REVISION

28 [36] Gac Med Bilbao 2003; 100: 28-31

Introducción

Los intentos por mejorar la calidad de vida
del paciente con cáncer y su adaptación
emocional a una enfermedad que afecta a
todas las esferas de su funcionamiento
pasan por la creciente aplicación de técni-cas psicológicas al campo de la oncología. La necesidad de desarrollar estas técnicas propias de la psicooncología está también apoyada por los resultados de recientes estudios que muestran elevados índices de alteraciones psicológicas y psiquiátri-cas en estos pacientes durante el curso de la enfermedad (4).
Algunos objetivos primordiales de la psico-logía en el área de la enfermedad oncoló-gica son: mejorar la autoestima, aumentar la moral y la capacidad del enfermo para enfrentarse al cáncer y disminuir la angus-tia. Estos tratamientos psicosociales tra-tan de dotar al paciente de mecanismos que le ayuden a enfrentarse a los proble-mas que día a día le produce la enferme-dad, así como aumentar la sensación de control que el paciente tiene sobre su enfermedad. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

El impacto de la enfermedad oncológica

La enfermedad oncológica produce un enorme impacto en el paciente y en su entorno familiar y social que ve peligrar:
- su vida y siente miedo a morir;
- su integridad corporal y su bienestar. Se pueden producir cambios físicos perma-nentes, incapacidad, dolor...
- el concepto de sí mismo y los planes de futuro;
- el propio equilibrio emocional;

- su capacidad para cumplir con los roles y actividades sociales establecidos.
La reacción de cada paciente es diferente y única ante el diagnóstico de un cáncer e implica un proceso adaptativo que es una continua reestructuración y no algo fijo en el tiempo. Las etapas de este proceso tie-nen diferente duración e intensidad en cada persona en función de su vida pasada y presente. No siempre se dan todas, ni en el mismo orden, pero con fre-cuencia son las siguientes: a) shock ante la inesperada noticia, b) negación del hecho, c) ira o rabia, d) negociación interna intentando creer la noticia y adap-tarse a la nueva situación, e) depresión por el conocimiento de la nueva realidad y f) la aceptación de la realidad, que supone el fin del proceso madurativo del sujeto. Las exigencias más problemáticas a las que se enfrenta el sujeto son la necesidad constante de modificar al realidad para adaptarse a una situación cambiante e impredecible, una nueva definición del tiempo, el manejo de la incertidumbre y el enfrentamiento con el dolor (8).

Psicología aplicada a la oncología

La contribución que hace la psicología al campo de la oncología se centra principal-mente en dos áreas, a saber: el estudio de los factores psicosociales que pueden afectar a la etiología y evolución del cáncer y la intervención para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar (3). En cuanto a los primeros citaremos los más importantes:
• Hábitos de conducta. Algunos patrones de conducta pueden considerarse como factores de riesgo para desarrollar deter-minados tipos de cáncer. Así la exposición a carcinógenos como el tabaco y el alco-hol, el abuso de dietas ricas en grasas y escaso contenido de fibra, vitaminas y minerales, y la exposición a rayos ultravio-letas son conductas que contribuyen al ini-cio y desarrollo del cáncer.

• Variables de personalidad. Una cuestión importante es analizar si hay variables de personalidad que hagan a unas personas más propensas a desarrollar ciertos tipos de cáncer y si estas variables influyen en el pronóstico de la enfermedad. Numerosas investigaciones se han cen-trado en ese campo. En un estudio pros-pectivo realizado en Yugoslavia (7) se seleccionaron 965 hombres y 388 mujeres por su mayor riesgo de contraer enferme-dades por su edad o por tener puntuacio-nes altas en medidas de indefensión cró-nica o ira. Se evaluaron distintas variables psicosociales de los sujetos en 1965 y once años más tarde se valoró su estado de salud para ver si se podía predecir dicho estado de salud en función de las variables psicosaciales. Hasta ese momento habían muerto 166 personas de cáncer. La variable con mayor poder pre-dictivo resultó ser la escala raciona-lidad/antiemotividad, relacionada con la dificultad para expresar sentimientos y la negación de emociones, así como la ten-dencia a responder a todos los aconteci-mientos de forma racional. La incidencia del cáncer era 40 veces más alta para las personas con puntuaciones altas en esta escala.
• Temoshock (14), por otra parte, ha cre-ado el constructo de personalidad tipo C, propenso al cáncer y que se caracteriza por la tendencia a evitar o negar emocio-nes, la falta de expresión de emociones, sobre todo las negativas, la inasertividad (es decir la dificultad para expresar senti-mientos sin herir los propios o los de los demás) y la aceptación de la autoridad externa. Así mismo, se han asociado tam-bién al cáncer otras características de per-sonalidad como la presencia de altos nive-les de depresión y sentimientos de indefensión y pesimismo.
• El apoyo social percibido es también un predictor del estado de salud. Las perso-nas con escasos lazos sociales tienden a presentar menos conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer Psycologic aspects among cancer patients

C. De Prado§

, A. Viteri, N. Fuente

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces. Osakidetza. Barakaldo. Bizkaia
§ Licenciada en Psicología

Correspondencia:
C. De Prado
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Cruces. Osakidetza
48903 Barakaldo. Bizkaia

dose en muchas ocasiones una tendencia al aislamiento social. Las náuseas pueden afectar a un 25-33% de los pacientes en tratamiento activo, los vómitos anticipato-rios a un 11-20% y las reacciones de ansiedad anticipatoria a un 60% (Carey y Burish, 1988) (1). Estos síntomas conlle-van una tendencia a la depresión y la ansiedad y, por tanto, una disminución considerable de la calidad de vida.

Los tratamientos psicooncológicos se utili-zan con eficacia en el control de náuseas y vómitos, en el manejo de la angustia y la ansiedad, en el dolor crónico y agudo, en las disfunciones sexuales derivadas de la enfermedad y de su tratamiento, entre otros. También resultan eficaces para la mejora de la calidad de vida y la adapta-ción emocional del paciente, incluso hay estudios que sugieren que pueden prolon-gar la supervivencia. El concepto de que los factores psicológicos pueden influir en el inicio y desarrollo del cáncer no es nuevo, ya Galeno, 200 años antes de Cristo, asociaba el cáncer al tempera-mento melancólico y no al sanguíneo, aun-que la definición de estos términos no era muy clara. El nuevo campo de la psiconeu-roinmunología estudia la interacción entre la mente, el sistema nervioso central y el sistema inmune. La influencia en el sis-tema inmune de las variables psicológi-cas, conductuales y sociales está siendo reconocido poco a poco por la comunidad científica y por el público en general. La psiconeuroinmunología tiene también apli-caciones en otras enfermedades de tipo inmunológico. Así, Cohen y cols. (2) anali-zaron la estrecha relación entre el nivel de estrés y la vulnerabilidad al virus del res-friado común. Otros estudios que vinculan factores psicológicos con estados de salud o enfermedad han sido publicados en The Lancet. Podemos citar algunos relevantes:
• Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (13) (1989) mostraron que una intervención psicológica sencilla, cuyo objetivo era mejorar la calidad de vida de un grupo de pacientes oncológicos, podía influir consi-derablemente en su esperanza de vida. Los investigadores dividieron en dos gru-pos al azar a 86 pacientes con cáncer de mama metastásico. Al grupo de trata-miento le administraron durante un año una sesión semanal de noventa minutos de duración de psicoterapia con entrena-miento en autohipnosis para controlar el dolor. Al grupo control se le administraron
solo los cuidados médicos rutinarios. Al
cabo de 10 años, cuando habían fallecido
83 de las 86 pacientes, se vio que las que
habían recibido apoyo psicológico habían
vivido una media de 36,6 meses frente a

C. DE PRADO ET AL. - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON CÁNCER

[37] 29

al tratamiento y el estrés provocado por el
impacto de la enfermedad es mayor (9).
• El estrés puede afectar a la génesis y
desarrollo del cáncer a través de: a) la
modificación de los hábitos de conducta
saludables y los estilos de vida predispo-nentes a estas enfermedades y b) los cambios biológicos propios de la res-puesta de estrés, en especial en los cán-ceres más influenciados por factores hor-monales.

Un análisis riguroso de los efectos del estrés sobre el cáncer debe incluir tam-bién el estudio de las técnicas de afronta-miento que utiliza el sujeto frente a los factores estresantes. El afrontamiento es, en palabras de Lazarus (1986) (10), “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conduc-tuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o inter-nas, evaluadas como abrumadoras o des-bordantes de los propios recursos”, esto es, el conjunto de maniobras que pone en marcha el sujeto para mantenerse estable ante la enfermedad.
Moorey y Greer (1989) (11) hicieron un estudio sobre las estrategias de afronta-miento que pueden adoptar los pacientes ante el diagnóstico del cáncer. Los auto-res hablan de cinco tipos de estrategias, evaluadas mediante entrevistas y la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC): espíritu de lucha, negación, fatalismo, indefensión y preocupación ansiosa, que determinan la valoración subjetiva que el sujeto hace del diagnóstico de su enferme-dad, la percepción de control que tiene y el pronóstico de la adaptación del sujeto. Los resultados se presentan en la tabla 1. Diversos estudios han mostrado que las personas que se enfrentan a la enferme-dad con espíritu de lucha tienen un mayor tiempo de supervivencia frente a los que se enfrentan con sentimientos de deses-peranza y de falta de control sobre lo que les ocurre. A la vista de los resultados de múltiples estudios se puede decir que el tipo de respuesta que supone un mejor afrontamiento y por tanto, un menor nivel de estrés, es el de los pacientes que utili-zan sus recursos personales para:

- obtener apoyo emocional,
- buscar información,
- intentar una actitud positiva,
- conservar el espíritu de lucha y
- buscar consuelo en la religión. La creen-
cia en el más allá y la idea de la muerte como una etapa de tránsito en lugar de la muerte como el final, parece que tam-bién ayuda a enfrentarse con mayor sere-nidad a la enfermedad.

Problemas psicosociales del enfermo
oncológico

El diagnóstico de la enfermedad oncoló-gica enfrenta al paciente a una serie de problemas psicosociales, unos derivados del conocimiento de la enfermedad y otros derivados del tratamiento a que se tiene que someter. El conocimiento de la exis-tencia del cáncer va a colocar al paciente en una situación nueva sobre la que tiene poca información y mucha incertidumbre por el desconocimiento y por las dificulta-des para conocer la evolución. El paciente puede tener sentimientos de culpa por haber llevado hábitos de vida poco saluda-bles, aunque este sentimiento también puede ser infundado. En el ámbito familiar y social se pueden ver afectadas las rela-ciones interpersonales por el estigma que supone el cáncer y el miedo a hablar de ello. El miedo al dolor y a la muerte puede interferir en la vida social hasta el punto de reducirla a mínimos, precisamente en un momento en que la red social debería funcionar a pleno rendimiento para apoyar al paciente y ayudarle a entender y superar la posible frustración y el sentimiento de indefensión.
El tratamiento va a producir otro tipo de problemas. Unos están derivados de la cirugía y pueden ser miedo a la mutilación, desestructuración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de la libido o rechazo de la pareja. Los proble-
mas derivados de la radioterapia y quimio-
terapia (náuseas, vómitos, alopecia...)
interfieren de manera muy importante en
las relaciones sociales del paciente, dán-

ESTRATEGIA DE ESQUEMA DE SUPERVIVENCIA
AFRONTAMIENTO DIAGNOSTICO CONTROL PRONOSTICO

Espíritu de lucha Desafío Capacidad de control Bueno

Negación Mínima amenaza Irrelevante Bueno
Fatalismo Amenaza Depende de otros Desconocido
Indefensión Pérdida No hay control Malo
Ansiedad Fuerte amenaza Capacidad de control Incierto

TABLA 1

Estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico del cáncer. (Morey y Greer, 1989)

GACETA MEDICA DE BILBAO – VOL. 100 – N.º 1 – Ene.-Mar. 2003

los 18,9 meses de media en el grupo con-
trol.
• Greer, Morris, Pettingale y Haybittle (6)
hicieron una investigación longitudinal a lo
largo de más de quince años con 62
pacientes de cáncer de mama no metastá-sico. Observaron que las mujeres que se enfrentan abiertamente a su enfermedad o la niegan en los primeros meses tras el diagnóstico tenían una tasa de recidiva muy inferior a la de aquellas mujeres que afrontan la enfermedad con aceptación fatalista o con una actitud depresiva. En el primer grupo permanecían sin recidiva el 45% frente al 17% del segundo grupo.
• Un estudio muy diferente pero cuyos resultados apuntan en la misma dirección es el que hicieron Phillips, Ruth y Wagner (12). Tomaron como punto de partida la existencia en China de creencias profunda-mente arraigadas en la población: que el año de nacimiento influye en la vida de las personas y que los años terminados en ocho y en nueve se asocian con las aparición de tumores malignos. Así partie-ron de la hipótesis de que las personas chinas que contraen un tumor y cuyo año de nacimiento termina en ocho o en nueve están más propensas que las de otras etnias sin esas creencias a aceptar su enfermedad con una actitud fatalista y depresiva. Según el estudio citado ante-riormente de Greer y cols. les corresponde-ría una menor tasa de supervivencia. Posteriormente, examinaron los falleci-mientos de 28.169 chinos americanos adultos frente a 412.632 controles codifi-cados como “blancos” y concluyeron que los americanos de origen chino fallecen significativamente antes que los “blancos” cuando presentan una combinación de enfermedad y año de nacimiento conside-rada “funesta” (1,3 frente a 4,9 años de media). Los autores concluyen que esta reducción de la supervivencia es, al menos en parte, resultado de un proceso psicoso-mático.

La intervención psicológica

Todo lo dicho hasta ahora nos lleva a con-siderar la enorme importancia de los facto-res psicológicos en el desarrollo y evolu-ción de la enfermedad oncológica y de ahí la necesidad de una intervención psicoló-gica adecuada en cada momento, tanto para en paciente como para las personas de su entorno familiar que se van a ver directamente afectadas por el curso de la enfermedad. Es fundamental considerar a
la unidad familiar como un todo. La inter-vención psicológica ha de estar en todo momento integrada dentro del servicio de

atención médica de un modo interdiscipli-
nar.

El objetivo de la intervención psicológica es mejorar la calidad de vida y la adapta-ción del paciente y de los demás miem-bros de la unidad familiar. Para ello, pode-mos trabajar a partir de una intervención psicológica sencilla, que conste de: a) información sencilla y veraz sobre la enfer-medad y sus consecuencias, así como los efectos de los tratamientos; b) estrategias de afrontamiento, c) autohipnosis para controlar mejor el dolor y d) facilitar la expresión de emociones.
Las técnicas a utilizar dependerán del paciente, del momento concreto de la enfermedad y del síntoma a tratar. El psi-cooncólogo puede utilizar terapias cogni-tivo-conductuales, aplicadas de forma indi-vidual, grupal, como psicoterapia de familia o de pareja.
Las terapias cognitivo-conductuales facili-tan al sujeto técnicas para controlar reac-ciones secundarias al tratamiento (náu-seas, vómitos...), para disminuir el estrés, el dolor y la ansiedad, para aumentar la sensación de autocontrol y de cierto domi-nio sobre el propio cuerpo y para tratar alteraciones del sueño y de la alimenta-ción.
Mención especial merecen las terapias grupales y los grupos de autoayuda por el apoyo social que proporcionan tanto a pacientes como a familiares. Estas tera-pias han mostrado su eficacia para mejo-rar el estado afectivo y las relaciones interpersonales, para promover la adapta-ción a la enfermedad e incluso, para redu-cir el dolor.
Existen otras terapias cuya eficacia en pacientes oncológicos no está científica-mente demostrada, pero favorecen el bie-nestar emocional del paciente (5):
- El humor lo utilizan muchos pacientes
para enfrentarse a los aspectos más dolorosos de su situación. Además de aumentar el ritmo cardiaco, estimulando la circulación, libera tensiones y facilita la comunicación.
- La musicoterapia es la aplicación siste-
mática de música mientras se tratan algunos aspectos fisiológicos y psicológi-cos de la enfermedad. En pacientes oncológicos se utiliza la musicoterapia para tratar la ansiedad y el estrés y para reducir el dolor.
- La visualización utiliza el poder de la
mente para combatir la enfermedad. Carece de rigor científico y consiste en proporcionar al paciente instrucciones para imaginarse a las células sanas com-batiendo a las células cancerosas. Uno de sus principales riesgos es el peso que dejan caer sobre el paciente en cuanto a su implicación en la curación de la enfer-

medad. Los pacientes que utilizan esta técnica y no consiguen responder al tra-tamiento antineoplásico pueden sentirse culpables y frustrados por su fracaso y, por tanto, debe ser aplicada con mucha cautela.
La aplicación de técnicas conductuales a la medicina ha aumentado enormemente en los últimos años, debido entre otros factores al mayor énfasis en la participa-ción del paciente en su tratamiento y la mayor evidencia de que técnicas de relaja-ción y biofeedback pueden alterar funcio-nes fisiológicas. Las terapias conductua-les más utilizadas por su facilidad de aplicación y sus resultados se explican a continuación.
La hipnosis consiste en una relajación pro-funda asociada a visualización. Se utiliza con éxito para reducir la ansiedad y el dolor asociados a pruebas médicas, espe-cialmente con niños y adolescentes por su gran sugestionabilidad. Es también efec-tiva para reducir náuseas y vómitos, cuya causa es en ocasiones un factor apren-dido. Presenta el pequeño inconveniente de que la hipnosis debe ser previamente aprendida y practicada.
En relación con la hipnosis está la relaja-ción muscular progresiva. Se basa en la idea de que relajación y ansiedad son estados mutuamente excluyentes. La rela-jación muscular progresiva consiste en ins-truir al paciente para concentrarse, con los ojos cerrados, en cada uno de los diferen-tes músculos del cuerpo a la vez que se le dan sugerencias para ir relajando cada uno de ellos al máximo. Se obtienen bue-nos resultados en la reducción de la ansiedad, las náuseas y los vómitos antici-patorios.
La desensibilización sistemática es una técnica de contracondicionamiento, que consiste en obtener un estado de máxima relajación e ir acercando poco a poco el estímulo ansiógeno. Estos estímulos están ordenados en una jerarquía de manera que se presentan primero los que menos ansiedad producen hasta llegar a los más ansiógenos. Se intenta asociar estos estímulos aversivos con la situación incompatible de relajación, de manera que los estímulos vayan perdiendo su carácter ansiógeno. Se utiliza con éxito en el trata-miento de náuseas y vómitos anticipato-rios, así como para tratar la fobia al trata-miento o a pruebas diagnósticas. Tiene la ventaja de que sus efectos se mantienen aunque no se entrene, debido a los afec-tos del aprendizaje
La psicoterapia aplicada al campo de la
oncología tiene múltiples beneficios para
el paciente y su familia, ya que alivia algu-
nos síntomas derivados del cáncer y su
tratamiento y favorece la adaptación a la

30 [38]

C. DE PRADO ET AL. - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON CÁNCER

[39] 31

enfermedad. Las técnicas psicoterapéuti-

cas deberían presentarse como coadyu-

vantes al tratamiento oncológico, debido a
su probada eficacia, siendo fundamental

la presencia de expertos en psicología y
psiquiatría dentro del equipo multidiscipli-

nar de atención al enfermo oncológico.

Referencias bibliográficas

1. Carey MP, Burish TG. Aetiologyand treatment of the psychological side-effectsassociated with the cancer chemotherapy. Psychological Bulletin, 1988; 104:307-325.
2. Cohen S, Tyrrell DA, J Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. New England Journal of Medicine, 1991; 325: 606-612.

3. Cruzado JA, Labrador FJ. Intervención psicoló-gica en pacientes con cáncer. Revisiones en cáncer, 2000; Vol 14, 2: 63-82.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piastsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249: 751-7.
5. Die Trill M. Rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer. En: Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. M. González Barón, J. Feliu, P Bunera, E. Espinosa (eds). Editorial médica panamericana, Madrid,1996. Pág. 1070-1082.
6. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. Lancet1990; 335: 49-50.
7. Grossarth-Matticek R, Bastianans J, Kazazir D. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The yugoslav prospective study.

Journal of Psychosomatic Research 1985;29:167-176.
8. Holland JC, Rowland JH (Eds).Oxford University Press, New York 1991; pág.44-57.
9. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationship and health. Science 1988; 241: 540-545
10. Lazarus RS, Folkman S. El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulacio-nes tradicionales.. En: Estrés y procesos cogni-tivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona,1986; pág. 102-164.
11. Moorey S, Greer S. Psychological therapy for patients concerns. Londres. Heineman, 1989.
12. Phillips DP, Ruth TE, Wagner LM. Psicología y supervivencia. Lancet (ed esp) 1994. 24 (4) 178-81.
13. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989. Pág.888-92.
14. Themoshok I, Dreher H. Type C and cancer. New York: Random House, 1992.