

Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento

Clinical symptoms of emotional distress in breast cancer and its treatment

I. Amayra, A. Etxeberria, M. Valdosedá

Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto. Bilbao.

Resumen

El presente artículo realiza una revisión de diferentes estudios que analizan la incidencia y etiología de trastornos emocionales en la población de cáncer de mama y su tratamiento psicológico. Existe coincidencia en calificar de adaptativas las reacciones que las pacientes exhiben durante el proceso de enfermedad, si bien en un porcentaje de casos pueden alcanzar valor patológico. La vulnerabilidad mayor se daría en personas con edad inferior a 45 años, con una historia psiquiátrica y con estrategias de afrontamiento desadaptativas e inflexibles, como la claudicación y resignación. Para algunos de estos casos se han demostrado especialmente útil determinados tratamientos psicológicos. Por un lado, las intervenciones psicoeducativas reducen la incertidumbre y proporcionan recursos para afrontar los tratamientos médicos, por otro, las intervenciones psicoterapéuticas refuerzan los vínculos sociales, facilitan la expresión de las emociones y abordan cuestiones existenciales comunes al enfermo de cáncer.

Introducción

El cáncer de mama es, probablemente, el tumor maligno más ampliamente estudiado en relación con su impacto psicológico. En parte, por que es el más común entre la población femenina, por su naturaleza insidiosa y, además, porque simboliza a un órgano que está íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad. La experiencia del cáncer de mama no representa un único acontecimiento en el tiempo, sino más bien una serie de experiencias que se extienden por el continuum de la enfermedad (1). El conocimiento de padecer una enfermedad crónica, el impacto psicosocial de la cirugía, el desasosiego producido por las sen-

saciones de la quimioterapia o el temor a la recidiva (Síndrome de Damocles) son sólo algunos de los desencadenantes de las manifestaciones psicopatológicas. En el presente artículo describimos estas secuelas emocionales, analizando la prevalencia, etiología y sintomatología de trastornos psicológicos adaptativos y formales, a la vez que presentamos diferentes alternativas psicoterapéuticas para el control y/o remisión de los síntomas psicológicos.

Prevalencia y etiología de trastornos psicológicos

La prevalencia de trastornos psicológicos en población oncológica varía dependiendo de los estudios y de los síntomas investigados. En este sentido, durante la última década, varios autores (2-7) han señalado diferentes déficits metodológicos en la evaluación diagnóstica. Entre ellos: a) La escasa fiabilidad de ciertos criterios diagnósticos seguidos, como el DSM-IV y el ICD-10, que no consideran suficientemente que la sintomatología neurovegetativa de la ansiedad y depresión se solapa con frecuencia con los signos clínicos de la enfermedad tumoral y/o con los efectos secundarios de los tratamientos médicos (8). b) La deficiente conceptualización del constructo ansiedad o depresión: algunos autores los definen como síntomas y otros como síndromes. c) La no consideración de que los trastornos pueden ser preexistentes o concurrentes a la enfermedad. d) El tipo de muestra clínica analizada: algunos estudios incluyen pacientes con diferentes grados de enfermedad y tipo de tratamiento.

En los estudios clínicos que han superado estas limitaciones, una observación que puede resultar sorprendente es que casi la mitad de los pacientes no tiene síntomas psiquiátricos. El porcentaje de trastornos psicológicos adaptativos no supera el 30%, mientras que cerca de un 20% presentan un diagnóstico psicológico formal: trastornos de ansiedad no reactivos, depresión mayor, síndromes orgánicos cerebrales, y, en menor medida, trastor-

nos de personalidad y alimenticios relevantes (8-9). De esta última cifra, cuando se excluye a aquellas personas con psicopatologías preexistentes, el porcentaje final se sitúa entre el 6% y el 15% (10), aproximándose al de la población general (10-11). La única excepción a los datos mencionados cabe hacerla con las enfermas de cáncer de mama con enfermedad avanzada. En este grupo particularmente vulnerable la incidencia de trastornos psicológicos es concurrente a la debilidad física y a los síntomas de dolor. Así, aproximadamente el 77% de las pacientes con estadio avanzado sufren de depresión severa. Respecto a la etiología, y excluidas posibles causas orgánicas y yatrogénicas, la intensidad, frecuencia y duración de la afectación emocional parecen ser dependientes de la vulnerabilidad personal. En esto último parecen influir varios factores predictores, de entre los que sobresalen (8,12): el deterioro de la condición física, la menor edad (13), una historia familiar o personal de morbilidad psiquiátrica, la baja eficacia de los estilos de afrontamiento adoptados ante demandas previas a la enfermedad (ej.: negación, evitación y capitulación) (14-15), el grado de interiorización de las metáforas e imaginario social del cáncer (ej.: dolor, sufrimiento, soledad...), la experiencia indirecta previa con la enfermedad, la menor percepción de control sobre los acontecimientos (locus of control externo), el escaso grado de asimilación de la información médica proporcionada y la insatisfacción por el apoyo familiar, sanitario y social recibido.

Trastornos psicológicos adaptativos

No todo el distress emocional diagnosticado en enfermas de cáncer de mama puede o debería ser calificado como patológico sino más bien como transitorio o adaptativo. Sus reacciones son, en sustancia, similares a las observadas en otras personas que afrontan situaciones de crisis como: ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza (16). Dentro del proceso de enfermedad destacan cuatro momentos críticos: el impacto de la comu-

Correspondencia:
Imanol Amayra Caro
Departamento de Psicología de la Facultad de
Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad
de Deusto. Bilbao.
Correo electrónico: iamayra@fice.deusto.es

nicación diagnóstica, la fase de los tratamientos, la aparición de signos de recidiva y/o progresión de la enfermedad y la fase terminal.

El diagnóstico

El diagnóstico representa para muchas personas el momento de mayor estrés emocional. Como tal, suele ser valorado como un acontecimiento traumático, en especial para las mujeres más jóvenes (<45 años) y con un locus of control externo (1). Durante este periodo es posible observar que las reacciones adaptativas atraviesan tres fases distintas: a) Una primera fase, o reacción inicial, en la que predominan los sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación. Algunas pacientes describen un periodo de entumecimiento e incluso de alienación que les permite un cierto distanciamiento emocional de las implicaciones de la crisis. Otras pacientes experimentan una sensación inmediata de desesperación y desmoralización, que a menudo se expresa en frases como la siguiente: <<sabía que iba a ocurrir...>>. b) Una segunda fase, o disforia, en la que sobresalen signos clínicos de ansiedad, humor depresivo, problemas cognitivos (atención y concentración) y alteración de las actividades diarias. c) Una tercera fase, o adaptación, en la que se produce el ajuste a la nueva situación y se empiezan a atisbar razones de optimismo.

Fase terapéutica

Durante este periodo, el frágil equilibrio emocional logrado puede de nuevo quebrarse. En relación a la cirugía mamaria, los estudios comparativos efectuados sobre las repercusiones psicosociales del tratamiento conservador o radical no son concluyentes. Mientras que para algunos (3, 17) las mujeres con cirugía conservadora presentan una mejor autoimagen y ajuste marital, para otros no afecta a ciertos parámetros fundamentales del bienestar psicológico (14, 18, 5). En especial, no reduce el temor a la recidiva. Sin embargo, en lo que la mayoría parece estar de acuerdo es que la mastectomía produce sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal y pone a prueba la eficacia de estrategias de afrontamiento, como la negación o la evitación, adoptadas durante el periodo diagnóstico. La amenaza al autoconcepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no disponen de pareja (8). La experiencia de la quimioterapia parece ser más estresante en el caso de los casos de cáncer de mama recidivante. Cuando tiene carácter adyuvante, la percepción de control frente al desarrollo de la enfermedad permite paliar los síntomas de ansiedad y depresión reactiva relacio-

nados con la náusea, la émesis, la debilidad y el cansancio (16, 20). No obstante, se aprecia una vulnerabilidad psicológica mayor en: a) Personas con una discrepancia mayor de expectativas respecto a los efectos secundarios del tratamiento, lo que les lleva a interpretar signos yatrogénicos como indicativos de progresión de la enfermedad, y a presentar una mayor susceptibilidad de desarrollo de sensaciones de náusea o episodios de vómito pre y postquimioterápicos (20-22). b) Personas en las que la belleza física es primordial en su autoconcepto y que pueden interpretar la caída del cabello como un ataque intolerable a su identidad, llegando a experimentar sensaciones de desintegración corporal (23). c) Pacientes jóvenes que perciben la modificación parcial o total de los ciclos menstruales como signos de esterilidad definitiva.

Finalmente, la radioterapia es, según algunos autores (23), el tratamiento que está rodeado de un mayor misterio e incompreensión. A menudo, las pacientes se muestran temerosas de someterse a un tratamiento invisible que les obliga a permanecer inmóviles, en silencio y solas debajo de una gran máquina. Existen además otros prejuicios más específicos, como los de resultar quemadas, desfiguradas o perder funciones fisiológicas esenciales. A esto se añade la incertidumbre de poder resultar contaminadas, percepción que con frecuencia se acompaña de sentimientos de abandono, alienación y soledad.

Recidivas y enfermedad terminal

La recidiva es el signo más temido durante los cinco primeros años posteriores al periodo quirúrgico. La mayoría de las mujeres permanecen vigilantes durante este periodo y se sienten relativamente seguras cuando no aparecen signos clínicos de alarma. El diagnóstico de metástasis o de recidiva suele producir una serie de reacciones inmediatas (16): a) Disonancia cognitiva. Esto es, el cambio en el sistema de creencias para ajustarse a la nueva información, que suele ir acompañada, o bien de sentimientos de fracaso respecto a la elección terapéutica realizada, culpabilizando al médico y minimizando su propia responsabilidad, o, en cambio, de reacciones que niegan la severidad de la recurrencia. b) Pérdida de esperanza. La mujer puede creer que la recidiva indica la muerte inminente y, en consecuencia, sentirse desesperanzada, adoptando una actitud de resignación y abandono. c) Negación. Supone la reactivación de mecanismos psicológicos de defensa exhibidos durante la fase inicial de la enfermedad, manifestándose en forma de conductas de evitación como: no acudir a las citas médicas o demorar la verificación de una nueva lesión. Con el paso del tiempo, el valor adaptativo de la negación disminuye,

siendo sucedida por sentimientos depresivos en los que predomina la indefensión y la desesperanza. d) Aflicción y duelo. El duelo normal incluye reacciones de negación, ira, depresión y negociación. Comienza a aparecer durante el proceso de transición de la fase de recidiva a la fase de enfermedad terminal e inicialmente puede centrarse en un sentimiento de inadecuación personal por no haber logrado la curación.

Trastornos psicológicos formales

Son básicamente tres: el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión.

Trastorno de estrés postraumático

Como señalan algunos autores (24-25) un porcentaje reducido de pacientes de cáncer de mama reportan síntomas de estrés postraumático, oscilando entre un 6% (26) a los dos años y medio después del diagnóstico y un 22% (27) a los cinco años y medio después del diagnóstico. Entre las posibles causas sobresalen: el miedo y la reacción de pánico al diagnóstico; la sensación de indefensión y falta de control; la reexposición a estímulos asociados con el tratamiento; las sensaciones fantasmas y la incertidumbre y ambigüedad asociadas al temor a la recidiva (Síndrome de Damocles). En la mayoría de los casos, los síntomas predominantes serían: a) Pensamientos recurrentes e invasores que, según un estudio efectuado en 1996 (24), llegan a afectar al 50% de las pacientes en los días inmediatamente posteriores al diagnóstico, b) Pesadillas y episodios disociativos (flashbacks), c) Inhibición afectiva. d) Evitación de pensamientos o sentimientos asociados con el cáncer. e) Aislamiento. f) Alienación. Finalmente, los factores de riesgo serían (25, 28): la menor edad, la reactividad emocional, un peor ajuste familiar y marital, el escaso éxito en el afrontamiento de situaciones previas y la incidencia de estrés postraumático antes de la enfermedad.

Ansiedad

Un estudio efectuado en 1994 (4) divide los trastornos ansiosos en enfermos de cáncer en: ansiedad reactiva, ansiedad relacionada con factores médicos y trastornos ansiosos relacionados con ansiedad preexistente. La ansiedad reactiva, que en promedio llega a afectar a cerca de un 40% de las pacientes, está vinculada a momentos de crisis ya señalados en anteriores apartados. De entre ellos quizás merece señalarse el periodo quimioterápico. Dependiendo de la agresividad del protocolo, los niveles de ansiedad pueden afectar al 66% de las pacientes (29). Por otro lado, la ansiedad relacionada con fac-

tores médicos, o síndrome orgánico ansioso (4), está asociada a síntomas neoplásicos (dolor, distress respiratorio severo) y a efectos farmacológicos (corticoesteroides, antieméticos, analgésicos, broncodilatadores y estimulantes β adrenérgicos). Finalmente, los trastornos ansiosos relacionados con ansiedad preexistente más frecuentes son las fobias y el pánico.

Tanto en los casos de ansiedad reactiva, como en los de fobia y pánico, la etiología psicológica más frecuente suele ser (30): la amenaza a la integridad narcisística, el miedo a la mutilación, el miedo a la pérdida del control físico, el miedo a la pérdida de autonomía, el miedo a la muerte, la preocupación de dependencia y la angustia de abandono o separación. El colectivo más vulnerable es, sin duda, el de las mujeres con edad inferior a 45 años (13,31) que expresa entre sus preocupaciones: el no sobrevivir para ver crecer a sus hijos, la infertilidad, amenorrea y el impacto psicológico y sexual asociado al cambio en la apariencia física.

En opinión de la mayoría de los autores, un correcto diagnóstico de la ansiedad supone: a) No desatender el hecho del solapamiento de los síntomas físicos de la enfermedad y de los tratamientos con los síntomas neurovegetativos de este trastorno emocional, en especial: vértigo, palpitaciones, dolor de pecho, dolor abdominal, diarrea, dificultad de respiración, sudoración excesiva o náuseas. b) Centrarse en los signos cognitivos y conductuales: conductas de evitación (demora diagnóstica o terapéutica), pensamiento recurrente y negativo, hipervigilancia selectiva, inquietud e hiperactividad.

Depresión

El estado afectivo depresivo es una respuesta frecuente asociada a situaciones de pérdida. Por lo común, algunas enfermedades de cáncer de mama pasan por un periodo de depresión reactiva después del conocimiento diagnóstico. Esta respuesta puede cronificarse en forma de depresión mayor como consecuencia del estrés psicosocial producido por la quimioterapia o la progresión de la enfermedad. Desde el punto de vista diagnóstico, y al igual que en el caso de la ansiedad, una decisión relevante es la de la inclusión o no de síntomas neurovegetativos. El enfoque exclusivista (4, 6, 8, 10, 32), preocupado sobre todo por los falsos positivos, otorga preeminencia a los síntomas afectivos en detrimento de los síntomas neurovegetativos. Para estos clínicos, la tristeza, la anhedonia, los sentimientos de indefensión, desesperanza e inutilidad, la pérdida de la autoestima, los episodios de llanto y la ideación suicida son los predictores más sensibles de la depresión. Por su parte, el enfoque inclusivista (33), más centrado en los falsos negativos, considera que la

exclusión de los síntomas somáticos impide detectar formas ambiguas de depresión en las que predomina la somatización como signo cardinal del malestar emocional. Esta ausencia de consenso, y el hecho de la variabilidad de la depresión, dependiente de variables como el estadio de enfermedad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el momento de evaluación y el tipo de tratamiento médico, explicaría la disparidad de índices de prevalencia en población oncológica: del 1,5 al 50% (7). Actualmente se considera ajustado el dato que señala aproximadamente el 22% de prevalencia de depresión mayor en cáncer de mama (10). No obstante, este porcentaje se reduce sensiblemente –hasta el 8%– cuando se excluyen aquellos casos de condición depresiva preexistente o trastorno depresivo orgánico (7,10).

Los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de depresión mayor serían (6-7,34): a) Intrínsecos: enfermedad avanzada, dolor e impacto de los tratamientos, y b) Extrínsecos: aislamiento, pérdidas recientes, actitud pesimista y resignada, historia familiar y/o personal psiquiátrica, especialmente de alcoholismo, trastornos de humor depresivo e intentos de suicidio.

Tratamientos

Durante los últimos veinte años se han diseñado diferentes líneas de intervención psicoterapéutica con pacientes de cáncer. Todas ellas parecen obedecer a un propósito común: ayudar a afrontar mejor los aspectos emocionales de la enfermedad. Otros objetivos secundarios serían: favorecer la expresión de los afectos e incrementar la percepción de control a través de programas educativos. Diferentes estudios efectuados (35) señalan que las personas con una probabilidad mayor de ser tratadas serían aquellas que reúnen algunas de las siguientes características: edad inferior a 50 años, desajuste emocional que persiste durante al menos 18 meses después del diagnóstico, historia personal y/o familiar psiquiátrica, aislamiento social, historia reciente de pérdidas, obligaciones múltiples y empleo inflexible de ciertas estrategias de afrontamiento, sobre todo claudicación y resignación. Desde un punto de vista formal, y atendiendo a diferentes criterios, es posible establecer una distinción en los tratamientos psicológicos entre intervenciones psicoterapéuticas e intervenciones psicoeducativas. A su vez, dentro de estas dos categorías, se pueden apreciar ciertas diferencias en función de su grado de estructuración, su aplicación individual o grupal y del propósito terapéutico que persiguen.

Intervenciones psicoeducativas

Los programas psicoeducativos parten del presupuesto de que proporcionar información sobre la enfermedad y los tratamientos incrementa los recursos de afrontamiento propios y tiene el potencial de reducir la ansiedad asociada con la visita clínica y con eventos posteriores relacionados con el tratamiento y la recuperación (36). Además, con independencia de los beneficios obvios sobre la calidad de vida, algunos autores (36) afirman que también puede mejorar la satisfacción del paciente con la atención recibida y potenciar la adherencia a las recomendaciones médicas.

Dentro de esta línea es posible diferenciar entre métodos de intervención a corto y a largo plazo (más de tres meses). Entre los primeros, destacan los programas diseñados para que la persona tolere mejor ciertos tratamientos médicos. Por ejemplo, el método de preparación para el afrontamiento de la quimioterapia (PREP) fue creado en 1991 por un equipo de la Universidad de Vanderbilt (37). Durante un periodo de noventa minutos se realiza un programa de orientación en el que cada paciente: realiza una visita guiada a la clínica, asiste a la presentación de un vídeo sobre la quimioterapia, participa en una sesión de discusión y, finalmente, recoge un folleto explicativo. Este mismo procedimiento, pero en una versión grupal y de menor duración, ha sido posteriormente aplicado en otros centros (36) con idénticos resultados respecto a sus controles: incremento del conocimiento de la enfermedad y sus tratamientos, disminución apreciable de la ansiedad, menor número de pacientes que reportan sensaciones fantasma, menor incidencia de reacciones de náusea anticipatoria y mayor satisfacción por la atención sanitaria recibida.

Los programas psicoeducativos a largo plazo suelen inspirarse en los desarrollos y aplicaciones de la denominada Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) ideada en 1989 por dos clínicos ingleses (38). La TPA es una técnica cognitivo-conductual breve que intenta identificar cuestiones significativas en el paciente de cáncer, a la vez que enseña estrategias cognitivas y conductuales para la resolución de problemas y favorece la aparición de actitudes positivas de lucha. Está indicada en casos clínicos en los que las reacciones desadaptativas persisten durante al menos dos semanas y están asociadas a un estresor ocurrido durante los tres meses previos. Entre sus objetivos principales están: a) La reestructuración cognitiva de patrones de pensamiento desadaptativo y de creencias irracionales sobre la enfermedad y los tratamientos. b) Aplicación de métodos conductuales como la relajación, técnicas de comunicación efectiva, fijación de metas y manejo del estrés mediante el

aprendizaje de estrategias eficaces de afrontamiento.

Los estudios efectuados con la TPA (39-42) coinciden en señalar su eficacia en: la reducción de la ansiedad y depresión, el incremento de la percepción de control, la mejor adaptación al cáncer y la adopción de estrategias de afrontamiento, alejadas de actitudes pesimistas y resignadas. Los estudios de seguimiento posteriores han revelado que las mejoras evidenciadas en la calidad de vida durante los tres primeros meses postratamiento, no se mantenían necesariamente en todos los casos a los seis y doce meses. Este hecho parece tener que ver con la modalidad de aplicación y con el tipo de paciente: los tratamientos grupales parecen ser menos eficaces que los individuales y los pacientes con puntuaciones más elevadas de ansiedad y depresión responden mejor.

Intervenciones psicoterapéuticas

La mayoría de estas intervenciones con pacientes de cáncer de mama utilizan un formato grupal. Además del inherente potencial de cambio psicoterapéutico, la experiencia grupal tiene beneficios adicionales: reducción del aislamiento, permite el intercambio de experiencias, estimula la aparición de sentimientos de empatía, los pacientes ganan autoestima en el proceso de ayuda mutua y, respecto a la psicoterapia individual, es económicamente más viable. Dentro de este epígrafe, destacan la psicoterapia expresiva de grupo de Spiegel y la psicoterapia cognitivo-existencial de grupo de Kissane. Estos procedimientos comparten la opinión de que evitar la discusión de una experiencia traumática favorece la inhibición afectiva, lo cual tiene consecuencias emocionales y fisiológicas negativas. Por eso, y dado que el distress emocional es común entre las pacientes, la posibilidad de compartir inquietudes y sentimientos puede ayudar a paliar el estrés ocasionado por la enfermedad.

La psicoterapia expresiva de grupo (43) fue ideada en principio como un programa dirigido a pacientes con cáncer de mama metastático. El tratamiento consiste en una sesión semanal de noventa minutos durante doce semanas, aunque puede extenderse hasta un año. Se pone el énfasis en la apertura y expresión honesta de sentimientos y en la recepción y oferta de apoyo social. Otros aspectos fundamentales serían: ayudar a que cada paciente enfrente y maneje sus propios temores, promover la transición de estrategias de afrontamiento pasivas a activas y el aprendizaje de técnicas de autohipnosis y de control del dolor. A diferencia de las psicoterapias de grupo tradicionales (35), en la psicoterapia expresiva se anima a las participantes a reforzar el vínculo fuera de las sesiones, todo gira en torno al ahora y al futuro y las personas que acuden al grupo

no lo hacen sólo debido a dificultades psicológicas, sino más bien a causa de su status físico y como medio para afrontar su enfermedad.

El papel del terapeuta es dirigir las conversaciones hacia aspectos emocionales, personales y de relevancia para el grupo. Si bien se permite la discusión de temas que preocupan al grupo, el terapeuta está también entrenado para explorar asuntos calificados como preocupaciones universales para las enfermas de cáncer de mama: a) Construcción de vínculos de apoyo y contrarrestar el aislamiento social. b) Afrontamiento de las sensaciones de incertidumbre, indefensión y falta de control. c) Desmitificación del temor a la muerte. d) Incremento de las relaciones con la familia y los amigos. e) Mejora de la comunicación con el equipo sanitario. f) Adaptación a los cambios producidos en el self y en la imagen corporal. g) Aprender a controlar el dolor y la ansiedad. Los diferentes estudios de seguimiento efectuados (35, 43) destacan la eficacia de la psicoterapia expresiva en la reducción de la ansiedad, depresión, confusión y fatiga, así como el menor empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

La psicoterapia cognitivo-existencial es un procedimiento dirigido a enfermas de cáncer de mama en el estadio inicial y que en ese momento están recibiendo tratamiento médico. Sus creadores (44) han identificado seis metas de mejora de la calidad de vida: 1) Promover un ambiente de apoyo. 2) Facilitar la elaboración del duelo de las múltiples pérdidas. 3) Modificar los patrones cognitivos desadaptativos. 4) Incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades de resolución de problemas. 5) Promover la percepción de dominio y autocontrol. 6) Anticipar las prioridades del futuro.

Cada grupo suele estar integrado por un total de seis a ocho personas, que se reúnen una vez a la semana, durante noventa minutos por sesión, hasta un total de 20 sesiones. El terapeuta, que realiza una labor directiva, coordina el progreso del grupo mediante el desarrollo de tres fases. Durante la fase inicial, se estimula de forma activa la autoreflexión, la cohesión y el reconocimiento de la universalidad de la experiencia de la enfermedad, superando de esta manera el sentimiento de soledad. En la fase intermedia, además de favorecer el aprendizaje vicario, se destaca cómo confrontar la angustia ante la muerte o el duelo por las pérdidas y cómo adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas que inspiren sentimientos de esperanza y percepción de dominio. Asimismo, el intercambio de información, el altruismo y el apoyo mutuo son otros mecanismos terapéuticos en los que se trabaja en esta fase. En la fase final, se revisa el capítulo de pérdidas y de duelo a

la vez que se realiza la reevaluación de las prioridades y compromisos de futuro.

Hasta el momento, la psicoterapia existencial se haya en periodo de ensayo, si bien un reciente estudio (44) señala algunas ventajas respecto a procedimientos psicoeducativos como la Terapia Psicológica Adyuvante; en concreto, su mayor duración y el abordar un amplio número de temas centrales a la experiencia humana, como la ansiedad ante la muerte, la sexualidad o las relaciones familiares.

Por último, conviene mencionar otra modalidad terapéutica, como es la de los programas de autoayuda, integrada por personas que comparten una condición común. La mayoría de las experiencias se inspiran en los programas norteamericanos de voluntariado "Reach to Recovery" y "I Can Cope". Las principales razones de su existencia serían: a) Tratar necesidades no satisfechas por otras instituciones. b) Ofrecer un servicio acorde con el espíritu democrático e igualitarista de los tiempos actuales. c) Responder a la necesidad de afiliación personal. Asimismo, se subrayan la importancia de la autoconfianza y la necesidad de ofrecer una ayuda rápida basada en el altruismo y en la inculcación de sentimientos de esperanza. El proceso de cambio grupal está bajo el control de los mismos enfermos: los miembros dirigen la provisión de servicios y algunas de las técnicas terapéuticas empleadas surgen de su experiencia personal. La mayoría de las integrantes de los grupos de autoayuda son personas que presentan un adecuado apoyo social de familiares y amigos y que no acusan niveles mayores de psicopatología respecto a las que no son miembros (45). En opinión de algunos autores (45) los principales beneficios terapéuticos que se derivan de esa práctica serían: el establecimiento de vínculos sociales, el mayor insight o autoconocimiento y la atenuación del simbolismo estigmático que suele asociarse a la palabra cáncer.

En resumen, diversas intervenciones parecen ser efectivas en la mejora de múltiples problemas psicosociales de las enfermas de cáncer de mama. Cada programa terapéutico trata diferentes necesidades que en su conjunto contribuyen a una mayor calidad de vida (46). Las intervenciones psicoeducativas ayudan a las pacientes a afrontar la ausencia de información y las reacciones estresantes de los tratamientos médicos. Las intervenciones psicoterapéuticas, en cambio, parecen ayudar a las pacientes a confrontar las preocupaciones interpersonales y existenciales, a la vez que les proporcionan la oportunidad de obtener apoyo de otras personas que se encuentran en una posición similar. En términos generales, el éxito terapéutico no radica sólo en la experiencia y liderazgo del psicoterapeuta sino de otras variables

relativas al paciente: el nivel del conciencia respecto al diagnóstico, la edad, la recurrencia de la enfermedad y las preferencias hacia un enfoque terapéutico concreto. En cambio, el fracaso terapéutico en la mayoría de los casos, está relacionado con el desconocimiento de que el cáncer es una secuencia ininterrumpida de estresores que provocan reacciones psicológicas adaptativas que con frecuencia son mal interpretadas como signos de enfermedad. Paradójicamente, la excesiva psicologización que acompaña al proceso de enfermedad puede producir efectos perversos: estigmatizar las normales y esperadas reacciones de ansiedad y depresión, proyectar sobre el enfermo la angustia de soledad y de desintegración de una sociedad con frecuencia preocupada por la salud o inculcar como legítimas ciertas actitudes estándar ante la enfermedad que muy probablemente no se adecuen ni a la personalidad del paciente ni al momento de la enfermedad. En conclusión, el apoyo psicológico a las enfermas de cáncer de mama tiene lugar como una relación que proporciona sentimientos de confort y alivio y que las reasegura en la convicción de ser respetadas y estimadas por sus valores. Una relación de este género permite a la paciente mantener el control al menos sobre su vida afectiva, despertando la conciencia de sus vivencias existenciales y de sus vínculos afectivos.

Referencias bibliográficas

- Zabora JR, Blanchard CG, Smith DE, Roberts CS, Glajchen M, Sharp JW, et al. Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology* 1997; 15: 73-87.
- Silberfarb PM, Maurer H, Crouthamel C. Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 450-455.
- Kemeny MM, Wellisch D, Schain W. Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer* 1988; 62: 1231-1237.
- Breitbart W. *Psycho-Oncology: Depression, anxiety, delirium*. *Seminars in Oncology* 1994; 21: 754-769.
- Wolberg WH, Romsaas EP, Tanner MA, Malec JF. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *Cancer* 1989; 63: 1645-1655.
- Mermelstein HT, Lesko L. Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1992; 1: 199-215.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. *Diagnosis, biology and treatment*. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 89-99.
- Massie MC, Holland JC. Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990; 51: 12-17.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Pisetsky S, Schmale A, Henrichs M, Carnicke C. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
- Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: An appraisal of the literature of detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 315-333.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations of the Los Angeles general population. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 712-717.
- Weisman A. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *American Journal of the Medical Sciences* 1976; 271: 187-196.
- Dunn J, Steginga SK. Young women's experience of breast cancer: Defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 137-146.
- McCaul KD, Sandgren AK, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 230-236.
- Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology* 1996; 15: 434-437.
- Haber S. *Breast cancer. A psychological treatment manual*. 1ª ed, Nueva York: Springer Publishing, 1995.
- Steinberg MD, Juliano MA, Wise L. Psychosocial outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 32-39.
- Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal* 1986; 293: 1331-1334.
- Amayra I. *Calidad de vida y quimioterapia del cáncer de mama*. Bilbao: Universidad de Deusto. 1994.
- Andrykowski MA, Gregg MA. The role of psychological variables in post-chemotherapy nausea: Anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54: 48-58.
- Morrow G, Lindke J, Black PM. Anticipatory nausea development in cancer patients: replications and extension of a learning model. *British Journal of Psychology* 1991; 82: 61-72.
- Guex P. *Psicología e cancro. Un approccio globale al malato e alla sua famiglia*. 1ª ed. Milán: Franco Angeli. 1988.
- Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology* 1996; 5: 1-8.
- Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 521-537.
- Alter CL, Pelcovitz D, Axelrod A, Goldenberg B, Harris H, Meyers B et al. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics* 1996; 37: 137-143.
- Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PA, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995; 63: 981-986.
- Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1-year follow-up. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 69-78.
- Olafsdottir M, Sjöden PA, Westling B. Prevalence and prediction of chemotherapy-related anxiety, nausea and vomiting in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy* 1986; 24: 59-66.
- Derogatis LR. *Anxiety and depressive disorders in the medical patient*. 1ª ed. Washington: American Psychiatric Press. 1989.
- Bloom JR, Kessler L. Risk and timing of counseling and support interventions for younger women with breast cancer. *J.Nat.Cancer Inst.Monogr.* 1994; 16: 199-206.
- Snaith RP. The concepts and assessment of depression in oncology. *Journal of Psychosocial Oncology* 1988; 5: 133-139.
- Rodin G, Craven J, Littlefield C. *Depression in the medically ill*. 1ª ed. Nueva York: Brunner-Mazel. 1991.
- Berard RMF, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment and management. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 112-120.
- Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott PB, Mudaliar N, Pierce I, et al. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 482-493.
- McQuellon RP, Wells M, Hoffman S, Craven B, Russell G, Cruz J, Hurt G, et al. Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 207-217.
- Burish TG, Snyder SL, Jenkins RA. Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 518-525.
- Moore S, Greer S. *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. 1ª ed. Oxford: Heinemann Medical Books. 1989.
- Edelman S, Kidman AD. Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 306-314.
- Moore S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 218-228.
- Bottomley A, Hunton S, Roberts G, Jones L, Bradley C. A pilot study of cognitive behavioral therapy with social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology* 1996; 14: 65-83.
- Watson M, Fenlon D, McVey G. A support group for breast cancer patients: development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural Cognitive Psychotherapy* 1996; 24: 73-81.
- Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 527-533.
- Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer: techniques and themes. *Psycho-Oncology* 1997; 6: 25-33.
- Lieberman MA. The role of self-help groups in helping patients and families cope with cancer. *Ca-a-Cancer Journal for Clinicians* 1988; 38: 162-169.
- Iacovino V, Reesor K. Literature on interventions to address cancer patients' psychosocial needs: what does it tell us?. *Journal of Psychosocial Oncology* 1997; 15: 47-71.