

PSICOLOGÍA Y CÁNCER

Raúl Rivero Burón*

*Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo
Conductual, España*

José Antonio Piqueras Rodríguez

Universidad Miguel Hernández de Elche, España

Victoriano Ramos Linares

Servicios Sociales de Callosa de Segura, España

Luis Joaquín García López

Universidad de Granada, España

Agustín Ernesto Martínez González

Clínica Neuropsicológica Mayor, España

Luis Armando Oblitas Guadalupe

Universidad Nacional Autónoma de México

ABSTRACT

The cancerous disease always has gone accompanied by psychological repercussions. The psychological factors related to the cancer are studied by the psychooncology. The research in psychooncology is fundamental to cause its development. In order to be able to make studies in this field with scientific guarantees, it is necessary to include a solid diagnosis and quantified that includes a description of the anatomical location of the primary tumor, the histological type of the tumor, the sites of metastasis and those allow data to characterize the degree of development reached by the disease. This work describes the definition and objectives of the psychooncology, types of prevention, importance of psychological assessment, psychosocial intervention of the patient with cancer for the control of nausea and vomiting, pain and psychological measures of anxiety and depression, and methodology research in this area.

Key words: *Psychooncology, cancer research, assessment, intervention.*

* Correspondencia: raulriveroburon@yahoo.es. Dirección: Avda/Príncipe de Asturias, 50 C.P. 30.107 Guadalupe, Murcia, España.

RESUMEN

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas. Los factores psicológicos relacionados con el cáncer son estudiados por la Psicooncología. La investigación en psicooncología es fundamental para propiciar su desarrollo. Para poder realizar estudios en este campo con garantías científicas, es necesario incluir un diagnóstico fiable y cuantificado que incluya la descripción del lugar anatómico del tumor primario, el tipo histológico del tumor, los lugares de las metástasis y cuantos datos permitan caracterizar el grado de desarrollo alcanzado por la enfermedad. En este trabajo se describe la definición y objetivos que persigue la Psicooncología, los tipos de prevención, la importancia de la evaluación psicológica, la intervención psicosocial del paciente con cáncer para el control de náuseas y vómitos, manejo psicológico del dolor y de ansiedad y depresión, y la metodología de investigación en esta área.

Palabras clave: Psicooncología, cáncer, investigación, evaluación, intervención.

INTRODUCCIÓN

El interés por los aspectos más psicológicos en la enfermedad del cáncer es relativamente reciente. Llama la atención comprobar que no es hasta mediados de los años 70 cuando se inició esta andadura en el ámbito internacional. Los factores que contribuyeron al desarrollo de un mayor interés en los aspectos psicológicos del cáncer fueron varios. En primer lugar, se produjo un cambio en la actitud hacia el cáncer debido a que dejó de verse como una enfermedad necesariamente mortal. Al mejorar el pronóstico aumentó el optimismo en la población y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente. En segundo lugar, se realizó un esfuerzo para ofrecer un cuidado más humano y espiritual a las personas con cáncer terminal gracias al inicio del hospi-

cio como un movimiento en expansión, y, en tercer lugar, se comenzó a reconocer que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer. Por ejemplo, los datos que revelaban/confirmaban la asociación entre fumar cigarrillos y padecer cáncer de pulmón fue un importante estímulo para el empuje en el estudio de variables psicológicas en pacientes con cáncer.

Por tanto, se comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve e influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, a la vez que en el mantenimiento de un nivel óptimo

de salud. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA PSICOONCOLOGÍA

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas por la comunidad científica. Sin embargo, no es hasta 1992 cuando se desarrolló el término psicooncología. Pese a lo tardío de su reconocimiento, la psicooncología ha llegado a ser consustancial a la oncología. El psicólogo formado en oncología, integrado en un equipo multidisciplinar oncológico, debe asumir dentro de este colectivo las tareas de soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la Educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz.

Así pues, podemos definir la psicooncología como una sub-especialidad de la oncología que tiene los siguientes objetivos fundamentales:

1. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.

2. La prevención secundaria: mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer.
3. La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.
4. La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento.

A continuación vamos a describir con más detenimiento cada uno de estos objetivos.

PREVENCIÓN PRIMARIA: FACTORES DE RIESGO

La prevención primaria se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo impedir su apari-

ción. En este sentido, la reducción de la incidencia del cáncer repercute favorablemente en los sistemas de salud, lo que asimismo reduce la carga de trabajo y ahorra sufrimiento, tiempo y dinero a la sociedad. Es importante resaltar que un gran número de autores (Blanc, 1982; Llombart, 1984; The Cancer Council Australia, 2001) señala que la mayor parte de las causas del cáncer (en torno al 80%) son ambientales, lo que nos indica que los cánceres pueden ser evitables y que en la medida en que los factores ambientales responsables sean identificados, es posible disminuir drásticamente su incidencia o erradicarlos. La prueba de que el cáncer es debido, en gran parte a factores ambientales y no hereditarios nos lo proporciona los estudios epidemiológicos que muestran que:

1) la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados. Por ejemplo, el cáncer de pulmón es 35 veces más frecuente en Inglaterra que en Nigeria y el cáncer de recto es 20 veces más frecuente en Dinamarca que en este mismo país africano (Doll, 1977); el cáncer de piel es común en África Central y oriental, pero su incidencia va disminuyendo paulatinamente a medida que nos alejamos hacia el este, el norte y el sur (Olveny, 1981);

2) los inmigrantes procedentes de un área geográfica concreta adquieren los tipos de cáncer propios de las regiones a las que emigran debido a la modificación de sus estilos de vida

y por encontrarse sometidos a las condiciones ambientales de dichas regiones. Por ejemplo, cuando los japoneses emigran a Hawái, sus descendientes disminuyen en más de tres veces la probabilidad de contraer cáncer de estómago, siendo la incidencia de este tipo de cáncer en este grupo similar a la de la población de origen europeo que habita en la misma zona (Peto, 1981);

3) animales de laboratorio llegan a desarrollar tumores manipulando factores ambientales supuestamente carcinógenos en estudios experimentales con condiciones controladas.

Con todo lo aportado hasta el momento, se defiende la idea de Bayés (1991) en el sentido de que, incluso la mayoría de los cánceres cuya causa sea química o mecánica, se encuentran mediatizados por el comportamiento del individuo. Este comportamiento se manifiesta de dos maneras:

- a) Manteniendo hábitos y consumiendo sustancias que son carcinógenas o pueden facilitar la aparición y/o evolución de un cáncer.
- b) Produciendo, manipulando y comercializando estas sustancias o permitiendo que estas actividades se lleven a cabo con el fin de obtener o mantener poder, satisfacción personal o ganancias económicas.

Por esta razón, la psicología en general y la psicooncología en particular adquieren un gran protagonismo para cambiar actitudes (en sus tres componentes cognitivo, afectivo y motor) y

poder reducir los comportamientos que provocan cáncer y/o para conseguir aumentar las conductas saludables que previenen esta enfermedad. Sin embargo, esta responsabilidad no sólo recaerá en la psicología sino también en la medicina, la política, la económica y en el conjunto de la sociedad.

Antes de continuar es importante destacar que el cáncer es un fenómeno multicausal y que probablemente requiera de la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo para que el resultado sea un cáncer diagnosticado clínicamente.

A continuación vamos a describir los factores de riesgo y los procedimientos para reducir la probabilidad de que produzcan cáncer, prestando especial interés a las intervenciones que la ciencia de la psicología nos puede ofrecer:

1. Fumar: el consumo de tabaco ha sido identificada como una causa de muerte, enfermedad y cáncer (Winstanley, *et al.*, 1995). A pesar de ello, se han demorado las medidas políticas para reducir su consumo. En España, uno de los países más avanzados en lucha contra el tabaco, no ha sido hasta el año 2006 cuando se han establecido una serie de medidas firmes y serias que impiden fumar en los puestos de trabajo público y privado, así como en locales hosteleros que superan los 100 metros cuadrados. Desgraciadamente, la adopción de estas medidas, aunque constituyen un

avance muy importante, no suponen una política anticarcinógena clara, debido, entre otras muchas razones, a que las empresas cuyos productos constituyen un riesgo a medio o largo plazo para la salud pública continúan funcionando. El cierre de estas empresas o la prohibición de sus productos supondría probablemente el hundimiento económico de muchas personas, la pérdida de votos y hasta la destitución de los dirigentes que hubieran propuesto o apoyado tal medida. Las leyes del aprendizaje nos indican que las conductas que ofrecen un refuerzo a corto plazo son más poderosas que las posibles consecuencias negativas que podamos obtener a largo plazo. Por este motivo, la gente prefiere una ganancia económica, un puesto de trabajo o una satisfacción física inmediata y la posibilidad de un cáncer en el futuro, que un sacrificio en la actualidad y alejar el miedo al cáncer. Como Bayés (1991) indicó en su día, esta elección se suele realizar antes de que las personas descubran que ellas o sus familiares íntimos han contraído la enfermedad. Y lo que normalmente obvian es que la probabilidad de que esto les suceda a ellas es más elevada de lo que suponen: una de cada cuatro o cinco personas padecerá un cáncer a lo largo de su vida.

Afortunadamente, existen intervenciones que han demostrado ser eficaces en la prevención, el abandono o la reducción del consumo de tabaco. Tal y como señala Becoña (2005), “hoy sabemos, desde una perspectiva científica los datos son contundentes, que

existen varios abordajes para dejar de fumar eficaces como son el consejo médico, el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico y los manuales de autoayuda. Por ello, en el caso del tabaquismo, tenemos claramente demostrado que nuestra intervención, y con sólo nuestra intervención, la eficacia es alta, de las más altas que se pueden obtener. Y, además nuestros tratamientos son, cuando se aplican en grupo, los más económicos de los que se aplican (...) No hay evidencias de que la eficacia del tratamiento psicológico se incremente añadiendo terapia farmacológica (ej. terapia sustitutiva de nicotina). Aunque también existen tratamientos farmacológicos eficaces éstos sólo son eficaces añadiéndoles consejo conductual". A pesar de que la terapia psicológica (terapia de conducta o conductual) se ha demostrado como la más eficaz y barata, llama la atención que en España, se ha excluido a los psicólogos para desarrollar unidades de deshabitación del tabaco en la red asistencial sanitaria debido a que el gobierno español todavía no ha reconocido legalmente a la Psicología como profesión sanitaria. Por este motivo, parece difícil que se desarrollen programas de máxima eficacia y eficiencia en beneficio de toda la sociedad. En cuanto a países de Latinoamérica, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no hay ninguna política clara a este respecto.

Otras medidas no psicológicas que han demostrado una eficacia parcial en la reducción de tabaco incluyen el

aumento en el precio del mismo ya que facilita que algunos fumadores abandonen la adicción el tabaco, a la vez que previene que nuevos consumidores accedan e incluso que ex-fumadores recaigan de nuevo (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; Jha y Chaloupka, 1999). También resulta eficaz proporcionar información publicitaria acerca de los efectos sobre la salud del tabaco (Jha y Chaloupka, 1999), las etiquetas de advertencia grandes, prominentes y que contengan información sobre hechos concretos (Centres for Behavioral Research in Cancer, 1998), las prohibiciones para promocionar el tabaco y las restricciones de los lugares donde se permite fumar (Jha y Chaloupka, 1999).

2. El alcohol: actualmente existe evidencia más que suficiente que identifica las bebidas alcohólicas como carcinogénicas en seres humanos. Por ejemplo, los franceses, quienes ocupan el primer puesto en el consumo absoluto de alcohol en el mundo, poseen una mortalidad de 4 a 5 veces superior a la de los norteamericanos en tumores de boca, faringe, laringe y esófago, cuya aparición se encuentra unida al consumo de alcohol asociado o no al del tabaco (Allais y Hatton, 1981).

Numerosos estudios han documentado la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinados o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo. En concreto, las terapias que en la actualidad cuentan con mayor soporte empírico son los siguientes:

- Terapia cognitivo-conductual (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995). Se centra en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de beber. Suelen incluir, por una parte, un entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento y por otra, la prevención de recaídas. Los datos revelan que existe una amplia evidencia científica de la eficacia de esta terapia.
- Programa conductual de la aproximación de reforzamiento comunitario (CRA) (Hunt y Azrin, 1973) que incluye el uso de una sustancia llamada Disulfiram (Antabuse) incompatible con el consumo de alcohol, entrenamiento en habilidades de comunicación, establecimiento de un grupo social abstemio, actividades recreativas no relacionadas con el alcohol y entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber y para resistir la presión social. Este programa constituye un claro ejemplo de cómo las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias.

Además, estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una mejor relación coste-beneficio (Roth y Fonagy, 1996). En todo caso se

puede constatar que los programas citados anteriormente comparten elementos comunes como son el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades.

Si bien la terapia psicológica (cognitivo-conductual) posee una eficacia bien establecida para el tratamiento de las personas que padecen alcoholismo, es importante reconocer que los programas psicológicos de prevención que han sido denominados eficaces, en realidad se desconoce su eficacia ya que todos ellos adolecen del rigor metodológico y/o de suficientes estudios de replicación característica de esta ciencia y por tanto, debemos concluir que aún no existe ningún programa de prevención de alcohol eficaz, como mucho, tan sólo una minoría de estas intervenciones podrían ser calificadas como intervenciones probablemente eficaces. Por este motivo, la comunidad científica debería realizar un esfuerzo por implementar programas de prevención que tengan en cuenta una evaluación exigente y con garantías empíricas.

Con respecto a otros abordajes no psicológicos que han demostrado su eficacia en reducir el consumo de alcohol se encuentran la subida de sus precios y de sus impuestos, la restricción a su acceso, las medidas de protección y seguridad pública asociado a la bebida (campañas de tráfico) y la información impartida a través de los medios de comunicación.

3. El estrés: puede influir en el origen del cáncer: (a) de una forma indirecta, a través del sistema inmunitario,

dado que reduce el número y la actividad de las células NK (natural killer) que se encargarían de identificar y destruir las células tumorales en el momento de su aparición y (b) de una forma directa, mediante algunos mecanismos que podrían tener un papel más específico en el inicio del cáncer tales como son la reparación del ADN dañado y la apoptosis.

Por todo esto, desde el punto de vista de la prevención primaria y con un abordaje eminentemente psicológico se podría enseñar a las personas que se encuentran en situaciones de alto riesgo de padecer estrés-como, por ejemplo, una prolongada situación de paro, la muerte de la pareja, un hijo o una jubilación forzosa- en estrategias adecuadas para afrontarlas con el mínimo peligro posible para su salud. Al hacerlo, posiblemente se consiga disminuir el grado de vulnerabilidad del individuo ante las enfermedades en general y, en el caso del cáncer, interrumpir un ciclo precanceroso en marcha. Otra estrategia podría consistir en implementar programas a edades tempranas en las que se enseñarán habilidades y recursos para hacer frente a las situaciones estresantes que forman parte de la vida.

4. La depresión: la relación entre estados depresivos e incidencia del cáncer aunque menos documentada que con el estrés, parece existir. Para documentar lo expresado anteriormente, valga de ejemplo el estudio de Shekelle *et al.* (1981) en el que en una muestra de 2020 empleados de la

empresa Western Electric, las personas que presentaban puntuaciones elevadas de depresión en el cuestionario Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) mostraban, diecisiete años más tarde, una probabilidad doble de haber muerto a causa de un cáncer.

Al igual que en el apartado anterior, las estrategias de adquisición de habilidades para hacer frente a la depresión podrían resultar inexcusables, tanto desde un punto de vista profesional como ético.

5. La personalidad Tipo C: La personalidad Tipo C en sí misma puede consistir tanto en un exceso de racionalidad como de antiemotividad. Se caracteriza por una tendencia a reprimir y negar emociones.

Uno de los primeros estudios a este respecto fue el llevado a cabo por Grossarth-Maticek *et al.* (1985). Estos autores encontraron que el estilo de manejo racional/antiemocional era un predictor de cáncer de todos los tipos. En un estudio longitudinal en población comunitaria más de mil personas fueron evaluadas en diferentes aspectos psicosociales. Diez años después, el factor racionalidad/antiemocionalidad se encontraba en 158 personas de entre las personas que murieron de cáncer (n=166). Estas observaciones apoyan fuertemente la relación entre el control emocional y el cáncer. La dimensión psicológica de racionalidad/antiemocionalidad parece ser la apuesta más fuerte en la relación con el cáncer de mama y con los cánceres en general. No obstante, se requiere una

precaución extrema al hacer una lectura de estos datos debido al escaso rigor metodológico que presentan algunos de los estudios revisados y las contradicciones en los resultados aportados entre estudios. También deberíamos destacar que, aunque el cáncer es una enfermedad muy compleja, similares variables psicológicas parecen estar normalmente en todos los estudios.

El abordaje psicológico para prevenir la tendencia a reprimir y negar emociones podría consistir en educar a la población en general y en particular a la población con antecedentes familiares de cáncer de mama en la importancia de expresar sentimientos negativos y en el aprendizaje de maneras más adecuadas de expresar las acciones que les sientan mal de otras personas.

6. La alimentación: los medios de comunicación nos bombardean continuamente con noticias que denuncian que una ingente cantidad de sustancias que ingerimos son cancerígenas. Desde nuestro punto de vista, la proliferación de tales noticias no sólo no consiguen que la población elimine de su dieta esa sustancia sospechosa sino que otras que con mayor probabilidad pudieran serlo no sean tenidas en cuenta. A pesar de esta afirmación, la importancia de la dieta alimenticia en la etiología del cáncer es importantísima. De hecho, en dos revisiones relevantes de literatura científica que asocian dieta y cáncer (*United Kingdom Department of Health, 1998; Word Cancer research Fund and Americam Institute for Cancer Research,*

1997) se estima que el 35% de los cánceres se atribuyen a la alimentación. La buena noticia es que al depender directamente de la conducta del hombre se pueden prevenir con dietas apropiadas. La “Unión Internacional Contra el Cáncer” propone las siguientes recomendaciones: consumir una dieta variada rica en frutas, verduras y cereales; restringir el consumo de grasas; limitar o evitar el consumo de bebidas alcohólicas; guardar y preparar las comidas de modo que se reduzca la contaminación por hongos, microbios y agentes cancerígenos; reducir el uso de la sal durante la preparación y consumo de los alimentos; equilibrar la dieta consumida con el gasto energético para evitar un peso excesivamente elevado y no depender de vitaminas y minerales empleados como suplementos para sustituir a una dieta adecuada y equilibrada.

La contribución que puede realizar la psicología en este ámbito es de gran relevancia. Se ha probado que las dietas alimenticias propuestas por otros profesionales de la salud se llevan a cabo con mayor éxito cuando los psicólogos lo complementan con grupos de apoyo social, se seleccionan metas concretas, objetivas y realistas, se incorpora a la familia en los programas dietéticos, se realizan contratos conductuales y se promociona la participación en actividades relacionadas con la alimentación sana. Igualmente se hace necesario llevar a cabo programas de educación e información para implantar estos comportamientos saludables.

7. Actividad física: aunque se ha investigado poco acerca de su relación con el cáncer, los datos sugieren un riesgo menor de cáncer de colon cuando las personas realizan mayores niveles de actividad física. Sin embargo no se ha conseguido hallar evidencia consistente entre esta variable y otros tipos de cáncer. A pesar de esto, intervenciones preventivas deberían tener lugar a nivel individual, grupal y comunitario que incluyeran mensajes que enfatizen las ventajas del deporte y de cómo incorporar la actividad física a la vida diaria.

8. Rayos ultravioletas del sol: existe una clarísima relación entre la exposición a los rayos ultravioletas y el riesgo de padecer cáncer de piel. A pesar de las dificultades para evaluar la eficacia de programas dirigidos a modificar los comportamientos de protección solar, existe evidencia acumulada acerca de las consecuencias positivas de dichos programas. Los objetivos de tales programas suelen incluir: (a) modificación de actitudes (creencias, emociones y comportamientos) que afectan al riesgo de padecer cáncer de piel, (b) desarrollar marcos de referencia políticos y de apoyo comunitario y (c) reducir la exposición a la luz solar a través de acciones individuales y de cambios ambientales.

9. Variables relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Tal y como muestra Muir (1981) en su estudio, el hecho de que el cáncer de cuello de útero sea muy frecuente entre las prostitutas y prácticamen-

te desconocido entre las monjas, nos sugiere que este tipo de cáncer se encuentra estrechamente ligado a la actividad sexual. Por otra parte, en el mismo estudio se afirma que existe mayor riesgo de contraer cáncer de mama en aquellas mujeres que no han tenido hijos, lo que indicaría que el embarazo podría conferir cierto grado de protección contra este tipo de cáncer (Muir, 1981).

Todo lo dicho por el momento nos indica que desde la prevención en psico-oncología, la salud de las personas no es sólo un estado cuya integridad hay que proteger cuidadosamente, sino que además la salud puede mejorar integrando repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser proporcionado.

El profesional de la psicología debe transferir conocimiento directamente a los usuarios, de modo que se conviertan en autoprestatarios de servicios. Es decir, no sólo debe tratar de resolver los problemas del ciudadano, sino que debe facilitarle los recursos teóricos y técnicos adecuados para:

- (i) Convertirlo en un agente activo de su propia salud.
- (ii) Conseguir que promocióne la salud en la comunidad en la que vive.
- (iii) Capacitarlo no sólo para la resolución de problemas, sino, lo que es más importante, para prevenir su aparición.

En definitiva, lo que se pretende, es conferir a las personas un papel protagonista, activo, en la sociedad.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es evidente que cuanto más pronto se detecta un cáncer mayores posibilidades existen de superar la enfermedad.

Probablemente, entre los factores psicológicos más importantes que pudieran facilitar la detección precoz, se encontrarían la capacidad para conseguir una transmisión eficaz de información a las poblaciones de alto riesgo y modificar las actitudes para que se adquieran hábitos periódicos y sistemáticos de detección. Tenemos constancia de que la información llega y es asimilada de forma diferencial por los diversos estratos sociales de la población y parece que, por tanto, un primer objetivo a conseguir debería ser averiguar de qué factores concretos depende que la información no llegue o no sea aprovechada por igual a todos los estratos sociales e introducir las necesarias correcciones para que esto no suceda.

En la prevención secundaria nos queda todavía un inmenso camino por recorrer, sin embargo, la labor del psicólogo podría resultar especialmente valiosa elaborando programas de entrenamiento que mejorasen la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes con el fin de conseguir una óptima calidad didáctica y la máxima difusión posible de la información, así como en el diseño de las estrategias más eficaces para que los ciudadanos

consigan adquirir hábitos autónomos de cumplimiento sistemático.

PREVENCIÓN TERCIARIA: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO DE CÁNCER

De acuerdo con Bayés (1991), entre los objetivos importantes de una acción psicológica a nivel de prevención terciaria, realizada normalmente en el seno de equipos ambulatorios de oncología, se encuentran los siguientes:

1) Cumplimiento de las prescripciones. Es decir, conseguir que el paciente siga, lo más fielmente posible, los tratamientos y dietas prescritos por el facultativo y obtener de éste último que, dentro de los márgenes que considere admisible, adapte los mismos a las particulares características de cada paciente. La adherencia al tratamiento suele ser especialmente difícil de llevar a cabo y evaluar en los enfermos ambulatorios.

2) Formación de los enfermos en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad (*coping*). Se trata de evitar en lo posible que el enfermo caiga en estados de ansiedad y depresión, los cuales, además de ser intrínsecamente indeseables, pueden contribuir a agravar la enfermedad.

3) Entrenamiento del personal sanitario en la mejora de sus interacciones con los enfermos y en técnicas de afrontamiento para combatir su propia ansiedad y depresión, las cuales

pueden repercutir, a su vez, negativamente, sobre los enfermos.

4) Colaboración en la resolución de problemas tales como la comunicación del diagnóstico de cáncer al enfermo o la preparación para la muerte en los pacientes terminales. O bien, en la preparación para la vida para aquellas personas que deban reintegrarse a una vida normal tras haber sufrido durante su enfermedad mutilaciones o déficits importantes y, en general para todas las que han superado la experiencia de un cáncer sean capaces de vivir plenamente el futuro.

5) Solución o colaboración en la solución de problemas potencialmente modificables por medios psicológicos:

- a. Náuseas y vómitos anticipatorios debidos al tratamiento biomédico administrado.
- b. Dolor.
- c. Ansiedad y depresión, si no han podido evitarse.

Evaluación psicológica

Para realizar una adecuada evaluación psicológica debemos tener en cuenta el objetivo que perseguimos. De esta manera, si el objetivo es clínico, la evaluación se debe realizar para poder diseñar una intervención y, por tanto, sería conveniente prescindir de todas aquellas pruebas de evaluación que aporten muy poco o nada a la hora de decidir el diseño de nuestro tratamiento o para adaptar el mismo. Cabe

plantearse la pregunta de si merece la pena evaluar si posteriormente vamos a aplicar el mismo tratamiento estandarizado a todos los pacientes. Desde nuestro punto de vista, la respuesta es no, debido no sólo a la pérdida de tiempo y recursos que plantea sino también por el deterioro físico que presentan muchos enfermos de cáncer. Si el interés es científico, la evaluación irá encaminada a la evaluación de los aspectos de los objetivos concretos que persiga nuestro estudio.

Desde un punto de vista estrictamente clínico, si finalmente decidimos evaluar para personalizar los tratamientos, la evaluación la vamos a utilizar con dos objetivos básicos: (a) para discriminar los pacientes que pueden requerir una intervención psicológica de los que no y (b) para saber cuáles son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de intervención en cada uno de los pacientes individuales.

Para la consecución de ambos objetivos, el primer paso debe consistir en contactar con el equipo sanitario que esté al cuidado del enfermo. Tal como señala Die Trill (2003), el propósito de ese primer contacto es doble: en primer lugar, servirá para informarles de que se va a realizar una evaluación psicológica de su paciente, y en segundo lugar, sirve para obtener de los profesionales sanitarios los datos que dispongan acerca de:

- la historia clínica;
- su situación médica actual;

- la información que se le ha ofrecido al enfermo acerca de su condición física;
- el comportamiento y actitud del paciente ante la enfermedad en general, y ante el personal sanitario, su familia y sus amigos;
- la situación familiar, económica y social del paciente;
- los problemas existentes identificados por los profesionales sanitarios;
- cualquier tipo de información adicional que sea relevante en el cuidado del enfermo.

Una vez realizado el contacto con el equipo sanitario y conseguidos los objetivos perseguidos en el mismo, el segundo paso consistirá en la realización de una entrevista clínica con el enfermo, la cual atenderá a las siguientes áreas principales (Cruzado y Olivares, 1996).

1. Estado funcional (actividad, independencia), que incluye:

- Capacidad para trabajar.
- Capacidad para hacer uso del tiempo libre.
- Autocontrol.

2. Síntomas físicos asociados al cáncer, que incluyen:

- Problemas causados por la enfermedad.
- Dolor.

- Movilidad.
- Sueño.
- Apetito.
- Función sexual.

3. Problemas causados por los tratamientos;

- Reacciones condicionadas a quimioterapia: náuseas, vómitos...
- Dolor agudo.
- Ausencia de control de esfínteres.

4. Efectos psicológicos asociados:

- Ansiedad, depresión, agresividad.
- Estilos de afrontamiento/ajuste, preferencias por estilos de afrontamiento pasivos o activos.
- Autoestima y confianza.
- Cambios en el esquema físico.
- Sexualidad.

5. Interacción social:

- Relaciones con familiares y amigos.
- Relaciones con compañeros de trabajo.
- Relaciones de pareja.

Cruzado y Olivares (1996) señalan que la evaluación es específica de la fase en que se encuentre el paciente, así como del tipo de cáncer, estadio y contexto. Por tanto, las áreas descritas anteriormente han de orientarse al análisis de las variables que son relevantes a los problemas de cada

fase, ya que es muy diferente el caso del paciente que está en proceso de diagnóstico. Por ejemplo, esperar a hacerse una biopsia con respecto de aquella persona que acaba de ser mastectomizada, o de la que va a emprender quimioterapia o bien de quien se encuentra en fase terminal.

Después de establecer el contacto con el equipo sanitario y realizada la entrevista clínica con el enfermo y completada con los familiares, el tercer paso consistirá en administrar los cuestionarios, escalas o inventarios que se consideren pertinentes para completar la información que nos reste y/o para utilizarlo como variable dependiente del cambio que se espera conseguir. Desde nuestro punto de vista, los criterios para seleccionar los cuestionarios más adecuados han de tener en cuenta los siguientes criterios:

- **Pertinencia:** lo dicho anteriormente en relación a la evaluación en general, se aplica especialmente a la selección de cuestionarios que nos ayuden a discriminar la mejor intervención para nuestro paciente. Si los resultados de dicho cuestionario no van a cambiar nuestra intervención, tal vez, sería más conveniente desechar su utilización.
- **Brevidad:** dado el deficiente estado físico que normalmente acompaña a la enfermedad de cáncer, es conveniente ahorrar el máximo de tiempo, recursos y sufrimiento. Desde un punto de vista clínico, cabe plantearse si es rentable administrar largos Cuestionarios de Perso-

nalidad o de si podrían aportar algo importante a la intervención.

- **Fiabilidad y validez:** al igual que para cualquier otra escala, estas propiedades psicométricas son básicas para seleccionar o desechar los cuestionarios que deben ser utilizados.
- **Sensibilidad al cambio terapéutico:** es deseable utilizar escalas que contengan esta propiedad para poder comprobar objetivamente el éxito (o fracaso) de nuestra intervención a través del tiempo.

Teniendo en cuenta estos criterios, los cuestionarios que humildemente recomendamos son los siguientes:

- Para medir depresión: Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1961).
- Para medir ansiedad: Inventario de ansiedad estado-rasgo (ESTAI E-R) (Spielberger *et al.*, 1970).
- Para medir calidad de vida: Índice de calidad de vida (Spitzer *et al.*, 1981).
- Para medir los síntomas de la enfermedad: Cuestionario de síntomas y preocupaciones en pacientes de cáncer terminal (Comas, 1990).
- Para medir efectos de tratamientos: Evaluación de náuseas y émesis de Morrow (MANE) (Morrow, 1991).
- Para medir afrontamiento al estrés: COPE (Carver y Scheier, 1989) y Escala de ajuste mental al cáncer (MAC) (Moorey y Greer, 1989).

- Para medir apoyo social: Escala de apoyo social de Michigan (Levy *et al.*, 1990).
- Para medir adaptación: Inventario de Standford de ajuste del paciente de cáncer (SICPA) (Telch y Telch, 1982).

Por último, y como cuarto paso, suele resultar útil hacer uso de registros y autorregistros diseñados para el fin que específicamente se persiga en cada caso.

ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SURGEN EN LAS PERSONAS CON CÁNCER

Cómo transmitir información respecto al diagnóstico y pronóstico del cáncer

Un debate ya clásico lo constituye el hecho de comunicar al paciente el diagnóstico y/o el pronóstico del cáncer o bien, no hacerlo. Con respecto a esta cuestión, la opinión general de la comunidad profesional está a favor de comunicarlo. Sin embargo, en cuanto a la cantidad de información, el cómo darla y cuándo hacerlo no parece existir tanta coincidencia. A nuestro juicio, para responder adecuadamente a estas cuestiones, deberíamos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La información ha de tener en cuenta la fase en las que se encuentra el paciente. Por ejemplo, un paciente con cáncer de recto puede pasar por fases de hospitali-

zación, biopsia, cirugía, radioterapia...; el administrarle información general de todas las fases al comienzo sólo creará confusión y ansiedad, por ello, se ha de ir informando al paciente según sea necesario enfrentarse a cada fase del proceso, a no ser que el propio paciente exija lo contrario.

- Los aspectos que tienen que ver con las características y evolución de la enfermedad deben de ser comunicadas por el médico. Los aspectos más psicológicos serán revelados por el psicólogo.
- La información ha de ser coherente con la información que se transmite posteriormente al mismo paciente y con la proporcionada a los familiares más allegados. Una forma para conseguir de una manera más eficaz este objetivo podría consistir en que siempre sea el mismo profesional el encargado de transmitir información a ese paciente, prohibiendo que otras personas lo hagan. Otra estrategia podría consistir en proporcionar la información al mismo tiempo tanto al paciente como a sus familiares. Si como hemos dicho en el punto anterior, el psicólogo y el médico se reparten esta tarea, es necesario que exista una comunicación fluida entre ambos para que lo expresado resulte congruente.
- Averiguar lo que el paciente sabe respecto de su enfermedad para

poder adaptarnos a sus conocimientos, estilo de comunicación y lenguaje y para corregir posibles errores con respecto a su dolencia.

- Averiguar lo que el paciente desea saber. Este es un punto fundamental. En ocasiones los pacientes niegan la situación en la que se encuentran y prefieren olvidar o evitar darse cuenta de su deterioro y otras evidencias de enfermedad. En este caso, es conveniente respetar la decisión del paciente y darle sólo la información que solicite, revelándole su derecho a cambiar de opinión o a saber más si lo desea. Se sugiere preguntar directamente al paciente la información que desea que se le transmita. Una de las preguntas podría ser:

“Si lo que le pasara no fuera nada bueno, no sé si usted es de la clase de personas que les gustaría saberlo todo con respecto a la enfermedad y a lo que le está pasando o si por el contrario, es usted una persona práctica a la que le interesa centrarse en las diferentes alternativas de tratamientos que existen para su caso y dejarse de explicaciones”.

- Tener en cuenta que, aunque la información del diagnóstico o pronóstico puede hacerle sentir al paciente una mayor ansiedad inicialmente, normalmente en menos de 2 semanas estos niveles se estabilizan, reducen o eliminan, y tanto los pacientes informados como sus familiares

logran desarrollar una mejor adaptación al proceso.

Control de náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos son, para la mayor parte de enfermos de cáncer, los efectos secundarios más molestos de la quimioterapia. Debido a que los medicamentos diseñados para controlar estos desagradables síntomas no son todo lo eficaces que se desearía, la psicología conductual ha realizado un esfuerzo por explicar y tratar estas incómodas consecuencias que se pueden manifestar antes, durante y mucho después de las sesiones de quimioterapia. Uno de los estudios más relevantes en la etiología de estos síntomas fue el llevado a cabo por los investigadores Redd y Andresen en 1981. Estos autores describieron las náuseas y vómitos anticipatorios (NVA) como la consecuencia de un condicionamiento clásico pavloviano. Estímulos olfatorios, visuales o de cualquier otro tipo asociado con la quimioterapia pueden producir respuestas tales como náuseas y vómitos en ausencia de fármacos a través del paradigma de condicionamiento clásico. Tras sucesivas asociaciones, dichos estímulos, inicialmente neutros (sin poder emético) adquieren las características de la quimioterapia, esto es, la capacidad de producir náuseas y emesis, hasta producir ellos mismos dichas reacciones.

Debido a la alteración de la calidad de vida que supone en el enfermo, la elevada incidencia (entre el 25

y el 65 por 100) y la persistencia a través del tiempo se hace necesario la intervención psicológica. También, Burish y Redd (1983), señalaron la actual superioridad de las estrategias psicológicas sobre las farmacológicas en la disminución de algunos de los efectos secundarios más desagradables de la quimioterapia. Además, estas terapias tampoco dan lugar a algunos de los efectos secundarios de los eméticos que suelen administrarse, como son un intenso efecto sedante y, en algunos niños y ancianos, temblores musculares, rigidez o fatiga. Por estos motivos, varias técnicas psicológicas han demostrando su eficacia en diferentes investigaciones experimentales:

- Hipnosis: que consiste en administrar sugerencias de relajación profunda y pedir al sujeto que visualice escenas agradables durante la quimioterapia. Se pide al paciente que lo practique fuera de la sesión. Este tratamiento reduce en un 50% la frecuencia de vómitos y ansiedad antes y después de la quimioterapia (Redd, 1989)
- Relajación muscular progresiva con imaginación: consiste en que antes y durante la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva (Bernstein y Berkovec, 1973) e imaginación a escenas relajantes. El psicólogo aplica la relajación durante las 4 primeras infusiones de quimioterapia, después el paciente lo aplica solo y fuera de la sesión. Los datos revelan que esta técnica obtiene una eficacia del 50%.
- Biofeedback-EMG con imaginación: se aplica en múltiples lugares del cuerpo (frente, brazos, pecho...). Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Esta estrategia ha demostrado su eficacia (Carey y Burish, 1988).
- Desensibilización sistemática: se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. La efectividad se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de este procedimiento (Morrow y Dobkin, 1988).
- Técnicas de control atencional: Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico (Redd, 1989). El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida y que dificulta la formación de reacciones condicionadas. Es una intervención muy económica, de fácil administración y muy atrac-

tiva para niños y jóvenes. Muestra una eficacia similar a la relajación (Vasterling, 1994).

Al disponer de varias técnicas eficaces, sería importante que los pacientes eligieran el método que más se adapte a sus preferencias personales con el fin de obtener la máxima eficacia terapéutica.

Control del dolor

El dolor es uno de los temas más relevantes para el enfermo de cáncer. Aproximadamente un tercio de los pacientes de cáncer sufre dolores moderados o intensos en el estadio intermedio de la enfermedad, y dos tercios como mínimo experimentan dolor en las fases terminales (Bonica, 1979). En el origen y sostenimiento del dolor suelen estar implicados aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Es decir, que en la génesis y mantenimiento de todo tipo de dolor, los factores psicológicos juegan un papel muy destacado lo que no implica la inexistencia de una causa orgánica que justifique las quejas del paciente (a no ser que se trate de un dolor psicógeno). Pero incluso en el caso de un dolor con causa orgánica los factores psicológicos son fundamentales.

La etiología del dolor del cáncer puede clasificarse en:

- a) dolor agudo, provocado por las pruebas de evaluación del cáncer y los tratamientos.
- b) Dolor producido por el propio cáncer.

- c) Dolor crónico de origen no maligno.

Para evaluar correctamente el dolor debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Orgánicos o fisiológicos (intensidad y características del dolor)
- b) Conductuales: actividades realizadas y hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados por el dolor.
- c) Cognitivas: patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales en el dolor.
- d) Consecuencias: el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social, familiar, de pareja y síntomas afectivos concurrentes.

Es mucho lo que la psicología ofrece actualmente al campo del dolor en general y al dolor del cáncer en particular. En concreto, se han realizado programas basados en el condicionamiento instrumental (Fordyce, 1985) que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de queja y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario. Este mismo autor señala que las reacciones aparentes del paciente quejas, gritos, llanto, expresiones faciales de sufrimiento, etc. a las estimulaciones aversivas asociadas a muchos aspectos de enfermedad pueden producirle algunas ga-

nancias psicosociales, como por ejemplo, una mayor atención, dedicación y amabilidad por parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios, permanecer en cama, etc. Este resultado, de acuerdo con un paradigma de condicionamiento operante, puede fortalecer e incrementar la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor, las cuales pronto pueden llegar a ser emitidas con independencia de que permanezcan presentes las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que les dieron origen. Por esta razón, una acción puramente farmacológica puede ser inútil o insuficiente para calmar las manifestaciones de dolor de muchos enfermos crónicos. Además, generalmente, se administra el medicamento cuando el enfermo se queja, lo cual puede estar fomentando los comportamientos de dolor y de dependencia psicológica a la droga ya que la sensación de bienestar que sigue a su administración puede convertirse en un reforzador positivo que incremente las manifestaciones futuras de dolor. De acuerdo con esto, el psicólogo que trabaja en este campo deberá informar al médico de que cuando los narcóticos se administran de acuerdo con un programa sistemático y no en función de los comportamientos de dolor, no aparecen signos de dependencia psicológica a la droga.

Por último, los programas que han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo-conductuales, en especial los programas de inoculación del estrés (Turk y Fernández, 1991) que abordan la modificación de aspectos

sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor. Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:

1) Educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

2) Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención (con el objeto de disminuir aspectos sensoriales), distracción, imaginación o reinterpretación de sensaciones, graduación de tareas y habilidades sociales (para tratar aspectos motores y afectivos); y resolución de problemas, reestructuración cognitiva (para modificar aspectos cognitivos y afectivos).

3) Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.

4) Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

Aversión condicionada a sensaciones de sabor

La quimioterapia suele producir normalmente algún tipo de aversión a algunos alimentos o sabores. Los seres humanos, al igual que otras especies animales, adquieren aversiones condicionadas a sabores nuevos cuando éstos se consumen antes de la administración de un tratamiento farmacológico que induce trastornos gastrointestinales. El psicólogo puede colaborar en la elaboración de programas para prevenir o para eliminar los

rechazos que suelen acompañar a esta enfermedad y propiciando que la persona varíe las comidas que componen sus dietas para evitar el condicionamiento.

Control psicológico de la dieta

De acuerdo con el libro *Eating Hints* editado por el *United States Department of Health and Human Services* (1982), una correcta alimentación del enfermo de cáncer es importante porque:

1) Los pacientes bien alimentados resisten mejor los efectos secundarios biomédicos, aun administrados a dosis elevadas.

2) Una dieta equilibrada ayuda a mantener vigor, a prevenir la destrucción de algunos tejidos y a reparar con mayor rapidez los tejidos normales que hayan podido ser dañados por los tratamientos.

3) Los pacientes con buenos hábitos alimentarios son menos susceptibles a las infecciones.

4) Cuando una persona está subalimentada, su organismo debe usar sus propias grasas, proteínas y otros alimentos nutritivos para subsistir y, por ello, al no ingerir las sustancias que su cuerpo necesita, pierde peso.

Según Bayés (1991), la responsabilidad del psicólogo en el ámbito alimentario debería reflejarse, en los siguientes cometidos:

a) Colaborar con el experto en dietética, o con el médico, en el diseño de una dieta que tenga en cuenta las prefe-

rencias y rechazos alimentarios del interesado, así como los posibles cambios de gusto que pueda haber introducido la enfermedad o el tratamiento oncológico.

b) Elaborar programas para modificar estas preferencias y rechazos, o las cantidades de alimento ingeridas, si ello fuera necesario.

c) Diseñar estrategias de autocontrol encaminadas a establecer hábitos alimentarios nuevos de forma que las dietas sean observadas sistemáticamente a lo largo del tiempo.

Para finalizar, debemos tener en cuenta que por muy bien diseñada que esté una dieta, si el paciente no la sigue no sirve para nada. El hecho de que la siga depende en gran parte, de mecanismos psicológicos que deberán conducir a dietas flexibles adaptadas a las características de cada individuo.

TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS QUE PADECEN LAS PERSONAS CON CÁNCER

Trastornos del estado de ánimo

La depresión es, desgraciadamente, muy frecuente entre los enfermos oncológicos. En concreto, la prevalencia media es del 24%, pudiendo alcanzar el 50% en los enfermos con leucemias agudas (Colon, 1991). Los trastornos afectivos pueden interferir en la calidad de vida del enfermo oncológico y con su aceptación y adhesión a los tratamientos prescritos

por el médico. A esto se añade que son manifestación de un gran sufrimiento del paciente, independientemente de su intensidad. En ello radica la necesidad de identificar estos sentimientos y de valorar tanto si forman parte de un trastorno emocional mayor como si requieren un tratamiento especializado.

La identificación y diagnóstico de la sintomatología depresiva es compleja en oncología, puesto que, con frecuencia, es una manifestación de trastornos orgánicos subyacentes o una consecuencia de la administración de determinados fármacos. Determinar si el cansancio o la apatía, el insomnio o la falta de apetito son parte de la enfermedad cancerosa o resultado de su impacto psicológico sobre el paciente puede ser, por tanto, una ardua tarea. De ahí que se hayan descrito varios métodos diagnósticos con el fin de facilitar el proceso del cual va a depender la implantación del tratamiento adecuado.

En cuanto a las diferentes modalidades terapéuticas que se aplican en el control de síntomas depresivos, hay tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión. Son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal.

La terapia de conducta presenta varias modalidades, siendo el programa denominado curso de afrontamiento para la depresión, desarrollado por Lewinsohn y Gotlib (1995) la modalidad de referencia. Este protocolo incluye la realización de actividades agradables, entrenamiento en habilidades socia-

les, estrategias de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas y relación de pareja.

La terapia cognitiva es la terapia desarrollada por Beck (1991). La terapia cognitiva se conoce también y quizá más propiamente dicho como terapia cognitivo-conductual, al punto incluso de que, según se ha dicho, puede que sea su principio activo.

La terapia interpersonal (Klerman, 1984) se centra en cuatro áreas problemáticas: el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits interpersonales. El duelo es la pena o tristeza por pérdidas de alguien o de algo valioso. Las disputas interpersonales se refieren, sobre todo, a los conflictos con personas del entorno cotidiano. La transición de rol en el cambio de un papel social a otro, debido a modificaciones de la edad, del contexto, del estatus social o de otras circunstancias. Cada cambio en este sentido puede suponer una situación potencial de desconcierto, de modo que pese más la pérdida de la posición anterior que la posible ventaja de la nueva. Finalmente, los déficit interpersonales tienen que ver con patrones disfuncionales en la relación con los otros.

Todas estas terapias constan de un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones. Todas disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todas son susceptibles de su aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo sino también como un programa de prevención de recaídas y de seguimiento. En relación a la

eficacia de la combinación de medicación y tratamiento psicológico, los resultados son controvertidos: mientras que la mayoría muestran que la combinación no es mejor que cada terapia por separado, otros resultados apoyan su aplicación conjunta. Dado que como mínimo, el tratamiento psicológico tiene la misma eficacia de la medicación (y es igualmente efectivo y podría ser incluso más eficiente), sería preferible a la medicación en la medida en que trata la depresión en su propio contexto psicosocial y, en todo caso, ahorra los inconvenientes que siguen teniendo inclusive los psicofármacos más seguros (Antonuccio, Danton, DeNElsky, Greenberg y Gordon, 1999).

Por el momento y desgraciadamente no existen estudios serios sobre la eficacia de tratamientos para la depresión (ni para la ansiedad) en población con cáncer, por lo que las futuras investigaciones deberían tener en cuenta las particularidades de esta población para elaborar programas de tratamiento validados y eficaces para esta clase de enfermos. Hasta que llegue este momento, sugerimos utilizar las terapias eficaces que hemos mencionado anteriormente para tratar la depresión. Igualmente sería deseable explicar a los pacientes los diferentes abordajes que existen para el abordaje de sus problemas, para que de esta manera, el mismo paciente pueda elegir el que más le convenga.

Trastornos de ansiedad

A pesar de que la evaluación de la ansiedad en pacientes oncológicos tie-

ne la ventaja de haberse efectuado con instrumentos desarrollados en investigaciones dentro del campo de la psicooncología y que se hayan adaptado a otras lenguas para permitir realizar comparaciones entre distintos países, la prevalencia de la ansiedad en enfermos oncológicos es diferente según los instrumentos de evaluación usados para medirla. Dependiendo del instrumento utilizado, las tasas de prevalencia oscilan entre el 1 y el 44%. No obstante, parece indudable que las personas afectadas de cáncer requieren de una intervención para manejar de una forma más adaptativa la ansiedad porque no sólo la experiencia de sentirse enfermo genera la reacción de ansiedad, sino que los tratamientos, por sus efectos secundarios (cansancio, anemia, anorexia, imagen corporal...) y la toxicidad neurológica (deterioro cognitivo, disminución de memoria...) aumentan en el paciente la sensación de pérdida de control y del autoconcepto o identidad que de sí tenía antes de enfermar, potenciando su angustia o sufrimiento y mermando su calidad de vida subjetiva.

Si bien algunas investigaciones relacionan la ansiedad con el deterioro o el pronóstico de cáncer, la experiencia de numerosos profesionales del campo de la oncología, encuentra que la experiencia subjetiva de niveles intensos de ansiedad en el paciente es independiente de la localización tumoral y el estadio. La comorbilidad entendida como ansiedad previa al cáncer es más frecuente en la consulta de psicooncología que los esta-

dos de ansiedad derivados a partir del cáncer.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes entre los pacientes de cáncer se encuentran el trastorno de ansiedad generalizado (TAG) y el trastorno de pánico (TP). Con respecto al primero, se ha puesto de manifiesto que el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-comportamental especialmente diseñada para el TP. En este enfoque de terapia se suelen incluir los siguientes componentes: un componente educativo acerca de qué es la ansiedad y el pánico, reestructuración cognitiva, alguna forma de exposición, entrenamiento en respiración y/o en habilidades de afrontamiento. (Beck y Zebb, 1994).

Con respecto a los tratamientos de psicoterapia y psicofármacos, Gould, Otto y Pollack (1995), compararon la efectividad de los tratamientos cognitivos-comportamentales con los tratamientos solamente farmacológicos. Los resultados fueron: (i) 70% de sujetos mostraron una remisión total del trastorno tras recibir el tratamiento cognitivo-conductual y (ii) 57% en el caso de tratamiento farmacológico. Resulta importante llamar la atención sobre los tratamientos combinados. De momento no hay unos datos claros que demuestren la eficacia de éstos ya que en la fase de seguimiento no se mantienen y los pacientes tienen un mayor nivel de recaída.

También resultan preocupantes algunos informes actuales que muestran que las benzodiacepinas de alta potencia pueden interferir o perturbar

las ganancias obtenidas con la TCC (Brown y Barlow, 1995).

Con respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), la terapia cognitivo-conductual resulta la más eficaz. La técnica de la relajación, aunque eficaz, no parece suficiente por sí sola. Por esta razón, ha de combinarse con procedimientos cognitivos para habilitar al paciente con el fin de que controle la preocupación.

METODOLOGÍA CIENTÍFICA EN PSICOONCOLOGÍA (2)

La "Asociación Americana Contra el Cáncer" (1982) ha priorizado los temas de investigación en el marco de los principios psicosociales y comportamentales del cáncer. Se clasificaron los temas de investigación en tres:

a) Los propios enfermos oncológicos: que se centra en la experiencia subjetiva de la enfermedad (ansiedad, depresión, desmoralización, hipocondriasis, desesperanza y función cognitiva), funciones somáticas (estatus físico, dolor, náuseas, vómitos, y funcionamiento sexual) y calidad de vida (trabajo, relaciones familiares, funcionamiento social, actividades de ocio y tiempo libre, impacto de la enfermedad y tratamiento).

b) Su entorno social: que incluye el funcionamiento familiar y social, influencias culturales y apoyo social como un protector contra la enfermedad.

c) Variables relacionadas con el tratamiento antineoplásico: adhesión terapéutica, la calidad de vida, las percepciones del enfermo acerca del cui-

dado médico que recibía, y la comunicación entre el enfermo y los profesionales sanitarios.

Para realizar una adecuada investigación en cualquiera de los temas citados anteriormente, se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- (i) Dado que los diferentes tipos de cáncer se diferencian unos de otros en cuanto a su comportamiento, a las causas que los originan y a los factores que pueden acelerar o lentificar su evolución, el primer paso importante en la mayoría de las investigaciones que se realicen deberá consistir en caracterizar la clase de cáncer sobre la que vamos a trabajar, de acuerdo con:
 - a) Su apariencia al microscopio.
 - b) Su localización en el organismo.
 - c) Su estadio de desarrollo en el momento en que se procede a la recogida de datos ya que la prognosis varía de acuerdo con el estado de evolución en el que se encuentra la enfermedad. (En el estadio 1 el cáncer se encuentra localizado. En el estadio 2 se aprecian metástasis regionales cercanas al tumor primario y en el estadio 3 existen metástasis diseminadas por el organismo en lugares alejados del tumor primario).
 - d) El tiempo transcurrido a partir del momento en que ha dejado de apreciarse sintomatología clínica.

Sin esta información es dudoso que puedan llegarse a conclusiones claras y a que puedan replicarse los trabajos que se realicen, igualmente deberíamos desconfiar de aquellas investigaciones en las cuales se utilicen sujetos en los que los datos anteriores (tipo de cáncer, estadio de evolución, etc.) aparezcan mezclados o poco especificados.

- (ii) Para llevar a cabo un estudio de investigación en psicooncología, deberíamos de seguir los siguientes pasos:
 1. Formular una hipótesis.
 2. Realizar una extensa revisión bibliográfica: de esta manera podremos averiguar si lo que pretendemos hacer ya ha sido realizado por otros investigadores y si así fuera cómo lo hicieron...
 3. Considerar la posibilidad de llevar a cabo el estudio: es posible que nos encontremos con la inexistencia de instrumentos de evaluación adecuados para valorar las variables definidas o no poder controlar variables extrañas o no contar con el apoyo de la institución dónde deseamos realizarla...
 4. Selección de la muestra: tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión...
 5. Recopilación de datos: con instrumentos válidos, fiables y, a poder ser, utilizando escalas ya existen-

tes que se hayan aplicado a población oncológica.

6. Identificación de variables dependientes, independientes y extrañas.

Para conclusión podemos decir que la investigación en psicooncología es fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento y que para realizar investigaciones fiables es necesario incluir un diagnóstico fiable y cuantificado que incluya la descripción del lugar anatómico del tumor primario, el tipo histológico del tumor, los lugares de las metástasis y cuantos datos permitan caracterizar el grado de desarrollo alcanzado por la enfermedad.

REFERENCIAS

- ALLAIS, C. y HATTON, F. (1981). *Morbidity et mortalité en France el dans le monde. Le recherche sur les grandes maladies*. París, Du Seuil.
- ANTONUCCIO, D. DANTON; DENELSKY, GREENBERG y GORDON (1999). Raising question about antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 3-14.
- Asociación Americana Contra el Cáncer (1983). Proceedings of the working conference on methodology in behavioural and psychosocial cancer research. *Cancer*, 53, 2217-2384
- BARLOW, D.H. y CERNY, J.A. (1988). *Psychological Treatment of Panic*. NewYork: Guilford Press.
- BAYÉS, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- BECK, A.T.(1991). Cognitive therapy. A 30-years retrospective. *American Psychologist*, 46, 4, 368-375.
- BECK, A.T. EMERY, G y GREENBERG, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T.; WAD, C.H., y MENDELSON, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives on General Psychiatry*, 31, 53-63.
- BECK, J.G. y ZEBB, B.J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder: Current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- BECOÑA. (2005) Letrapsi. *Boletín mensual del COP de Murcia*. Nº 138.
- BERNSTEIN, D.A. y BERKOVEC, T.D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the helping professions*. Champaign, Ill: Research Press
- BLANC, M. (1982). *La recherché sur le cancer*. Paris: Du Senil
- BONICA, J.J. (1979). Importante of the problem. En J.J. Bonica y V. Ventafridda (eds.), *Advances in pain research and therapy (vol. 2)*. Nueva York, Raven Press.
- BROWN, T.A.; y BARLOW, D.H. (1995). Log-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 63, 754-765.
- BURISH, T.G. y REDD, W.H. (1983). Behavioral approaches to reducing conditioned responses to chemotherapy in adult cancer patients. *Behavioral Medicine Update*, 5, 12-16.
- CAREY, M.P. y BURISH, T.G. (1988). An etiology and treatment of the psychological side-effects associated with cancer chemotherapy. *Psychological Bulletin*, 104, 307-325.
- CARVER, C.S. y SCHEIER, M.F. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Best practices for comprehensive tobacco control programs. August, Atlanta: CDCP.
- Centres for Behavioral Research in Cancer. (1998). Tobacco Health warnings: Longitudinal evaluation of effects on recall and smoking related behaviours. Melbourne: Anti-Cancer Council of Victoria.
- CLARK, D.M. (1989). *Anxiety states: panic and generalized anxiety*. Oxford: University Press.
- COLON, E.A; CALLES, A.L; POPKIN M.K y MCGLAIVE P.B. (1991). Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukaemia. *Psychosomatics*, 32, 420-425
- COMAS, M.D. (1990). *Assesment of the perception of symptoms and worries in terminal patients*. I Congress de Association Européenne de Soins Palliatifs. París, Francia.
- CRUZADO, J.A. y OLIVARES, M.E. (1996) Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Buceta, J.M. y Bueno, A.M. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. Pirámide.

- DIE TRILL, M. (2003). La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. En Die Trill, M. *Psicooncología*. Ediciones Ades.
- DOLL, R. (1977). Strategy for detection of cancer hazards to man. *Nature*, 265, 589-596.
- FORDYCE, W.E. (1985). *Behavioral Methods for chronic pain and illness*. San Luis, MO: Mosby.
- GOULD, R.A.; OTTO, M.W. y POLLACK, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment of outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- HUNT, G.M. y AZRIN, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- JHA, P. y CHALOUKKA, R.E. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington: The World Bank
- KLERMAN, G.L.; WEISSMAN, M.M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. S.c.: BasicBooks.
- LEWINSOHN, O.M. y GOTLIB, I.H (1995). Behavioral theory and treatment of depression, en E.E. Beckham y W.R. Leber (eds.), *handbook depression*. New York: Guilford.
- LLOMBART, A. (1983). *Compendio de la doctrina cancerológica de su problemática actual*. San Sebastián, Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa.
- MONTI, P.M.; ROHSENOW, D.R.; COLBY S.M. Y ABRAMS, D.B. (1995). Coping and social skill training. En R.K. Hester y W.R. Miller (eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*.
- MOORE, S. y GREER, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients Concerns*. Londres: Heineman.
- MORROW, G.R. y DOBKIN, P.L. (1988). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: Prevalence, etiology and behavioural interventions. *Clinical Psychology Review*, 8, 517-556.
- MORROW, G.R.; LINDKE, J. y BLACK, P.M. (1991). Anticipatory nausea development in cancer patients: Replication and extension of a learning model. *British Journal of Psychology*, 82, 61-72.
- MUIR, C.S. (1981). Comme un kaleidoscope. *Sante du Monde, septiembere-octubre*, 8-11.
- OLVENY, C.L.M. (1981). Le cancer de peau en Afrique. *Santé du Monde, septiembere-octubre*, 27-29
- PETO, R. (1981). Les causes connues. *Santé du Monde, septiembere octubre*, 13-14
- REDD, W. y ANDRESEN G. (1981). Conditioned aversión in cancer patients. *The Behavior Therapist*, 4, 3-4.
- REDD, W.H. (1989). Management of anticipatory nausea and vomiting". En J.C. Holland y J.H. Rowland (comps), *Handboook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- ROTH, A. y FONAGY, P. (1996). *What Works for whom? A critical review of Psychotherapy research*. NY/London: The Guilford Press.
- SHEKELLE, R.B., et al (1981). Psychological depression and 17 year risk and death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125
- SPIELBERGER. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- The Cancer Council Australia. National Cancer Prevention Policy 2001-2001. *The Cancer Council Australia*.
- Turk, D.C. y Fernández, E. (1991). Pain: a cognitive-behavioral perspectiva. En M. Watson (Ed.). *Cancer Patient Care: Psychological Treatment Methods*. Cambrige: British Psychological Society.
- United Kingdom Department of Health, Nutritional aspects of the development of cancer (1998). *Report of the working group on Diet and Cancer of the Committee on the Medical Aspects of the Food Suply*. Norwich: The Stationary Office
- United States Department of Health and Human Services (1982). *Eating hints. Recipes and tips for better nutrition during cancer treatment*. Bethesda, Maryland: National Cancer Institute.
- Vasterling, J. Jenkins, R.A.; Tope, D.M. y Burish, T.G. (1994). Cognitive distraction and relaxation training form the control training for the control of side effects due to cancer chemotherapy *Journal of behavioural Medicine*, 16, 65-80.

Winstanley, M, Woodward S, y Walter N. (1995). *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Melbourne: Victorian Smoking and Health Program.

World Cancer research Fund and American Institute for Cancer Research. (1997). *Food, Nutrition and Prevention of cancer: A global Perspective*. Washington DC: American Institute for Cancer Research.

Fecha de envío: Noviembre 24 de 2007

Fecha de aceptación: Enero 30 de 2008

