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 9º. *Criterios de atención en lugares aislados del país.* Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, que se encuentren en lugares aislados del país, deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada, deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

Para la atención primaria en cáncer se deberán cumplir con los siguientes criterios:

1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas.
2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos.
3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos.
4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, determinará y planificará las condiciones y parámetros en que se brindará la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia. Este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados.

Artículo 10. *Cuidado paliativo.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo y que cumpla con los criterios antes descritos.

Parágrafo 1º. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, o quien haga sus veces, la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

Parágrafo 2º. El Ministerio de la Protección Social, a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 11. *Rehabilitación integral.* Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de

los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis.

Parágrafo 1º. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio que cuando se trate de servicios fuera de los planes de beneficios hagan los recobros a que haya lugar.

Artículo 12. *Red Nacional de Cáncer.* El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo. La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer.

Artículo 13. *Red de Prestación de Servicios Oncológicos.* Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Artículo 14. *Servicio de Apoyo Social.* Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

Parágrafo 1º. En un plazo máximo de un (1) año, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad no afecten de manera significativa su rendimiento académico, así como lo necesario para que el colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.

Artículo 15. *Sistemas de información.* Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral del Sistema de Vigilancia

en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1º. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros:

- a) Los Laboratorios de Histopatología;
- b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos;
- c) Los Centros de Radiodiagnóstico;
- d) Las Entidades de Prestación de Servicios creadas por las autoridades indígenas en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;
- e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Medicina Legal.

Parágrafo 2º. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de morbilidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto, el Instituto Nacional de Salud suministrará la información.

Parágrafo 3º. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de cáncer adulto será de uso público y estarán disponibles en la página web de la Institución y actualizados semestralmente.

Parágrafo 4º. El Ministerio de la Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacional de Cáncer Adulto.

Artículo 16. *Observatorio Epidemiológico del Cáncer.* Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.

El Observatorio Epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.

Los informes del Observatorio serán considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

Parágrafo 1º. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.

Artículo 17. *Investigación en cáncer en Colombia.* Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología, con participación de la Academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la

Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología.

Artículo 18. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer.

Parágrafo. La autoridad sanitaria competente garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos para que se aprueben para el tratamiento del cáncer y exigirá estudios clínicos o pruebas de equivalencia terapéutica, según corresponda.

Artículo 19. *Formación de recurso humano en Oncología.* Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.

Artículo 20. *Inspección, vigilancia y control.* Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y concurrirá como garante la Defensoría del Pueblo, de conjunto serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien esta delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega. Además, estos procesos se adelantarán con el fin de obtener una decisión final, la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2º. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis (6) meses, reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 21. *Sanciones.* El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.

Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones

aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Alto Costo.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud creará un registro en el que figure la entidad a la que se le imparte la multa, el motivo, la fecha y el tipo de multa impartida. Adicionalmente, deberá constar el número de veces que cada entidad ha sido multada y en el caso de que la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces delegue en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales la función sancionatoria, estas deberán reportar a la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, las sanciones impartidas, lo que permitirá una información veraz y persistente en el tiempo.

Artículo 22. Financiación. A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.

Artículo 23. Día de Lucha contra el Cáncer. Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.

El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional Contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 24. Vigencia. Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el **Diario Oficial** y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación.

Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.685 de 19 de abril de 2010. Extraído el 20 de septiembre de 2011 desde www.orfeo.superservicios.gov.co/ark-legal/SSPD/details.jsessionid=052DD9847B2FB6628398EEE52199F7E9?docId=3ed

LEY 1388 DE 2010

(Mayo 26 de 2010)

Diario Oficial No. 47.721 26 de mayo de 2010

Por el derecho a la vida de los niños con cáncer

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

OBJETO, DEFINICIONES, BENEFICIARIOS MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN Y ASEGURADORES

ARTÍCULO 1º. Objeto de la ley. Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad

social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.

PARÁGRAFO: El Ministerio de la Protección Social con la Asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Asociación colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP) diseñará, actualizará, Y/o mejorará, según el anexo técnico de la presente Ley, los requisitos esenciales de los Centros de Atención, los protocolos y las guías, para las causas más frecuentes de cáncer infantil en Colombia, dentro de un plazo máximo de 12 meses.

ARTÍCULO 2º. *Beneficiarios.* Son beneficiarios de la presente Ley:

1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente y el anexo técnico.

2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desordenes Histiocitarios.

3. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el numeral 2 del presente artículo y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.

PARÁGRAFO: Cuando el médico tratante, independientemente de su especialidad, presuma la existencia de cáncer o de las patologías mencionadas en el numeral 2 del presente artículo, deberá remitir al paciente, a la unidad de cáncer correspondiente a la zona, sin perjuicio de ordenar todos los exámenes de apoyo diagnóstico y procedimientos especializados que se consideren indispensables hasta que el diagnóstico sea descartado.

ARTÍCULO 3º. *Garantía de la Atención.* El Ministerio de la Protección Social, en un término de 6 meses, reglamentará la creación y puesta en marcha de una base de datos para la agilidad de la atención del menor con Cáncer.

De manera que el médico que tenga la presunción diagnóstica de Cáncer en un menor, beneficiario de la presente Ley, lo incluirá en esta base de datos, que podrá ser consultada en tiempo real y que le permitirá a la EPS, ARS o Entidad Territorial a cargo, según los regímenes de la seguridad social en salud vigentes en el país, encontrar al paciente en el sistema.

En esta base de datos se especificará que cada beneficiario de la presente ley, contará, a partir de ese momento y hasta que el diagnóstico no se descarte, con la autorización de todos los procedimientos, de manera integral e inmediata.

PARÁGRAFO: Estos procedimientos serán entendidos como todos los elementos y servicios que se requieran para la atención de los beneficiarios de la presente Ley como consultas, exámenes de apoyo diagnóstico, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y el seguimiento al paciente.

Todos los procedimientos tendrán un manejo equivalente a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, por parte del asegurador o ente territorial.

Si el paciente pertenece al grupo de los denominados vinculados al sistema de seguridad social en salud, será afiliado de manera inmediata, a una Empresa Promotora de Salud de este régimen. Si ello no fuere posible, por cualquier causa, seguirá recibiendo esta atención integral, a cargo de la entidad territorial.

ARTÍCULO 4º. Modelo Integral de Atención. A partir de la confirmación del diagnóstico de Cáncer y hasta tanto el tratamiento concluya, los aseguradores autorizarán todos los servicios que requiera el menor, de manera inmediata. Estos servicios se prestarán en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil, de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes en las distintas especialidades, respetando los tiempos, para confirmación de diagnóstico e inicio del tratamiento que establezcan las guías de atención, independientemente de que los mismos, tengan una relación directa con la enfermedad principal o que correspondan a otros niveles de complejidad en los modelos de atención de los aseguradores.

En caso de que la Unidad no cuente con este servicio o no cuente con la capacidad disponible, se remitirá al centro que ésta seleccione, sin que sea una limitante, el pago de COPAGOS o Cuotas Moderadoras, ni los períodos de carencia, independientemente del número de semanas cotizadas.

Cuando el menor deba ser trasladado a otra Unidad de Cáncer Infantil, ello se hará de manera coordinada entre la entidad remitora y receptora, o el ente territorial y la EPS, debiendo la primera suministrar toda la información necesaria para que el tratamiento del menor se continúe sin ningún tropiezo.

PARÁGRAFO 1: Será la Unidad de Cáncer Infantil quién suministre los medicamentos de óptima calidad, y quién los facture a la EPS correspondiente, de acuerdo con los requisitos por ésta establecidos. Así mismo, se garantizará la aplicación de los tratamientos preventivos que como Vacunación Anual contra Influenza, deben recibir los familiares y convivientes del menor, los cuales se suministrarán en la Unidad de Cáncer Infantil, de acuerdo con la guía de atención y protocolos; esto con el propósito de evitar que la falta de estas medidas preventivas, ponga en peligro la efectividad del tratamiento del menor.

PARÁGRAFO 2: La aseguradora o la entidad territorial, según las normas vigentes y aquellas que defina la Comisión Reguladora de Salud, podrá repetir contra el FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, FOSYGA, el valor de los servicios que no se encuentren incluidos en su respectivo Plan de Beneficios y que hayan sido suministrados al menor enfermo de Cáncer. En todo caso, los beneficiarios de la presente ley, no están sujetos a los períodos de carencia ni a los COPAGOS o cuotas Moderadoras. El Ministerio de la Protección Social reglamentará en un plazo de 6 meses, el procedimiento para efectuar este recobro de manera ágil.

PARÁGRAFO 3: Cualquier atención o servicio formulado al menor con cáncer, estará soportado en los protocolos y guías de atención a que hace referencia el artículo primero de la presente Ley y en el anexo técnico y mientras éstos se elaboran, en el criterio del especialista responsable de su tratamiento.

PARÁGRAFO 4: La aseguradora o la entidad territorial que no cumpla con lo dispuesto en este artículo, retarde, obstaculice o dificulte el acceso inmediato del menor a los servicios que requiere, será sancionado con una multa hasta de 200 SMMLV. La Superintendencia de Salud y las Secretarías Departamentales,

Distritales y Municipales de Salud, en ejercicio de sus competencias serán las entidades encargadas de la Inspección, Vigilancia y Control.

CAPITULO II

DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Artículo 5°. *Las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI).* A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las unidades de Atención de Cáncer Infantil en Colombia, estarán ubicadas en los hospitales o clínicas de nivel III y IV de complejidad pediátricos o con servicio de pediatría de nivel III o IV y cumplir los requisitos que establece la Resolución 1043 del Ministerio de la Protección Social, el Anexo Técnico, u otra reglamentación que se expida encaminada a optimizar la prestación de los servicios a los menores que padecen Cáncer.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de la Protección Social se encargará de sectorizar la atención teniendo en cuenta las necesidades de la demanda para que su ubicación geográfica sea racional.

PARÁGRAFO 2°. El Ministerio de la Protección Social en un plazo máximo de 6 meses reglamentará los requisitos esenciales de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, así como el número de Unidades por ente territorial, de conformidad con la demanda, contando con la asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad de Onco-Hematología Pediátrica, y tales requisitos serán exigidos a todas las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que oferten cualquier servicio de atención a menores con cáncer a los que se refiere la presente Ley.

Artículo 6°. *De los Plazos para cumplir las condiciones básicas de la Unidad de Atención de Cáncer Infantil.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que cumplan con lo estipulado en este artículo, en cuanto a nivel de complejidad, que en la actualidad se encuentren prestando los servicios para tratar menores con cáncer, tendrán un plazo máximo de dos años para habilitar los requisitos establecidos en el anexo técnico, teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

- a) Inmediato: Área delimitada específica y exclusiva para la Unidad de Cáncer Infantil, con personal exclusivo. Los menores no estarán dispersos por todo el Hospital tanto en salas de internación como para quimioterapia ambulatoria;
- b) Central de preparación de cistostáticos, en un término de 12 meses;
- c) A 24 meses la construcción y adecuación arquitectónica de la unidad.

PARÁGRAFO: En un plazo máximo de 6 meses el Ministerio de la Protección Social revisará la factibilidad económica de que las tarifas vigentes cubran la inversión de infraestructura y dotación de la Unidad de Cáncer Infantil, en un término máximo de 10 años y propondrá de ser el caso, los ajustes necesarios al ente regulador competente.

Artículo 7°. *De la Oferta de Servicios:* A partir de la vigencia de la presente ley, las Aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado en salud, tendrán entre su red de prestadores, las Unidades de Cáncer Infantil de las zonas o regiones en donde tengan beneficiarios, de conformidad con la disponibilidad y de acuerdo con los parámetros de población que establece el anexo técnico y que defina el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 8°. Diagnóstico Oportuno y Referencia Temprana por parte de Médicos Generales u otros Especialistas: El médico general o especialista (patólogos externos a la unidad de cáncer, entre otros), deberán disponer de las guías que permitan, sin ninguna dilación, remitir al menor con una impresión diagnóstica de Cáncer, o las enfermedades mencionadas en el parágrafo 20 del artículo 20 de la presente Ley, a una Unidad de Cáncer Infantil, habilitada o en proceso de habilitación, del III o IV nivel de complejidad, para que se le practiquen, oportunamente, todas las pruebas necesarias orientadas a confirmar o rechazar el diagnóstico.

PARÁGRAFO: En un término de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente Ley, el Ministerio de la Protección Social elaborará las guías a que se refiere el artículo anterior y promoverá las acciones de capacitación, que sean necesarias, para que el médico general y otros especialistas, puedan dar un manejo adecuado y oportuno a los niños que sufran o se sospeche que puedan sufrir, de cualquiera de las enfermedades que contempla la presente Ley.

Artículo 9°. Oportunidad y efectividad de las muestras histopatológicas de menores con Cáncer: A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley y sin perjuicio de los requisitos que se presentan en el anexo técnico y las guías de atención, los patólogos externos a la Unidad de Cáncer, deberán procesar la biopsia correspondiente, en un tiempo máximo de 7 días o menos, de acuerdo a la Guía de Atención la sospecha de Cáncer, deberán reportarlo a la Unidad de Cáncer para la ubicación del paciente y el registro en el sistema, incluyendo además del informe escrito, los datos para la ubicación del paciente y las preparaciones histológicas o el bloque de parafina del tumor original.

PARÁGRAFO: El incumplimiento de lo dispuesto en este artículo se sancionará en los términos establecidos en el parágrafo 4 del artículo 4° de la presente Ley.

Artículo 10°. Comité de Tumores. Puesto que el manejo de un niño con cáncer impone la necesidad de un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades de Atención de Cáncer Infantil, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad, dentro de la IPS. El Comité tendrá las funciones que se incluyen en el Anexo Técnico.

Artículo 11°. Red de Unidades de Atención de Cáncer Infantil. A partir de la vigencia de la presente Ley, las Unidades de Atención CA infantil habilitadas o en proceso de habilitación en el país, serán organizadas en una red virtual, que además de facilitar el apoyo recíproco contribuya a la gestión del conocimiento, difusión de buenas prácticas, realización de estudios e investigaciones científicas sobre las patologías de que trata esta ley, y sobre otras que, según la práctica y desarrollo de la medicina, lleguen a pertenecer a este grupo.

PARÁGRAFO: El Ministerio de la Protección Social, en un término de 6 meses, a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, reglamentará los criterios para la conformación de la Red de Unidades de Atención de Cáncer en el país.

CAPITULO

III

DE LA INFORMACIÓN, REGISTRO E INVESTIGACIÓN

Artículo 12°. Registro Nacional de Cáncer Infantil: Para el desarrollo de la garantía establecida en el artículo 3° de la presente ley, se crea el Registro Nacional de Cáncer Infantil, con el propósito de llevar en tiempo real, el registro sobre el diagnóstico, seguimiento y evolución del tratamiento del paciente, con la información que permita una atención de calidad y la realización de estudios científicos. La información mínima indispensable que deberá capturar este sistema, aparece en el anexo técnico. Dicho registro hará parte del SIVIGILA y será de notificación obligatoria en tiempo real por parte de los actores de la seguridad social en salud, sin perjuicio de optimizar los datos, según el nuevo sistema de información que prevé la *Ley 1122 de 2007*.

PARÁGRAFO 1: En un plazo no superior a un año, el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, con la asesora de la Asociación colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP), y los Consejos Asesores en el tema, efectuarán las adaptaciones necesarias al actual SIVIGILA, para la captura, procesamiento, archivo y consulta de la información de los niños con cáncer.

Este registro será diligenciado en tiempo real y será un requisito básico para la legalización de la factura por parte de la IPS de los servicios prestados, sin perjuicio de los requisitos establecidos en las normas. Se desarrollará un Software único de obligatoria adopción para las Unidades y será de obligatoria adopción por parte de los prestadores de estos servicios.

PARÁGRAFO 2: El Ministerio de la Protección Social, en un término de 6 meses, reglamentará la creación y puesta en marcha de la base de datos para la agilidad de la atención del menor con Cáncer de que trata el artículo 3 de la presente ley.

PARÁGRAFO 3: Créase el número único nacional para los beneficiarios de la presente Ley. Este Número Único Nacional servirá como mecanismo para registrar de manera confiable, las muertes, abandonos y demás información que facilite el seguimiento de los pacientes y la realización de estudios e investigaciones, según metodología que en un plazo máximo de un año implemente el Ministerio de la Protección Social, como parte del Registro Nacional de Cáncer Infantil.

CAPITULO IV

DEL APOYO INTEGRAL AL MENOR CON CÁNCER

Artículo 13°. Servicio de Apoyo Social: A partir de la vigencia de la presente Ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del menor.

PARÁGRAFO 1: En un plazo máximo de seis meses, el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que éstos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quién será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico.

El tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos, teniendo como base los recursos que no se ejecutan del FOSYGA o los rendimientos financieros del mismo.

PARÁGRAFO 2: En un plazo máximo de seis (6) meses, el Ministerio de Educación, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que oferten cualquier servicio de atención a los beneficiarios de la presente Ley, para que las ausencias en el colegio por motivo del tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico. El Ministerio de Educación también velará por que los colegios públicos y privados desarrollen y cumplan un plan de apoyo emocional a los beneficiarios de esta Ley y a sus familias.

Artículo 14°. Consejo Nacional Asesor del Cáncer Infantil. Créase el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, como ente encargado de efectuar el seguimiento y monitoreo de la implementación de la presente ley, así como de las políticas y planes nacionales que de la misma se deriven, y propondrá, de ser necesario, los ajustes que hagan falta.

El Consejo Nacional Asesor estará integrado por El Ministro de la Protección Social o su delegado, el Director del Instituto Nacional de Cancerología, el presidente de la Asociación colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica, Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, representante de las EPS, representante de las IPS, un representante de las Organizaciones sin Ánimo de Lucro o Fundaciones dedicadas al apoyo de los niños que padecen Cáncer y un representante de los padres de familia.

PARÁGRAFO: El Consejo Asesor, tendrá entre otras, las siguientes funciones:

- a) Efectuará el monitoreo y seguimiento a la implementación de la presente Ley;
- b) Asesorará al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de la reglamentación que se deriva de la presente Ley;
- c) Propondrá políticas, planes y estrategias orientadas a mejorar la atención integral del menor con cáncer y a disminuir los índices de mortalidad de esta población;
- d) Propondrá los ajustes necesarios a la reglamentación vigente, incluyendo la presente ley;
- e) Velará por la eficacia del sistema nacional de información;
- f) Establecerá metas de mejora continua en el manejo de los menores colombianos que padecen de Cáncer y que son beneficiarios de la Ley;
- g) Propondrá mecanismos y ajustes para mejorar el modelo de atención integral al menor enfermo de cáncer;
- h) Establecerá prioridades para la realización de estudios e investigaciones científicas relacionadas con el CA infantil;
- i) Analizará la evolución de los indicadores de CA Infantil, proponiendo metas al respecto;
- j) Apoyará la gestión de todo tipo de recursos en apoyo a la atención del menor con Cáncer.
- k) Asesorará a necesidad, al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión Reguladora de Salud y a otras entidades que así lo requieran, en cuanto a tarifas, costos, procedimientos y demás temas que permitan mejorar la atención integral a los niños, niñas y jóvenes, beneficiarios de la presente Ley.
- l) Presentará un informe anual al Congreso de la República, en el que detallará su labor y actividades.

m) Generará su reglamento interno.

PARÁGRAFO 2°. En el término de los 6 meses posteriores a la publicación de la presente Ley, el Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo concerniente al Consejo Nacional Asesores en CA Infantil, la elección de sus miembros, la periodicidad de sus reuniones y demás aspectos que garanticen su óptimo funcionamiento.

ARTÍCULO 15°. *Consejos Departamentales Asesores.* En cada departamento de Colombia, se organizarán los Consejos Departamentales asesores en CA infantil, como órganos de apoyo a la implantación, seguimiento y mejora continua de la presente Ley, integrados por: El Secretario Departamental de Salud, Secretario de Educación, Director de la Unidad de CA Infantil habilitada o en proceso de habilitación en el Departamento, Presidente del Consejo de Política Social, Director del ICBF, representante de una organización sin ánimo de lucro, representante de las EPS de la jurisdicción, representante de los padres de familia y un representante de la comunidad.

Los Consejos Departamentales asumirán las funciones descritas en los literales anteriores, en el ámbito y competencias del territorio.

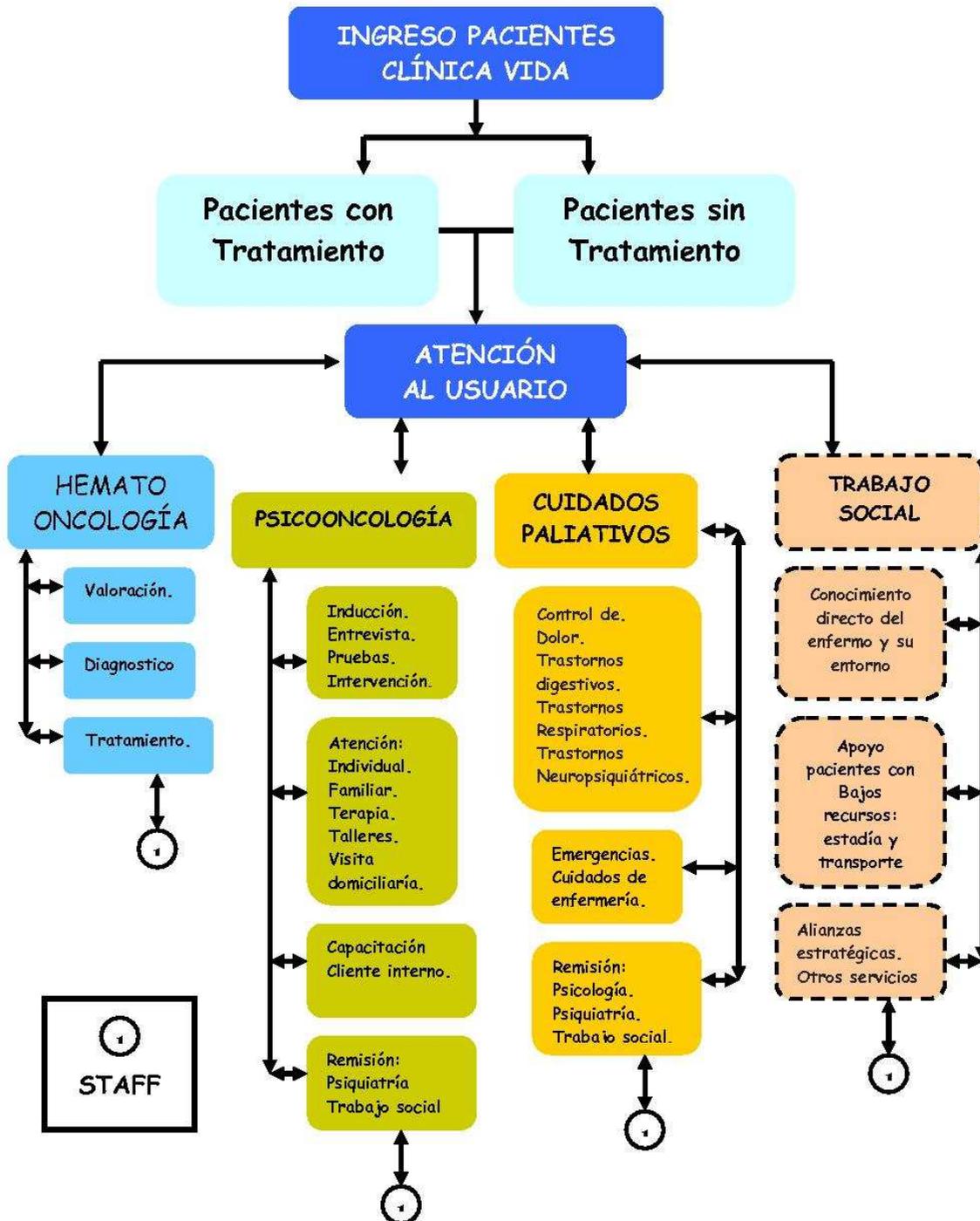
PARÁGRAFO 1°: En el término de los 6 meses posteriores a la publicación de la presente Ley, el Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo concerniente a los Consejos Nacional y Departamentales Asesores en CA Infantil, la elección de sus miembros, la periodicidad de sus reuniones y demás aspectos que garanticen su óptimo funcionamiento.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 16°. *Vigencia.* Esta Ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Por el derecho a la vida de los niños con cáncer. Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.721 26 de mayo de 2010. Extraído el 20 de septiembre de 2011 desde www.orfeo.superservicios.gov.co/ark-legal/SSPD/details?docId=e799dedd-b323-4ea3-b396-834ed5a98875&channel=%2fLeyes%2fLeyes%2f2010&subEspacio=

ANEXO N 5: Ingreso Pacientes Clínica Vida



ANEXO N 6: Unidad De Soporte Asistencial U.D.S.A

