



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consejo genético oncológico: las aplicaciones de la Psicooncología



CrossMark

Leivy Patricia González-Ramírez^{a,b,*}, José María De la Roca-Chiapas^c,
Adrián Daneri-Navarro^d, Cecilia Colunga-Rodríguez^e, Ana M. Contreras^f,
Reyna Martínez-Arriaga^b, Azucena del Toro-Valero^g y Antonio Ocegüera-Villanueva^g

^a Doctorado Interinstitucional en Psicología, Campus León, Universidad de Guanajuato, León, México

^b División de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Tonalá, México

^c Departamento de Psicología, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato, León, México

^d Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

^e Hospital de Pediatría, CMNO, Instituto Mexicano del Seguro Social y Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

^f Departamento de Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Departamento de Investigación, OPD Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México

^g Instituto Jalisciense de Cancerología, Guadalajara, México

Recibido el 30 de marzo de 2016; aceptado el 1 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 6 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Psicooncología;
Consejo genético;
Cáncer

Resumen Este trabajo ofrece una perspectiva histórica de la Psicooncología, con énfasis en el papel del psicooncólogo en consejo genético oncológico y en los eventos que marcaron la integración del grupo multidisciplinario de este servicio en el occidente de México. Así mismo, se describen las actividades que se realizan en Psicooncología, incluyendo el manejo del estado emocional, el fomento del apoyo social y la comunicación, además de la toma de decisiones y promoción de la salud. Se resalta la importancia de evaluar las variables psicosociales que pueden estar involucradas en pacientes mexicanos para generar intervenciones eficaces orientadas a mejorar su calidad de vida.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Psycho-oncology;
Genetic counselling;
Cancer

Cancer genetic counselling: Psycho-oncology applications

Abstract This paper provides a historical perspective of psycho-oncology, with emphasis on the role of the psycho-oncologist in cancer genetic counselling and events that influenced the formation of this multidisciplinary team in western Mexico. The activities that are performed in

* Autor para correspondencia. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, CP 44350, Dirección: Sierra Mojada 950 CP. 44340, Guadalajara, Jalisco, México. Tel.: +52 (33) 10585200 Ext. 34089; Celular: +3311053165.

Correo electrónico: leivypagora@yahoo.com.mx (L.P. González-Ramírez).

psycho-oncology are also described, including management of emotional state, the promotion of social support, as well as communication and decision making, and health promotion. The importance of assessing the psychosocial variables that may be involved in Mexican patients to generate effective interventions to improve their quality of life is highlighted.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El cáncer debe ser tratado desde un enfoque multidisciplinario, considerando los tratamientos psicológicos¹. Por ello, la Psicooncología ha tenido un amplio desarrollo y aceptación en el tratamiento de pacientes con cáncer o en quienes tienen riesgo de desarrollar la enfermedad^{2,3}.

En el presente trabajo, se persiguen 2 objetivos: a) definir y dar una perspectiva histórica de la Psicooncología, con énfasis en los eventos que permitieron la integración de un grupo multidisciplinario en el Servicio de Consejo Genético Oncológico (CGO) en el occidente de México y b) describir las principales áreas de trabajo del psicooncólogo en el CGO.

Perspectiva histórica de la Psicooncología

La Psicooncología se centra en el cuidado emocional del paciente con cáncer, su familia y el equipo oncológico: incluye actividades como la prevención y promoción de la salud, el consejo genético, la atención clínica de trastornos psicológicos asociados con el cáncer, así como la comunicación de malas noticias⁴.

Los eventos importantes que influyeron en el desarrollo de la Psicooncología en el occidente de México se describen en la [tabla 1](#), en donde se considera la formación reciente de un grupo multidisciplinario para brindar CGO en instituciones públicas de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Consejo genético oncológico

El CGO es un proceso de comunicación que ayuda a comprender e interpretar el riesgo que la persona tiene de desarrollar cáncer y de transmitirlo genéticamente a su descendencia; informa sobre las medidas profilácticas y apoya en la toma de decisiones^{2,7}.

El CGO se brinda a pacientes y familiares con sospecha de cáncer de tipo hereditario, que corresponde a un 5-10% de los casos de cáncer; la importancia de su detección radica en la atención oportuna que puede brindarse al paciente y a sus familiares cercanos, proponiendo medidas de detección oportuna y manejo profiláctico^{2,7}.

El servicio de CGO en el occidente de México se integra por un grupo multidisciplinario, que ha recibido adiestramiento en el área en diversas instancias nacionales e internacionales. Lo integran genetistas, oncólogos, cirujanos, nutriólogos y psicooncólogos ([tabla 2](#)). La evaluación sobre la predisposición de cáncer hereditario en presencia

Tabla 1 Perspectiva histórica de la Psicooncología

1950-1959
El Hospital General de Boston realizó los primeros estudios de adaptación psicológica al cáncer ⁴
Se crea la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York ^{4,5}
1960-1969
Sin eventos relevantes
1970-1979
Holland es la primera en definir aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer ^{4,5}
1980-1989
Se formó la Sociedad Internacional de Psico-Oncología.
Se creó la Sociedad Americana de Oncología Psicosocial y Conductual y Sida
En México, el Instituto Nacional de Cancerología inició la primera subespecialidad en Psicooncología; se firmaron los convenios para el entrenamiento profesional en el área ⁶
En 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psicooncología
1990-1999
En México, se registra la segunda reunión de Psicooncología, con trabajos de investigación en el área (1996)
La Universidad de Guadalajara desarrolló un posgrado de Psicología de la Salud que incluyó la Psicooncología
El Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios en Zapopan (Jalisco, México) creó un entrenamiento de un año para el manejo de pacientes con enfermedades médicas, incluyendo pacientes con cáncer ⁷
2000-2009
En el 2004 se formó el Comité de Psicooncología de la Sociedad Mexicana de Oncología ⁸
2010-2015
El Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara crea el Programa de Navegación de Pacientes Oncológicos
Se inicia el Servicio de CGO a través del proyecto «Molecular Genetic Studies in Cancer Patients and their Relatives» a través del CUCS, con la participación del Instituto Jalisciense de Cancerología, los hospitales civiles de Guadalajara y el apoyo de <i>City of Hope</i> de los E.U.A.

Fuente: Modificado de Hernández-Meléndez y Grau-Abalo³, Almanza-Muñoz y Holland⁴, Alvarado-Aguilar y Ochoa-Carrillo⁵ y Alvarado-Aguilar⁶.

Tabla 2 Trabajo multidisciplinario en consejo genético oncológico

Genetistas	Oncólogos, cirujanos	Nutriólogos
Evaluación de la predisposición genética	Seguimiento médico	Evaluación y seguimiento
Realiza estudios de secuenciación	Medidas profilácticas (ej.	nutricional (adecuado a
Psicoeducación (implicaciones y alcances del estudio)	mastectomía u ooforectomía	personas con riesgo a cáncer o
Entrega de resultados	profiláctica, quimioprevención)	a pacientes con cáncer)
Toma de decisiones	Toma de decisiones	Promoción de la Salud
	Promoción de la salud	

de una mutación genética, la psicoeducación sobre el estudio genético y la entrega de los resultados se realiza por el genetista. El oncólogo y el cirujano otorgan las recomendaciones del manejo médico, que incluye el seguimiento con estudios de tamizaje y las medidas profilácticas para disminuir el riesgo de cáncer^{8,9}. El psicooncólogo evalúa las situaciones que comprometen el bienestar de los participantes^{10,11}, maneja el estado emocional, con énfasis en las redes de apoyo social, en la comunicación, la toma de decisiones y la promoción de la salud. La inclusión del nutriólogo en el CGO favorece la promoción de la dieta saludable, adecuada a las necesidades de cada participante. Algunas de las áreas de trabajo del psicooncólogo dentro del CGO se describen a continuación de manera detallada.

Estado emocional

La ansiedad y la depresión han sido los estados emocionales más frecuentemente atendidos por el grupo de CGO¹². Por un lado, la ansiedad es un determinante de la salud mental y la calidad de vida¹³, que se relaciona además con la toma de decisiones, la adherencia al tamizaje o a las medidas de reducción de riesgo para el cáncer¹⁴. Se demostró que los portadores y no portadores de mutación genética relacionada con cáncer de mama u ovario experimentan incremento de los niveles de ansiedad relacionados con el cáncer hereditario, con el riesgo de transmitirlo a sus hijos o con el de la pérdida de miembros cercanos de la familia^{15,16}.

Los niveles moderados de ansiedad facilitan la decisión de participar en el CGO¹⁷: un buen consejo reduce la ansiedad y preocupación de los participantes en los primeros 3 meses^{18,19}, aunque pueden reaparecer, asociadas al periodo de realización de las pruebas de tamizaje¹⁹. La ansiedad o preocupación exageradas pueden llevar a los participantes a procedimientos de tamizaje o a intervenciones innecesarias².

Un manejo incorrecto del estado emocional, por alguno de los participantes del grupo de CGO, puede ocasionar depresión en los portadores de la mutación genética, sobre todo, si existe el antecedente de la enfermedad¹⁹, esto independientemente de si su resultado es positivo o negativo¹³.

Comunicación y redes de apoyo social

La información brindada por los profesionales del CGO debe ser clara, realista, sensible, completa y adaptada para los participantes y familiares, con énfasis en las implicaciones físicas y psicosociales del resultado del estudio genético, así como en las opciones de seguimiento y las medidas

profilácticas recomendadas^{8,20,21}. Brindar la información en varias sesiones puede ser recomendado para evitar la confusión en las personas que asisten a CGO²⁰.

Promover la comunicación asertiva y la toma de decisiones dentro de la familia puede amortiguar el impacto emocional^{13,22}. La interpretación incorrecta de la información por parte de los participantes del CGO puede ocasionar aislamiento, malestar emocional y limitar la aplicación de medidas preventivas⁸. Por otro lado, una percepción positiva del participante sobre el apoyo social que le ofrecen el personal de salud, los familiares y amigos favorecerá su bienestar^{8,22,23}. Se debe subrayar que los resultados del CGO impactan no solo al participante, sino a toda la familia²². Es deseable que los individuos que se realizan la prueba genética informen sobre el riesgo de cáncer a sus familiares, sobre todo en el caso de ser portador de una mutación que predispone el desarrollo de cáncer^{21,24}. La comunicación de los resultados genéticos puede ser difícil en familias disfuncionales, por ejemplo, debido a divorcios, conflictos entre hermanos²⁴ o falta de contacto con parientes lejanos⁸. Por otro lado, los participantes del CGO pueden no informar a niños y adolescentes cuando creen que los preocuparían o les causarían ansiedad^{24,25}.

Cuando no se detecta mutación genética en el participante, es menos probable que se comuniquen los resultados a miembros de su familia²¹; aunque se propone que se realice, en primer lugar, porque otros familiares pueden ser portadores y tienen la opción de realizarse el estudio genético, principalmente en familias con varios indicadores de riesgo. En segundo lugar, porque pueden beneficiarse de las recomendaciones acerca del tamizaje para la detección oportuna y las conductas saludables. Finalmente, porque el apoyo social amortigua la incertidumbre emocional en caso de resultados no informativos y favorece la adopción de estilos de vida saludables²¹.

Toma de decisiones

El elemento central del CGO es la toma de decisiones²⁶, para aplicar estrategias de detección temprana o de reducción de riesgos de la enfermedad²⁴, por ejemplo, la mastectomía u ooforectomía profilácticas^{27,28}. La comunicación e información precisas son la base para la adecuada toma de decisiones^{8,20,23,24}. La información confusa puede generar ansiedad en los participantes y su familia, así como dificultar y retardar la toma de decisiones²⁶; más allá de esto, la elección depende de las circunstancias, valores, creencias, preferencias u otras características de cada individuo, así como de las influencias interpersonales^{26,29}. Se propone que

se brinde tiempo suficiente para la toma de decisiones, con la deliberación y consolidación de cada una de las opciones disponibles²⁹. Cruzado et al. diferencian entre 2 estilos de afrontamiento para la toma de decisiones; por un lado, los «aproximadores» prefieren un papel más activo en la toma de decisiones, solicitan mucha información, aunque suelen presentar mayor preocupación y morbilidad psicológica; por el otro lado, los «evitativos» niegan las situaciones amenazantes, prefieren distraerse y, aunque están menos ansiosos, corren el riesgo de no adherirse a las pruebas de tamizaje ni a las medidas profilácticas⁸.

La asesoría y soporte adecuados en la toma de decisiones es vital para cumplir los objetivos del CGO, con base en las probabilidades de riesgo y las opciones médicas, así como los aspectos psicosociales de cada participante. Las intervenciones psicoeducativas con base en modelos socio-cognitivos han mostrado efectividad para facilitar la toma de decisiones³⁰.

Promoción de la salud

El efecto del CGO en la adopción de conductas saludables es relevante en las personas con mutación genética o en ausencia de ella³¹, ya que la adopción de estilos de vida saludables en la población puede reducir el riesgo de aparición de cáncer³.

En relación con las conductas de prevención y detección oportuna, así como con los factores de riesgo de cáncer, se propone la promoción del uso de pruebas de tamizaje, la autoexploración y el examen físico^{3,32}, la adopción de la dieta saludable^{31,33,34}, la realización de actividad física regular, el consumo moderado de alcohol^{33,35}, la eliminación del hábito tabáquico³³ y la restricción o uso controlado de hormonas³².

Las teorías de la psicología clínica y de la salud especializadas en la modificación de la conducta son de utilidad para la promoción de la salud en los participantes del CGO. Entre ellas, el modelo transteórico, que ofrece sustento teórico y estrategias de intervención adaptadas a estadios y procesos de cambio^{36,37} o la terapia cognitivo-conductual, con efectividad demostrada^{38,39}.

Conclusiones

La Psicooncología, en tres décadas de desarrollo en México, presenta varios retos en el área de CGO: el profesional interesado debe especializarse en CGO para lograr un desempeño eficiente en las actividades de su competencia. Cabe destacar que existen numerosos beneficios para los pacientes que asisten a este servicio si se les ofrece un adecuado asesoramiento, tales como disminución de preocupación y ansiedad respecto al cáncer, mejora de la sensación de control, aumento de la autoestima y disminución del malestar emocional^{18,19}.

Se ha encontrado que hay diferencias del impacto psicológico dependiendo del país o de la cultura¹⁶. Es por esto por lo que es importante impulsar la investigación en el área para abordar estas diferencias ideológicas y culturales, y así generar conocimientos específicos de esta población para adecuar las intervenciones y definir modelos propios en México; incluso, para trasladar estos conocimientos a

poblaciones similares en el mundo o al manejo del riesgo genético para otras enfermedades crónicas.

Se propone, por tanto, investigaciones en México enfocadas a la evaluación de factores psicosociales en participantes de CGO, que en otros países se ha encontrado que están relacionados con la ansiedad y depresión^{13,14}, la comunicación^{8,20,21} el apoyo social^{8,22,23} y la toma de decisiones²⁶, con la finalidad de generar intervenciones psicológicas eficaces que ayuden a disminuir el malestar emocional y a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen el financiamiento otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), a través del Doctorado Interinstitucional en Psicología de la Universidad de Guanajuato, Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad de Colima y Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo.

Referencias

1. Komatsu H, Hayashi N, Suzuki K, et al. Guided self-help for prevention of depression and anxiety in women with breast cancer. *ISRN Nursing*. 2012; <http://dx.doi.org/10.5402/2012/716367>
2. Cruzado JA, Pérez-Segura P, Olivera Pérez-Frade H. Impacto Psicológico en el consejo genético. En: Alonso-Sánchez AM, Benavides-Ortiz MM, Blanco-Guillermo I, et al., editores. *Cáncer hereditario*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2006. p. 267–96.
3. Hernández-Meléndez E, Grau-Abalo J. *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. 1.ª Ed. Universidad de Guadalajara; 2005. p. 677.
4. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*. 2000;46:196–206.
5. Alvarado-Aguilar S, Ochoa-Carrillo FJ. La Psicooncología sumando esfuerzos: Un compromiso. *GAMO*. 2011;10:121–2.
6. Alvarado-Aguilar S. Psicooncología en México (perspectiva histórica). *GAMO*. 2004;3:44–7.
7. Cruzado JA. La toma de decisión de los participantes en consejo genético oncológico. *Psicooncología*. 2010;7:341–62.
8. Cruzado JA, Olivares ME. Comunicación en consejo genético. *Psicooncología*. 2005;2:269–84.
9. Christinat A, Pagani O. Practical aspects of genetic counseling in breast cancer: Lights and shadows. *Breast*. 2013;22:375–82.
10. Pérez-Segura P. Modelos y organización de una unidad de consejo genético. *Psicooncología*. 2005;2:261–8.
11. Gil FL. Repercusiones psicológicas del consejo genético. *Bol Psicol*. 2005;85:31–40.
12. Hirschberg AM, Chan-Smutko G, Pirl WF. Psychiatric implications of cancer genetic testing. *Cancer*. 2015;121:341–60.
13. Cruzado JA, Pérez-Segura PP, Olivera H. Consecuencias y necesidades de la intervención psicológica en consejo genético para mujeres en riesgo de cáncer de mama hereditario. *Psicooncología*. 2007;4:465–82.
14. Roussi P, Sherman KA, Miller SM, et al. Identification of cognitive profiles among women considering BRCA1/2 testing through the utilization of cluster analytic techniques. *Psychol Health*. 2011;26:1327–43.

15. Meiser B, Gaff C, Julian-Reynier C, et al. International perspectives on genetic counseling and testing for breast cancer risk. *Breast Dis.* 2006;27:109–25.
16. Vadaparampil ST, Miree CA, Wilson C, et al. Psychosocial and behavioral impact of genetic counseling and testing. *Breast Dis.* 2006;27:97–108.
17. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, et al. Factors associated with an individuals' decision to withdraw from genetic counseling for BRCA1 and BRCA2 genes mutations: Are personality traits involved? *Fam Cancer.* 2011;10:581–9.
18. Shiloh S, Koehly L, Jenkins J, et al. Monitoring coping style moderates emotional reactions to genetic testing for hereditary nonpolyposis colorectal cancer: A longitudinal study. *Psychooncology.* 2008;17:746–55.
19. Hart SL, Torbit LA, Crangle CJ, et al. Moderators of cancer-related distress and worry after a pancreatic cancer genetic counseling and screening intervention. *Psychooncology.* 2012;21:1324–30.
20. Brewster SJ, Jacobsen C, Shen Y, et al. Genetic testing and counseling. *Genetics of bone biology and skeletal disease.* Elsevier Inc; 2013.
21. Ersig AL, Hadley DW, Koehly LM. Understanding patterns of health communication in families at risk for hereditary non-polyposis colorectal cancer: Examining the effect of conclusive versus indeterminate genetic test results. *Health Commun.* 2011;26:587–94.
22. Van Oostrom I, Meijers-Heijboer H, Duivenvoorden HJ, et al. Family system characteristics and psychological adjustment to cancer susceptibility genetic testing: A prospective study. *Clin Genet.* 2007;71:35–42.
23. Swartwood RM. Who should I bring? A qualitative examination of the role of the support person in the cancer genetic counseling appointment: University of United States, Minnesota; 2014.
24. Ormondroyd E, Moynihan C, Ardern-Jones A, et al. Communicating genetics research results to families: Problems arising when the patient participant is deceased. *Psychooncology.* 2008;17:804–11.
25. Forresta K, Simpsonb S, Wilsonb B, et al. To tell or not to tell: Barriers and facilitators in family communication about genetic risk. *Clin Genet.* 2003;64:317–26.
26. Bier L. Effects of genetic literacy on informed decision making in genetic counseling. Nueva York: New York University; 2010.
27. Lokich E, Stuckey A, Raker C, et al. Preoperative genetic testing affects surgical decision making in breast cancer patients. *Gynecol Oncol.* 2014;134:326–30.
28. Black D, Smith BL. Surgical treatment options in young women with breast cancer. *Breast Dis.* 2005;23:37–45.
29. Witt J, Elwyn G, Wood F, et al. Decision making and coping in healthcare: The Coping in Deliberation (CODE) framework. *Patient Educ Couns.* 2012;88:256–61.
30. Miller SM, Fleisher L, Roussi P, et al. Facilitating informed decision making about breast cancer risk and genetic counseling among women calling the NCI's Cancer Information Service. *J Health Commun.* 2005;10 Suppl 1:119–36.
31. Quach J, Porter K, Leventhal H, et al. Health behaviors among Ashkenazi Jewish individuals receiving counseling for BRCA1 and BRCA2 mutations. *Fam Cancer.* 2009;8:241–50.
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación*, 9 de junio de 2011. [consultado 1 Feb 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
33. Pieta B, Chmaj-Wierzchowska K, Opala T. Life style and risk of development of breast and ovarian cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2012;19:379–84.
34. Robles-Agudo F, Sanz-Segovia F, López-Arrieta JM, et al. Alimentación y cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:184–94.
35. Vogel VG. Epidemiología genética y evaluación del riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. *Revista del Climatario.* 2009;1:121–33.
36. Strong C, Liang W. Relationships between decisional balance and stage of adopting mammography and Pap testing among Chinese American women. *Cancer Epidemiol.* 2009;33:374–80.
37. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editores. *Health behavior and health education theory, research and practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 97–148.
38. Morean ME, Kong G, Camenga DR, et al. Contingency management improves smoking cessation treatment outcomes among highly impulsive adolescent smokers relative to cognitive behavioral therapy. *Addict Behav.* 2015;42:86–90.
39. Sallit J, Ciccazzo M, Dixon Z. A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. *J Am Diet Assoc.* 2009;109:1398–405.