

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

María del Carmen Llantá Abreu
Jorge Grau Abalo
Coralía Massip Pérez

El impacto del cáncer

El cáncer no es una enfermedad única, bajo este diagnóstico se agrupan no menos de 200 tipos de enfermedades con localización, etiología, clínica, evolución y pronósticos diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y provocando metástasis. Causa actualmente la décima parte de la mortalidad total y la segunda causa de defunción por orden de frecuencia en la mayor parte de los países desarrollados; tiene aun más de la mitad de los casos en las tres cuartas partes de la población mundial que vive en países en vías de desarrollo y, además, cerca de la mitad de todas las muertes por esta enfermedad son debidas a tres tipos de cáncer: el de pulmón, el de colon y el de mama. El análisis de sus tendencias actuales muestra que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, este problema de salud se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del próximo siglo, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años (MINSAP, 1996, 2000).

En la actualidad se estima que de nueve millones de casos nuevos de cáncer, cuatro millones se sitúan en países desarrollados y cinco millones en países en desarrollo. Dentro de unos 25 años es probable que estas cifras sean de 15,5 y 10 millones respectivamente. Mientras que el aumento será del 25 % en los países desarrollados, en el mundo en desarrollo llegará al 100 %. Actualmente hay 17,5 millones de personas enfermas de cáncer, pero en el 2015 esa cifra pasar probablemente de 30 millones (Celentano, 1991; OMS, 1995; ALICC, 1997). Para el año 2020, el número de casos nuevos de cáncer a escala mundial se duplicará a 20 millones por año. En estos momentos más de la mitad de los casos nuevos aparecen en países en desarrollo; para el 2020 la proporción alcanzará el 70 %. Las muertes por cáncer también aumentaran de 6 a 12 millones por año (Murray y López, 1996). En el año 2000 se estimaron 459,000 defunciones por cáncer en los países de América Latina y el Caribe, lo que representó un aumento del 33 % con respecto a las cifras de 1990; las localizaciones más frecuentes en el 2000 eran cervix, mama, estómago y pulmón (Centro y Sur América), aunque en el Caribe el de próstata sustituía el lugar del cáncer de estómago (OPS/OMS, 2001; Romero, 2003). Las estimaciones de años perdidos (en miles) por muerte y discapacidad ligadas a diferentes tipos de cáncer estaban en 2000 entre 113 (por cáncer de ovario) y 586 (por cáncer de cervix, siendo de importancia las cifras de próstata (197) y mama (552) (OPS/OMS, 2002; Romero, 2003).

De todo lo anterior se infiere que el cáncer es uno de los más graves problemas

de salud en el mundo, y también en la región de América Latina y el Caribe. Pero el impacto del cáncer no está dado solamente por las estadísticas y los estudios epidemiológicos clásicos. La sospecha de padecer un cáncer es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbres que origina. Cohen y Lazarus (1979), establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a la modificación de los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a la comprensión de la terminología médica, a la toma de decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a la pérdida de la intimidad física y psicológica, etc. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando, según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte. Se hace impostergable que los profesionales y el personal sanitario tengan plena conciencia y compromiso emocional con las palabras referidas por Ramón Bayés (2001): “Un hombre enfermo es esencialmente un hombre vulnerable que se siente amenazado por la invalidez, el malestar, la succión por el cuerpo, la soledad y la anomalía”. Por tanto, el acto médico no consiste sólo en manipular al organismo de los pacientes para evitar la muerte o mejorar su funcionamiento; incluye también la necesidad de proporcionarle calidad de vida, bienestar, y de tratar de alejar, en la medida de lo posible, el sufrimiento de sus vidas, en especial del que se produce en la confrontación de los enfermos con pérdidas -o expectativas de pérdidas- biológicas o psicológicas, subjetivamente importantes para ellos, y muy en especial, con la pérdida de la propia vida.

Estas características de la enfermedad que se conoce globalmente como cáncer, y que como vemos tiene una enorme connotación psicosocial en la población y genera un impacto emocional difícil de medir en estadísticas, ha generado un campo de aplicación práctica de la Psicología de la Salud, condicionado por el reconocimiento del papel que desempeña el psiquismo y la conducta humana en su etiología y evolución, así como en las propias manifestaciones de la enfermedad, asociadas a sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre e impredecibilidad del curso de la enfermedad, al distrés afectivo que genera y a las afectaciones a la autonomía, controlabilidad, imagen corporal y autoestima de los pacientes, entre otras manifestaciones. Los tratamientos aversivos, mutilantes y prolongados en tiempo, que requieren muchos de estos pacientes, así como el estigma social dado por las creencias, atribuciones y representaciones sociales del cáncer en la población, hacen que la enfermedad se vea como sinónimo de muerte y sufrimiento, aún cuando los tratamientos médicos oncoespecíficos hayan experimentado un notable desarrollo que hacen posible, en la actualidad, más curaciones efectivas en casos de cáncer (Bayés, 1996; Llantá, Grau y Pire, 1998)

La Psicología Oncológica como campo de la Psicología de la Salud y sus tareas en la lucha contra el cáncer

La *Psicología Oncológica* o *Psicooncología* se considera actualmente un campo de la Psicología de la Salud que se centra en el estudio e intervención sobre los factores psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sus familiares y el equipo de salud, así como sobre los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia con el empleo de categorías, conceptos métodos y técnicas propias de la Psicología (Bayés, 1991, 1999; Llantá, Grau y Chacón, 1996; Grau, Llantá y Chacón, 1998, 2000; Grau, 2001).

Una consideración especial merece la distinción conceptual y práctica de la *Psicooncología* de la llamada "*Oncología Psicosocial*" y mucho más rebasar la concepción de definir a la primera como "...una subespecialidad dentro de la Oncología", que se interesa primordialmente por las dimensiones psicosociales (respuestas emocionales de pacientes, familiares y cuidadores) y psicobiológicas (influencias psicológicas, conductuales y sociales en la morbilidad y la mortalidad) del cáncer (Suárez Vera, 2002; Holland, 1992; Lorente, Aller, Arias, 1996; Dolbeault, Szpors, Holland, 1999). Aunque se reconoce que este enfoque se ha ampliado (Suárez Vera, 2002), hay que dejar bien claro que la Psicología Oncológica es un campo particular de la Psicología de la Salud, que sigue las regularidades de esta disciplina, aplicada al proceso salud-enfermedad en el caso del cáncer, mientras que la Oncología Psicosocial es una tendencia de la Oncología, como especialidad médica, proyectada a considerar la integración de estas dos dimensiones: psicosociales y psicobiológicas. Una no niega a la otra, las dos son vertientes o aristas de problemas similares, pero desde perspectivas diferentes; por lo cual es necesario delimitarlas.

Si bien consideramos que la valoración de los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia han estado presentes desde tiempos muy remotos (Galeno afirmaba que las mujeres melancólicas eran más propensas a padecer cáncer que las mujeres que se mostraban activas y seguras de sí mismas, cit.: Bayés, 1991), no es hasta los años 60 en que emerge y se desarrolla vertiginosamente la *Psicooncología*, gracias a la labor asistencial, docente y de investigación realizada por Jimmie Holland y su equipo en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York, quien logró su reconocimiento como parte del tratamiento multidisciplinario que debe brindarse a pacientes oncológicos (Bayés, 1991; Gil y Sirgo, 2000; Grau, 1999; Grau, Llantá y Chacón, 1998, 2000). Holland y Marchini (1998), reconocen la década del ochenta como comienzo de la Psicooncología en la mayoría de los países, aún cuando se trabajaba ya en este campo por investigadores de EE.UU., Suecia, Dinamarca y Gran Bretaña desde los años cincuenta.

Sus principales raíces o antecedentes pueden encontrarse en los factores siguientes (Bayés, 1991, 1999; Grau, Llantá y Chacón, 1998).

- Las intervenciones que desde la Medicina Conductual han estado dirigidas a alargar la supervivencia en los enfermos crónicos.
- Los estudios de calidad de vida en pacientes oncológicos.

- El desarrollo reciente de los Cuidados Paliativos.
- El desarrollo de investigaciones en los campos temáticos del estrés y la psiconeuro-inmunología, la Psicología del Dolor, los modelos de explicación y prevención de la influencia de factores psicosociales en el origen y desarrollo de numerosas enfermedades.
- La creciente literatura especializada en estos temas.
- La celebración de eventos, reuniones, encuentros en el tema, e incluso, la creación de sociedades científicas especializadas, como la International Psychooncology Society (IPOS).

La aplicación de la Psicooncología en la lucha que se libra contra el cáncer es sumamente importante y ha sido reflejada en numerosa bibliografía (Cassileth, 1995; Grau, Llantá y Chacón, 1996; Llantá, Grau, Pire, 1998; Holland, 1998); puede decirse que sus principales fundamentos son los siguientes:

- El comportamiento puede influir en la aparición o desarrollo de un gran número de cánceres; la adopción de estilos de vida saludables puede salvar más vidas que cualquier tratamiento oncoespecífico.
- La detección precoz de algunos cánceres con autoexámenes y tests de pesquizaje en la población pueden aumentar la supervivencia. Para la implementación de medidas de autocuidado y programas de pesquizaje (screening) deben tomarse en cuenta, además de aspectos epidemiológicos, clínicos y técnicos, aspectos psicosociales, incluida la creación de condiciones para la participación activa de la población en estos programas y la evitación o disminución de riesgos psicosociales de los mismos.
- La Psicología Oncológica y la Psiconeuroinmunología tratan de demostrar que el estrés y las emociones pueden contribuir, de diferente manera, a la génesis y desarrollo del cáncer, y también, al pronóstico y supervivencia con calidad de los pacientes.
- La necesidad de informar correctamente al paciente favorece la toma de decisiones del enfermo, mejora la relación médico-paciente e incrementa su adherencia a los tratamientos. El problema de la información del diagnóstico y el pronóstico (la llamada “comunicación de malas noticias”) no puede hacerse al margen de consideraciones psicológicas y personales y aún cuando sea una tarea propia del médico, éste necesita de formación y orientación psicológica adecuada para cumplirla con éxito.
- El desarrollo de estudios y de medidas de evaluación de la calidad de vida de pacientes y familiares en diferentes estadios de la enfermedad, son necesarios para la toma de decisiones y para la implementación clínica de tratamientos más integrales y eficaces.
- La evaluación y tratamiento integral del paciente con cáncer y su familia, incluyendo los aspectos psicológicos, puede disminuir el impacto emocional de la enfermedad independientemente del estadio evolutivo en que se encuentre la enfermedad.

- El desarrollo alcanzado en técnicas y procedimientos psicológicos, especialmente en los derivados del enfoque cognitivo-conductual, permite disminuir síntomas y molestias en los pacientes.
- Los resultados de estudios psicosociales en la atención al personal de salud que trabaja con enfermos de cáncer (evaluación, prevención y control del llamado “síndrome de burnout” en los profesionales), condición indispensable para la prestación de servicios de excelencia.

De hecho, la Psicooncología puede contribuir en esta lucha contra el cáncer (Llantá, Grau y Pire, 1998; Grau, Llantá y Chacón, 2000; Grau, 2001) de la siguiente manera:

- Modificando hábitos y conductas de riesgo, estimulando estilos de vida más saludables.
- Disminuyendo la vulnerabilidad personal a la enfermedad, especialmente a través del control del estrés, y aumentando los recursos personales de resistencia (afrentamientos y actitudes en la búsqueda de ayuda médica ante los signos de alerta, ante la necesidad de tratamientos difíciles, etc.)
- Eliminando distorsiones cognitivas y creencias irracionales en población sana y en riesgo, que contribuyan a “desestigmatizar” el cáncer como enfermedad incurable, que conduce inevitable e irremisiblemente al dolor, el sufrimiento y la muerte y a modificar la connotación psicosocial de esta enfermedad, la cual contribuye en considerable medida al incremento del tiempo de decisión de búsqueda de atención médica cuando surgen los primeros indicios de la enfermedad.
- Proporcionando una adecuada adherencia terapéutica, el cumplimiento exitoso de las prescripciones en cualquier tipo de tratamiento y recomendaciones.
- Adecuando la información al paciente y la familia sobre la enfermedad, su curso y consecuencias.
- Aumentando la responsabilidad y autonomía del propio enfermo, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adherencia y mejora su calidad de vida.
- Atenuando manifestaciones secundarias de tratamientos oncoespecíficos (control de

- miedos y ansiedad ante la cirugía y la radioterapia, adecuación de la imagen corporal,
 control de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia,
 recomendaciones dietéticas, consejería para actividades sexuales, etc.)
- Controlando síntomas y disconfort emocional, preservando el máximo bienestar subjetivo posible, tanto en el paciente, como en sus familiares más allegados (control del dolor y de otros síntomas, incluyendo ansiedad, depresión, insomnio y confusión, terapia y orientación sexual, consejería familiar, etc.).
 - Preparando al paciente y la familia cuando la muerte sea inevitable y el paciente se encuentre al final de su vida.
 - Adecuando las respuestas de duelo en los familiares, después de la muerte del paciente.
 - Previniendo y/o controlando el estrés laboral en los equipos de atención y el posible desgaste profesional o “burnout”.

De tal manera, las grandes tareas de la Psicología en el control del cáncer serían (Llantá, Grau y Chacón, 1996; Grau, Llantá y Chacón, 1998; Grau, 2001)

1. Prevención y Educación en cáncer
2. Desmitificación-desestigmatización del cáncer como enfermedad
3. Asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer
4. Asesoría en la información y la comunicación con pacientes y familiares
5. Preparación para el diagnóstico y la hospitalización
6. Intervenciones para el ajuste tras el diagnóstico
7. Intervenciones con fines adaptativos o de disminución de síntomas ante problemas asociados a la enfermedad o a los tratamientos oncoespecíficos
8. Rehabilitación psicosocial del enfermo oncológico aparentemente controlado
9. Atención psicológica al enfermo terminal y su familia
10. Prevención y control del estrés laboral y del desgaste profesional en los equipos de atención

Puede decirse que el desarrollo contemporáneo de la Psicooncología ha ido creciendo en dos grandes direcciones: a) en la búsqueda de modelos y herramientas para el estudio de los factores psicosociales que pueden jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad o en su control en los diferentes momentos del proceso salud-enfermedad (y no sólo cuando ya el paciente esté enfermo), y, b) en la contribución de la intervención psicológica en la etapa final de la enfermedad (Cassileth, 1995; Grau, Llantá y Chacón, 1998; Grau, 2001). A la primera de estas proyecciones algunos llaman “Psicooncología Proactiva” (Jennifer, Middleton, Jens Bucher, 2003), diferenciándola de la “Psicooncología

Reactiva” que se centra en el sujeto ya enfermo de cáncer, mientras que la segunda se inserta en los llamados “Cuidados Paliativos”, como cuidados integrales al final de la vida.

Hoy en día se consideran dos grandes áreas de la Psicooncología (Cassileth, 1995; Grau, Llantá y Chacón, 1998; Grau, 1999, 2001):

- El estudio de los factores psicosociales que pueden estar relacionados con la etiología y desarrollo del cáncer (especialmente la investigación de la relación estrés-cáncer con un enfoque psiconeuroinmunológico y los estudios acerca de creencias, comportamientos y estilos de vida que favorecen la aparición de la enfermedad o interfieren en su diagnóstico y tratamiento oportuno), y,
- Las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y de los miembros del equipo de salud que les atiende.

Es reconocida en la literatura más actualizada sobre el tema, la repercusión de la psiquis en la determinación de la salud, admitiéndose que existe un vínculo muy estrecho entre cáncer y conducta humana, al extremo de plantearse que el elemento carcinogénico más importante es el comportamiento irresponsable del propio hombre (Bayés, 1991). En particular, se reconoce actualmente que los estilos de vida y el estrés emocional, los comportamientos alimentarios, las conductas de exposición de riesgo a carcinógenos naturales e industriales (tabaco, alcohol, algunos derivados de la industria petroquímica, bronceado excesivo al sol) y determinadas conductas reproductivas y sexuales son los factores que determinan la enfermedad y se relacionan multicausalmente en su etiología (Bayés, 1991; Holland, 1996; Heller, Bailey y Pattison, 1992; American Cancer Society, 1994; Pérez, Arranz y Lara, 1994). También ha sido reconocido el papel de la personalidad y los mecanismos de afrontamiento, así como el papel del estrés en la génesis y/o progresión del tumor (Grau, 2001). Hoy en día se piensa que las emociones relacionadas con el proceso de estrés, en especial las emociones relacionadas a los eventos de pérdida, tienen un peso específico en la dirección del proceso salud-enfermedad (Grau y Guibert, 1997; Bayés, 1991; Grau, 2001; Suárez Vera, 2002).

El estrés se concibe actualmente como un proceso resultante de la interacción del individuo con su entorno, con su ambiente natural y social (Lazarus, 1984, 1986; Grau, Martín y Portero, 1993; Spielberger y Moscoso, 1996; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1978). No es siempre negativo, no conduce invariablemente a la enfermedad. El estrés que se fija en emociones negativas o distrés si puede llevar a afectaciones del organismo, en virtud de las complejas interacciones entre el sistema nervioso, endocrino e inmune y conducir a enfermedades crónicas, entre ellas, el cáncer (Middleton, 1996; Lazarus, 1986; Grau, Martín y Portero, 1993; Spielberger y Moscoso, 1996; Borysenko y Borysenko, 1983; Temoshok, 1992). Pocos oncólogos reconocen al estrés como un factor de riesgo en sí mismo para el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, no puede dejar de considerarse como un factor de riesgo asociado, que potencia la ejecución de conductas y hábitos no saludables por diferentes vías (Friedman,

DiMatteo, 1989; Grau, 2001).

Las emociones negativas (miedo, ansiedad, depresión e ira) están estrechamente relacionadas con el estado de enfermedad. Diversas investigaciones han encontrado correlaciones más altas entre estas emociones con la enfermedad, que con hábitos de riesgo o variables bioquímicas, como el tabaquismo, la dieta y la hipercolesterolemia (Friedman y DiMatteo, 1989; Eysenck, 1989) Además, ellas pueden incrementar el potencial patógeno de algunos de estos factores de riesgo: se ha encontrado que la ansiedad, la depresión o determinadas orientaciones de personalidad que involucran un manejo particular de las emociones asociadas al hábito de fumar e incrementan el poder cancerígeno del tabaco (Temoshok, 1992; Eysenck, 1985, 1987, 1988; Grossarth-Maticek, Eysenck y Vetter, 1988).

Los estudios sobre las emociones en el cáncer se han desarrollado en diferentes direcciones. Quizás los más importantes y prometedores son aquellos que relacionan determinados patrones o tipos de personalidad con la propensión al cáncer o con una alta mortalidad por esta enfermedad. Las investigaciones de Lidia Temoshock y sus colaboradores han descrito un patrón C de personalidad, asociado a alto riesgo y peor pronóstico de la enfermedad; este tipo C tiene como componentes principales a la pasividad, la negación por parte de las personas de sus emociones negativas y la represión de las emociones (Temoshock y Dreher, 1972). Así, según Temoshock, las personas complacientes, pasivas y que no exteriorizan sus emociones tienen más posibilidades de adquirir cáncer o de empeoramiento del pronóstico ante la enfermedad ya instalada. Estas investigaciones han sido muy cuestionadas, en parte porque la escasez de estudios prospectivos (longitudinales) no ha permitido determinar definitivamente si este patrón conductual-emocional es un factor de riesgo o una consecuencia, un estilo de afrontamiento frecuente en los individuos ya enfermos.

Posteriormente, Grossarth-Maticek y Eysenck (Eysenck, 1987; Grossarth-Maticek, Eysenck y Vetter, 1988; Grossarth-Maticek, Eysenck, 1990a, 1990b, 1991a, 1991b, 1991c) han reportado resultados de investigaciones muy serias, metodológicamente bien conducidas, con estudios epidemiológicos prospectivos en poblaciones diferentes que incluían miles de personas. Ellos han encontrado 4 tipos de personalidad asociados a altas tasas de mortalidad por cáncer (Tipo 1), por enfermedades cardiovasculares (Tipo 2), a tasas medias de supervivencia (Tipo 3) y a tasas muy bajas de mortalidad (Tipo 4). En su clasificación, ellos dan un valioso peso al afrontamiento del estrés, especialmente cuando los estresores constituyen pérdidas de objetos o personas amadas, y al manejo de las emociones. Luego de estudios en grandes contingentes de sujetos, con instrumentos validados y confiables, y de intervenciones modificadoras en los grupos experimentales de riesgo, llevadas a cabo por 10 años en ciudades de varios países diferentes, Grossarth-Maticek y Eysenck lograron disminuir significativamente la mortalidad por cáncer en los grupos experimentales, no así en los grupos de control. El trabajo desarrollado por ellos ha servido para ilustrar cómo intervenciones psicológicas con enfoque epidemiológico, relativamente sencillas y poco costosas, pueden reducir en un 50 % la mortalidad por cáncer y

otras enfermedades, así como para comprobar la existencia del Tipo 1, caracterizado por afrontamientos ante el estrés a través de la pérdida de objetos (o sujetos) amados, frustración con desesperanza, abandono y depresión, a la vez que se conserva la cercanía emocional con los objetos o personas perdidas, idealizándolos y reprimiendo emociones.

Ha sido difícil refutar los resultados de estas investigaciones. Ellas destacan la similitud de las características del Tipo 1 con el Patrón C propuesto por Temoshock (Temoshock, 1987, 2000; Temoshock, Heller, Sagebiel, et al, 1985; Temoshock, Dreher, 1992) en sus trabajos, ambas proyecciones de investigación otorgan a las emociones y al manejo del estrés un lugar destacado en las relaciones del individuo con su entorno y los estresores vitales, asociados a alto riesgo de contraer cáncer, al peor pronóstico de la enfermedad o a altas tasas de mortalidad por ella. Aunque aún está pendiente una caracterización definitiva del estrés y de un determinado manejo de las emociones como factor de riesgo de cáncer, los descubrimientos en el campo de la Psiconeuroinmunología hacen que se acepte cada vez más como un hecho científico el papel de las emociones en la producción del cáncer (Grau, Guibert; 1997; Bayés, 1991). En base a estos supuestos, se han elaborado diferentes metodologías de intervención para el manejo del estrés y de las relaciones con los demás en la prevención del cáncer, así como para mejorar la eficiencia inmunitaria cuando ya se tiene la enfermedad (Simonton, Matthews-Simonton y Creighton, 1978; Gil, León, Jarana, 1992; Middleton, 1996)

La Psicología Oncológica tiene un papel protagónico en la educación en cáncer, a lo largo de todo el continuo de la enfermedad, pero desde la perspectiva salutogénica consideramos que es una de las áreas menos trabajadas por los psicooncólogos y desde donde se puede abrir una brecha importante de trabajo futuro que incluya la comunicación, información y educación, desmitificación-desestigmatización del cáncer como enfermedad, asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, sobre todo en aquellos que pueden ser diagnosticados a partir del autoexamen como el cáncer de mama y el de testículos o aquellos en donde existen métodos de diagnóstico temprano y, por ende, de tratamientos oportunos como en el de cérvix (Middleton, 1996). La Psicología Oncológica puede contribuir a desentrañar los mecanismos psicológicos que subyacen en la adopción y mantenimiento en los estilos de vida en relación con los factores de riesgo al cáncer, fomentar el autocuidado y la autoresponsabilidad por la salud, haciendo que en la estructura jerárquica motivacional de las personas estos valores ocupen posiciones cimeras, trabajar en los métodos activos en la modificación de conductas, diseñar estrategias de intervención comunitarias en la detección precoz de algunos tipos de cáncer y sobre todo en la búsqueda de atención médica disminuyendo los tiempos de decisión en la búsqueda de ayuda médica, cuando por los signos de alerta, una persona sospecha tener alguna manifestación de enfermedad. Bayés (1991) hace una sabia reflexión al respecto cuando expresa que el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes.

La situación de enfermedad coloca a la persona en una lucha continua, entre estudios diagnósticos y tratamientos casi siempre agresivos, entre buenas y malas noticias y entre la esperanza de vivir y la de morir; por lo que la mera sospecha de la presencia de síntomas y signos de cáncer, ya justifica la proyección de intervenciones psicológicas en este tipo de personas. El sólo hecho de tener contacto con una institución cancerológica o con indicaciones de pruebas diagnósticas que puedan conllevar a asumir que se tiene este padecimiento, implica riesgo o vulnerabilidad emocional. Los posibles factores psicosociales o psicobiológicos predictores de un deficiente ajuste psicológico al cáncer y que permiten el diseño de estrategias de intervenciones oportunas, serían los siguientes: apoyo social, personalidad tipo C, eventos estresantes, estilos de afrontamiento, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, intentos o ideaciones suicidas, historia personal de alcoholismo o de promiscuidad sexual, estados emocionales negativos frecuentes, en especial, depresión e ira, autoestima e imagen corporal y lugar que ocupa en su estructura jerárquica motivacional, experiencias personales anteriores de carácter negativo de familiares con cáncer, experiencias previas de hospitalización, etapa del ciclo vital, impacto por localización del tumor y sus características clínicas, entre otros (Llantà y Grau, 2001).

La mayoría de los pacientes que padecen cáncer tienen diferentes respuestas emocionales, que se presentan en diferentes niveles, que van desde la adaptación normal a trastornos de adaptación e incluyen trastornos mentales graves. Las alteraciones psicológicas y sociales más frecuentes son: la depresión, la ansiedad y la ira (Llantà, 1994, 2002; Derogatis et al, 1983). La adaptación normal al cáncer es un proceso continuo en el cual el paciente aprende a enfrentar el sufrimiento emocional, solucionar problemas relacionados con el cáncer y controlar acontecimientos de la vida relacionados con la enfermedad. Los pacientes están en mejores condiciones de adaptarse a un diagnóstico de cáncer si pueden continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad emocional y seguir participando decididamente en actividades que son significativas e importantes para ellos; por lo que, no todo paciente que tenga cáncer es candidato de atención en un servicio o departamento especializado en Psicooncología (Holland, 1997).

Se hace necesario, entonces, *identificar los pacientes que necesitan atención psicológica*, considerándose aquellos que: a) sus reacciones emocionales le impiden buscar ayuda médica, b) cuando el comportamiento del paciente le provoca más dolor y malestar que la propia enfermedad o incrementa innecesariamente el dolor o malestar producidos por ella, c) cuando sus reacciones emocionales lo conducen a prescindir de muchas de sus fuentes habituales de gratificación, d) cuando sus reacciones emocionales se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales, e) cuando carezcan de apoyo social y f) dificultad con la adherencia terapéutica (Grau, Llantà y Chacón, 1998; Llantà, 2000; Grau, 2001).

Cuando se realiza una interconsulta con el psicooncólogo, debe tenerse en cuenta el grado de ansiedad o depresión, el médico puede efectuar valoraciones preliminares con sencillas escalas análogo-visuales en las cuales el paciente indique el grado de respuesta emocional al estrés en forma de ansiedad o depresión en mediciones que van del 0 al 10 (se sabe que puntuaciones mayores de 6 en estas escalas correlacionan con altas puntuaciones en escalas de ansiedad y depresión indicativas de la necesidad de tratamiento psicológico) (Holland, 1997, 1998). Hay que considerar aquellos pacientes con trastornos adaptativos al proceso de comunicación del diagnóstico o a los tratamientos oncoespecíficos; además de síntomas de disconfort emocional en forma de ansiedad, miedos o depresión, pueden estar presentes problemas de concentración, insomnio, preocupaciones acerca de la evolución de su enfermedad y de la eficacia del tratamiento, etc.. Pueden ser candidatos a evaluación y tratamiento en Psicooncología aquellos pacientes con problemas de comunicación con su pareja o con su familia, con trastornos sexuales precedentes o posteriores a los tratamientos oncológicos, los que tienen afrontamientos que interfieren con la adherencia al tratamiento, o problemas neuropsíquicos cuyo grado y etiología deban ser precisados con métodos especiales de psicodiagnóstico para conocer posibilidades de cooperación y compromiso con tratamientos difíciles. Generalmente, el médico que solicita una interconsulta con el psicooncólogo debe señalar en la remisión si el motivo de la interconsulta es ordinario o urgente, el nombre, edad y nivel escolar del paciente, el diagnóstico, estadio y tratamiento oncológico en curso o previsible y, muy especialmente, la razón de la interconsulta (Gil y Sargo, 2000). A su vez, después de la valoración del caso, el psicooncólogo debe informar en la historia clínica o en un reporte especial al médico que efectuó la remisión, cuáles eran los principales datos sociodemográficos y médicos relacionados con el problema que motivó la interconsulta, si hay antecedentes psicopatológicos implicados, el nivel y tipo de organicidad que puede estar involucrada (metabólica, por efectos quimioterápicos, por afectaciones metastásicas del SNC, por efectos medicamentosos o por razones que antecedían al tratamiento oncológico, como algún grado de subnormalidad), si son trastornos reactivos (a la enfermedad, a la información del diagnóstico, a la hospitalización, etc.) y muy especialmente, la impresión diagnóstica global ante el problema que fue la causa de la remisión y el tipo de tratamiento o intervención psicológica que debe indicarse.

La comunicación del diagnóstico de cáncer es un aspecto muy controvertido. Cassem (1994) señala que los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes porque consideran que tienen derecho a conocerlo. Esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20 % de los casos. Decir la verdad, adaptada a la fortaleza de cada paciente y manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza y facilitará la resolución de los problemas que surgen en la trayectoria del canceroso.

En realidad, cualquier proceso de información al paciente de una enfermedad severa o invalidante es extremadamente complejo e involucra: la información

suministrada por el médico, la información retenida por el paciente, el conocimiento de la enfermedad, el deseo de información y la satisfacción con la información recibida. Es un proceso *dinámico*, donde el uso correcto de la información es *terapéutico*, y donde los principales principios para informar son los de la *verdad soportable* y *verdad deseable*.

En el proceso comunicativo es importante dominar:

- *¿Quién comunica?:* preferentemente el médico, pero es conveniente que sea el paciente quien lo elija.
- *¿Cuándo?:* cuando lo demande el paciente, sabiendo que hay que facilitar el proceso de información, ya que este es terapéutico.
- *¿Cómo?:* de un modo inteligente y continuado, estando a la altura del paciente y permaneciendo con él hasta el final.
- *¿Qué?:* basándose en los principios de la verdad soportable (*¿cuánto puede saber el enfermo, cuál es su capacidad para comprender y afrontar su situación?*) y en el de la verdad deseada (*¿qué sabe el enfermo, qué dice que quiere saber y qué desea realmente saber?*).
- *¿A quién se le comunica?:* al paciente y a aquellas personas que él autorice. En el caso de que él sea incompetente, la información debe dársele a sus familiares.
- *¿Dónde?:* en lugar y condiciones adecuadas.

Con mucha frecuencia la familia desea que el paciente no conozca su diagnóstico y pronóstico, en un afán de protección y de autoprotección, donde tratan de involucrar los profesionales de la salud, por lo que la negativa familiar será el problema más frecuente y más difícil con el que se encontrará un médico dispuesto honestamente a cumplir con su deber de comunicar al enfermo (Gómez Sancho, 1998, 2003a, 2003b). La “conspiración del silencio” aparece como consecuencia a la conducta de intentar negar la verdad, sin darse cuenta que es más beneficioso *sustituir de una vez las mentiras piadosas por las formas piadosas de comunicación de la verdad*. La esencia de este fenómeno radica en que todos hacen un engañoso intento de no herir a aquéllos cuya vida se encuentra entrelazada con la de ellos, todos deciden de modo equivocado que es mejor protegerse unos a otros de la aceptación abierta de una verdad dolorosa, en vez de lograr una participación compartida, digna y con consuelo y afecto: los familiares saben, el enfermo sabe, los familiares saben que el enfermo sabe y el enfermo sabe que los familiares saben. Esta farsa, éticamente indefendible, priva a unos y a otros del intercambio genuino de afectos, del crecimiento de todos (Gómez Sancho, 1998, 2003a, 2003b). La conspiración del silencio viola la intimidad de la persona enferma, el derecho a conocer su muerte próxima y a prepararse para ella, afecta la relación del enfermo con sus familiares, obstruye el apoyo y la compañía espiritual, potencia conflictos, rompe la confidencialidad del acto médico, pudiendo deteriorarse las futuras relaciones con paciente y familiares.

En ese intento aún poblado de buenas intenciones, se produce un gran desgaste emocional y al final resulta un acto estéril e infructuoso, porque el enfermo sabe o sospecha por comentarios del médico a otras personas, escuchadas por casualidad por el enfermo; por afirmaciones provenientes del personal del hospital; por comentarios entre médicos, escuchados casualmente; por afirmaciones o comentarios de amigos, parientes, abogados, sacerdotes, notarios; por cambios de comportamiento de los demás ante él; por cambio en los tratamientos médicos; por autodiagnóstico (lectura de libros, historias clínicas); por señales del propio cuerpo y cambios del estado físico; por los cambios de planes futuros de la familia; por comentarios hechos por otros enfermos, etc. (Gómez Sancho, 1998, 2003a).

Que debe hacerse ante la “conspiración del silencio”? Seguimos las recomendaciones que ofrecen Arranz y cols. (2003), Gómez Sancho (1998, 2003a, 2003b) y otros autores:

- Comenzar ocupándose de la familia, empatizar con sus miedos y preocupaciones, validar las razones de conductas de evitación.
- Identificar con ellos lo que más temen y hacerlo explícito (desde la escucha activa, facilitando expresión emocional).
- Tranquilizar, evitando argumentaciones impositivas y directas.
- Anticipar consecuencias del “secretismo”, en términos de costo emocional para el paciente, acudir sutilmente a conveniencias.
- Confrontar opiniones, siempre desde la empatía y acogiendo.
- Proponer un acuerdo (por ejemplo: consultar juntos al paciente).
- Establecer el nivel de información a partir de conocimiento y necesidades del paciente.
- Acompañar si negación adaptativa.
- Si informar genera serios problemas, ofrecerse como mediador.
- Permitir espacios de tiempo en que el familiar pueda reflexionar sobre temas tratados (las creencias no cambian en un instante).

La relación médico-paciente en Oncología asume forma de triángulo, o sea, paciente, familia y médico; la familia atraviesa por los mismo estados emocionales que el paciente y requiere un proceso de adaptación similar, constituyendo un grupo de apoyo importante en la amortiguación del estrés ante el diagnóstico, pero su función no es sustituir al paciente, él es el verdadero protagonista de esta odisea, no se le debe restar autonomía y se debe respetar sus derechos. En este sentido, la Psicooncología debe contribuir a la eliminación de los esquemas paternalistas, que obstaculizan el crecimiento personal del paciente e incrementan los sentimientos de minusvalía y descontrol. Y esto hay que tenerlo en cuenta desde el comienzo mismo de las investigaciones clínicas, desde las etapas en que se informa el diagnóstico.

En el proceso de estudio diagnóstico (que muchas veces se inicia en condiciones ambulatorias), y cuando se decide internarlo para el completamiento del

diagnóstico y la ejecución de las primeras medidas terapéuticas, deben considerarse los objetivos de trabajo de la intervención psicológica como preparación para el diagnóstico y la hospitalización (Bayés, 1991; Cruzado y Olivares, 1998; Llanta y Grau, 2003), los cuales pueden resumirse como:

- Determinar el nivel de vulnerabilidad emocional y social de cada paciente y/o familia
- Prevenir y manejar reacciones emocionales negativas ante el diagnóstico y la hospitalización
- Preparar para la intervención quirúrgica y las intervenciones cruentas
- Desarrollar modalidades de apoyo social (por ejemplo, grupo de autoayuda)
- Fomentar sentido de control personal y activo
- Elaborar afrontamientos individuales eficaces
- Optimizar el apoyo familiar.
- Entrenar en habilidades sociocomunicativas.
- Capacitar a los profesionales en la comunicación de las malas noticias y de las esperanzas

Una vez conocido el diagnóstico, el paciente debe transitar por un nuevo reto: el enfrentamiento a los diferentes tratamientos oncoespecíficos (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Cada tratamiento tiene su especificidad, e incluso dentro de cada modalidad existen sus diferencias (más o menos aversivas), condicionando el impacto emocional, a partir de la valoración *subjetiva* de daño/beneficio y sufrimiento *percibido* por el paciente, en relación con la percepción de recursos de que él disponga para afrontarlos; generalmente a mayor sensación de control se logra mejor adaptación.

Los objetivos de la intervención psicológica tras el diagnóstico y como preparación a intervenciones cruentas (Cruzado y Olivares, 1998; Llanta, Grau y Pire, 1998, Moorey y Greer, 1998), pueden resumirse como:

- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Iniciar el entrenamiento en técnicas psicológicas que minimicen efectos asociados a la patología y la intervención.
- Mantener el nivel de información adecuado a las necesidades del paciente
- Promover un sentido de control personal y participación activa.
- Desarrollar estrategias de solución de problemas para ocuparse de su trastorno.
- Facilitar la comunicación de su pareja y otros miembros de la familia.
- Lograr la elaboración de afrontamientos individuales eficaces
- Asesoría y aconsejamiento para una dieta adecuada

La cirugía es, generalmente, una de las primeras armas terapéuticas contra el cáncer y requiere de preparación psicológica para el paciente y la familia. La intervención psicológica en este sentido tiene como objetivo general minimizar el impacto estresor de la intervención quirúrgica mediante apoyo psicológico, la

provisión de información y datos a los pacientes y el fomento de estrategias para hacer frente a las demandas, tanto externas como internas, que surgirán a partir de ese momento y de este modo maximizar su calidad de vida. La evaluación e intervención psicológica post-operatoria se hace tan necesaria e importante como la pre-operatoria.

En la fase pre-quirúrgica, se hace necesaria la exploración de los miedos con relación al acto quirúrgico: miedos y preocupaciones ante la anestesia, a la muerte o al no despertar, temor a perder el control; daño corporal (imagen corporal) y posible discapacidad funcional; a los efectos postoperatorios: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación; la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables: actividades recreativas, deberes familiares y ocupaciones; aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y signos de la enfermedad, así como perspectivas de próximas intervenciones médicas (quimioterapia, radioterapia, etc.). Con frecuencia estas personas experimentan sentimientos ambivalentes ante el acto quirúrgico, por una parte la operación representa la posible recuperación de la salud, y por otra parte, constituye fuente generadora de miedo e incertidumbre ante la probabilidad de éxito, y las posibles complicaciones y mutilaciones. El acto quirúrgico condiciona con frecuencia la presencia de niveles profundos de ansiedad y depresión, que a veces imposibilita que se realice la intervención quirúrgica, así como manifestaciones de ira y agresividad, trastornos del sueño (insomnio), sentimientos de culpa, trastornos sexuales, bajo nivel de tolerancia a las frustraciones, dependencia extrema, etc.

La intervención psicológica ante cualquier intervención quirúrgica debe partir de un:

- Nivel adecuado de información: diagnóstico médico, resultados de pruebas, tratamientos, pronóstico, posibilidades de rehabilitación.
- Información acerca de lo que puede esperarse (molestias, etc.)
- Posibles reacciones emocionales por la que va a pasar
- Familiaridad con los procedimientos (incluyendo el quirófano)
- Expresión de sus temores, dudas y angustias
- Dominio de técnicas de control
- Comunicación y apoyo social
- Necesidad de crear expectativas positivas para la colaboración durante todo el proceso terapéutico, la adherencia a los tratamientos, con un rol activo del paciente y permitiendo expresar estados emocionales negativos.

Atención especial merecen aquellos actos quirúrgicos que resulten mutilantes de órganos o partes del cuerpo, como sucede con frecuencia en las amputaciones, las mastectomías, la histerectomía, la exeresis de tumores en los genitales masculinos (pene, testículos) y las modificaciones corporales, particularmente en los tumores de cabeza y cuello. Las consecuencias psicológicas de la cirugía mutilante, se manifiestan en reacciones emocionales de ansiedad, ira, culpa,

depresión, trastornos de la imagen corporal, disfunción sexual, disminución de las relaciones sociales, daño a la autoestima, temor al rechazo, al abandono y lástima, dificultades en la reinserción laboral, dependencia extrema y deben ser estrictamente consideradas desde un punto de vista integral que incluye las consecuencias psicosociales. De cualquier forma, la preparación psicológica pre y postquirúrgica es esencial en estos casos.

El esquema de intervención en la preparación prequirúrgica (Contrada et al, 1994; López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1993, Llantá y Grau, 2003) debe incluir, en general:

- La información de procedimientos: reduce distrés y minimiza la incertidumbre
- Información subjetiva y de sensaciones
- Estrategias de afrontamiento específicas: a) *Orientadas al problema*: Entrenamiento en respiración profunda, respiración en tres tiempos, relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para recuperar capacidad física, solución de problemas, b) *Centradas en emociones*: Petición adecuada de la medicamentación, visualización, distracción cognitiva, inoculación del estrés, interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional, desensibilización progresiva..

Las técnicas de intervención psicológicas más utilizadas en la fase postquirúrgica han sido: la información, ejercicios de rehabilitación, la toma de precauciones, el manejo de imagen corporal, la búsqueda de vías de ayuda, la exposición gradual a los resultados de la cirugía, la reestructuración cognitiva, la relajación con imaginación guiada, la hipnosis y otras técnicas de relajación, el uso de grupos de apoyo, los entrenamientos en asertividad y en manejo del tiempo en forma eficaz, la detención de pensamientos y la solución de problemas.

El incremento actual de las tasas de supervivencia en cáncer se debe fundamentalmente a intervenciones médicas, tales como quimioterapia y radioterapia (Burish y Carey, 1986); sin embargo, estos no dejan de tener consecuencias negativas en el bienestar y calidad de vida de los pacientes y familiares por los efectos secundarios que provocan (Reed, 1989; Cruzado y Olivares, 1998), constituyendo tarea básica del psicooncólogo trazar estrategias de intervención para la prevención y manejo de trastorno de la imagen corporal y náuseas y vómitos anticipatorios, reducción de la ansiedad ante la radioterapia, control del dolor por métodos psicológicos así como el manejo de la anorexia, insomnio, y trastornos sexuales.

Las náuseas y vómitos anticipatorios como respuestas aprendidas, si no son controladas adecuadamente, pueden producir un deterioro general de la calidad de vida del paciente, reconociéndose su prevención y control como tarea de primer orden en el campo de la Psicooncología (Care y Burish, 1988; Redd, 1989; Vasterling, Jenkins, Tope, y Burish, 1993). El uso de las técnicas cognitivo-conductuales permite una reducción de la activación autonómica y producen un

estado físico incompatible con las náuseas y vómitos, reducen la asociación de la quimioterapia con estímulos ambientales, reducen las náuseas postquimioterapéuticas, disminuyendo un predictor fiable de síntomas anticipatorios, cambia cogniciones y percepciones; de esta forma aumentan el control y las estrategias de afrontamiento del paciente frente al tratamiento quimioterapéutico, reducen la ansiedad tanto a nivel subjetivo como autonómico y mejoran la calidad de vida del enfermo a bajo costo. Las técnicas psicológicas más usadas han sido: la reestructuración cognitiva, la relajación pasiva (hipnosis) con imaginación guiada, la relajación muscular progresiva con imaginación antes, durante y después de la infusión, el biofeedback-EMG con imaginación, la desensibilización sistemática, las técnicas de control atencional o distracción cognitiva, la solución de problemas y el rescate de ocupaciones gratificantes.

El 80 % de los pacientes con cáncer, requieren a lo largo de su evolución recibir uno o más tratamientos radioterápicos; generalmente asociados a otros tipos de tratamientos, los que también producen efectos secundarios: enrojecimiento de la piel, puede volverse seca, quebradiza y escamarse; dificultad para tragar, escozor, pérdida del sabor (tumores de cavidad oral, laringe, otros); náuseas y vómitos o diarreas (tumores de abdomen y pelvis); tos y expectoración (tumores del tórax); esterilidad (tumores del sistema genitourinario), pérdida del cabello (tumores cerebrales). La intervención psicológica en radioterapia tiene como objetivo ofrecer una información preparatoria y retroalimentación (antes, durante y después del tratamiento), reducir estados emocionales negativos y disminuir el nivel de activación con técnicas de relajación, usar la distracción cognitiva, autoinstrucciones, desahogo emocional, detención del pensamiento, rescate de actividades gratificantes, reestructuración cognitiva, fomento del sentido de control, adecuación de estilos de afrontamiento.

Se conoce que al momento del diagnóstico y en estadíos intermedios, del 30 al 45 % de los enfermos experimenta dolor moderado a severo (Daut y Cleeland, 1982), mientras que, cerca del 75 % de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor. De estos, hasta un 30 % de los que están en tratamiento tendrán de moderado a severo y un 80 % de los que padecen enfermedad avanzada tendrán dolor de severo a insoportable (Foley, 1985). Se ha estimado que entre un 50 y 80 % de los pacientes cancerosos no obtienen un satisfactorio alivio de su dolor. El dolor no tratado o tratado inadecuadamente disminuye la actividad, el apetito y el sueño del paciente, puede debilitar aún más su estado general y tiene un impacto psicológico devastador. Estos pacientes sufren reacciones emocionales y pierden frecuentemente la esperanza, asumiendo que el dolor anuncia el progreso inexorable de la temida enfermedad.

No son frecuentes las referencias al papel de factores psicológicos en la estructura misma del dolor, en su curso y manifestación, por ejemplo, factores que tienen que ver con la autoimagen corporal, el reporte de discomfort, algunas conductas, atribuciones, creencias y cogniciones del paciente acerca de su dolor, su causa y su pronóstico; los afrontamientos, los mecanismos compensatorios y otros patrones funcionales de la personalidad, las emociones asociadas al dolor como

sufrimiento, etc. Todos estos factores contribuyen a la manifestación y curso del dolor en el enfermo de cáncer, al igual que lo que se reporta en cualquier otro tipo de dolor (Penzo, 1989; Bayés, 1991; Domínguez, 1996, Grau y Guibert, 1997; Grau y Llanta, 2001; Grau, Llantá y Martín, 2003).

El diagnóstico psicológico del dolor parte de la premisa de que el paciente es quien tiene que reportar o describir su dolor y hay que observar su conducta, por lo que la mayor parte de los métodos de evaluación se basan en el autorreporte o en métodos de observación controlada. El *objeto de la evaluación psicológica* está constituido por aquellos factores psicosociales que intervienen en su cronificación y manifestación: factores contextuales (ambiente, familia, relaciones maritales), cognitivos (creencias, atribuciones, expectativas), emocionales (depresión, ansiedad, ira), personales (estilos de afrontamiento, actitudes, recursos de resistencia, etc.). La evaluación psicológica del dolor en la clínica debe reunir aquellos requisitos de la evaluación diagnóstica general del dolor, es decir, debe ser: 1) Pluridimensional, 2) Utilizar medidas múltiples, subjetivas y objetivas, adecuadamente validadas, confiables y asequibles, 3) Midiendo interacciones entre sus componentes, 4) Continua. Las técnicas más empleadas son las escalas (numéricas, de rangos verbales o conductuales, análogo-visuales), protocolos de autorregistro (diarios) y de observación, y algunos inventarios concebidos generalmente como instrumentos de autorreporte (Escala de Discomfort de Jensen, WHYMPI, E-DARI). La mayor parte de instrumentos tratan de involucrar una o más estrategias de medición (MPQ, Cuestionario Breve de Wisconsin), otros se centran en aspectos específicos o puntuales de componentes asociados al dolor (inventarios de ansiedad/depresión, medición del alivio con la tarjeta del Memorial o TEDM, etc.).

El enfoque que prevalece actualmente en el tratamiento psicológico del dolor es el cognitivo-conductual, que integra otros métodos convencionales de manejo. Los métodos empleados con mayor éxito en el control del dolor en enfermos de cáncer son: la información y educación preparatoria (especialmente ante procedimientos cruentos de diagnóstico o de tratamiento), la hipnosis y la relajación y las terapias cognitivo-conductuales, que incluyen técnicas de modificación de conducta, de refocalización positiva, de desarrollo de afrontamientos y de control atencional (distracción). Los procedimientos de visualización e imaginería, de respiración y de musicoterapia han resultado particularmente valiosos, en algunos casos son necesarios procedimientos de psicoterapia breve dirigidos a esclarecer conflictos personales o a modificar interacciones con la familia (Grau, Llantá, Martín, 2003)..

La Psicooncología aporta algunas estrategias principales en el control del dolor en cáncer:

1. Proponer proyecciones de contribución de la Psicología en la modificación de las barreras para el manejo adecuado y multimodal del dolor en estos enfermos.
2. Proponer un esquema práctico de aproximaciones evaluativas para pacientes adultos con cáncer y dolor que tenga en cuenta criterios de asequibilidad.

3. Destacar el papel de las intervenciones psicosociales en un sistema de acciones multimodales a emplear por el equipo multidisciplinario, para el alivio no sólo del dolor, sino del bienestar subjetivo del paciente y su familia.

Un área poco trabajada dentro de Psicooncología lo constituye la evaluación e intervención psicológica en los sobrevivientes de cáncer, en los llamados “intervalos libres de enfermedad”, es decir, pacientes controlados, donde la enfermedad no está activa, pero que continúan preocupándose por miedo a la recaída, sensaciones de daño físico e infertilidad y experimentando reacciones emocionales de depresión y ansiedad, sensación de disminución del control y de vulnerabilidad, incertidumbre sobre el futuro. En lo socio-profesional presentan problemas en la transición de paciente a sano (“síndrome de Lázaro”), son considerados como “héroes” o “víctimas” por los demás, sufren discriminación e inseguridad en el trabajo, problemas con los seguros de vida.

La evaluación e intervención psicológica en el paciente en fase terminal, constituye un campo de accionar relevante y donde todavía queda mucho por hacer desde la perspectiva psicooncológica y hacia donde debemos trazarnos objetivos estratégicos. En los pacientes tributarios de cuidados paliativos y más aún en fase terminal, las propias características de la enfermedad terminal hacen realmente difícil elaborar vías y métodos de naturaleza psicológica para valorar al paciente, mucho más cuando los problemas a evaluar frecuentemente son claros y manifiestos y no requieren de una compleja y sofisticada metodología diagnóstica. En consecuencia, el *objeto de la evaluación psicológica* se centra en aquellos factores psicosociales que de una u otra manera determinan o intervienen en el mantenimiento o afectación de la calidad de vida del paciente, de su bienestar: factores del entorno o contextuales (ambiente social y familiar, relaciones interpersonales, en especial, relaciones de pareja, apoyo social), cognitivos (creencias, atribuciones, estereotipos y prejuicios, expectativas), emocionales (miedos, depresión, ansiedad, ira), personales (estilos de afrontamiento, actitudes, recursos de resistencia, etc.) (Méndez, Grau, 2003).

Los objetivos de la evaluación psicológica del enfermo en estadio terminal, como en cualquier otro tipo de evaluación diagnóstica, serán esencialmente: permitir el diagnóstico integral de la situación del enfermo y de la familia, para orientar las intervenciones paliativas y formular con la mayor precisión posible los objetivos terapéuticos, obtener información que contribuya a seleccionar las técnicas de intervención, obtener indicadores continuos de la efectividad de las intervenciones. Estos objetivos determinan, naturalmente, que los métodos, procedimientos e instrumentos de evaluación psicológica en el enfermo terminal deban ser sensibles, discriminativos y de utilidad clínica y evolutiva.

Por lo general, a diferencia de otros tipos de pacientes, la evaluación psicológica en el paciente terminal no se centra con profundidad en el estado actual de sus capacidades intelectuales, ni en la estructura o cualidades de su personalidad. Esta es quizás la razón de que raramente esté justificada una evaluación psicológica tradicional con tests de aptitudes, medición de capacidades, inventarios de personalidad e instrumentos para diagnóstico psicopatológico, que

además de improcedentes, por su longitud y el agotamiento que pueden generar en los enfermos, no tienen sentido para el diseño de las intervenciones paliativas. Más que todo, la intervención psicológica debe dirigirse a evaluar aquellos factores que tienen que ver con la percepción de amenaza de los distintos eventos del proceso de vivir-morir por el que atraviesa el paciente, debe centrarse en el *sufrimiento* y la *calidad de vida* del enfermo y la familia (Méndez, Grau, 2003). No es casual que a estos temas se haya dedicado la mayor cantidad de información disponible. Estos dos grandes apartados engloban, por decirlo así, aspectos más específicos para los cuales se han desarrollado procedimientos específicos de evaluación: *dolor y síntomas físicos relacionados con la enfermedad, síntomas psicológicos, emocionales y cognitivos, apoyo social, afrontamientos al estrés, adaptación y ajuste, ansiedad ante la muerte, funcionamiento sexual*, etc. En casi todos los textos o manuales de Cuidados Paliativos se plantea que el alivio del sufrimiento y la preservación de la mayor calidad de vida y bienestar posibles son los objetivos básicos de estos cuidados, llegando incluso a plantearse como tríada básica de los cuidados paliativos: comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo emocional y con ello guiar al paciente en el proceso de adaptación psicológica a su situación y a la disminución de su vulnerabilidad. Puede profundizarse en los métodos fundamentales para evaluar psicológicamente al paciente terminal en bibliografía especializada disponible (Méndez, Grau, 2003; Bayés, Limonero, Barreto y Comas, 1995, 1997; Bayés, 1998, Bayés y Morera, 2000; y muchos otros)

Las principales tareas del psicooncólogo y el resto del personal del equipo para cumplir con los objetivos terapéuticos, según Pilar Arranz y cols (2003), deben ser:

- Identificar síntomas somáticos y/o alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante.
- Compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
- Detectar y potenciar, en la medida de lo posible, los propios *recursos* del enfermo.
- Aumentar en lo posible su percepción de control sobre su situación y los síntomas.
- Evitar que se cronifique y se convierta en patológica la presencia de determinados estados de ánimos como: ansiedad, depresión y hostilidad.
- En los pacientes adaptados a su situación, prevenir la aparición de los estados de ánimos señalados anteriormente; incrementar la gama de sus satisfactores.
- Considerar que el instrumento más adecuado para lograr los objetivos, será el *counselling*.
- Emplear otras estrategias como: la información, la distracción, la reevaluación cognitiva, la relajación o la hipnosis entre otras.

Diferentes acontecimientos vitales exponen a la familia a grandes conmociones, produciendo alteraciones estructurales y funcionales y generando disímiles necesidades, que deberán ser satisfechas en alguna medida para mantener su estabilidad y equilibrio; el cáncer, en particular, puede hacer que la familia se

mantenga unida en una problemática común, aunque se requiere de mucho empeño por parte de sus miembros para poder adaptarse y crecer (Bayés, 1991; Chacón y Grau, 1999; González, Chacón, 2003; Chacón, Grau, 2003). La familia se convierte en dadora y receptora de cuidados no sólo en el paciente en fase terminal sino también en cualquier estadio que se encuentre el enfermo con cáncer. El diagnóstico, los tratamientos, la posibilidad de recaídas y la posible evolución hacia un estadio terminal de un ser querido se convierte en fuente generadora de intenso sufrimiento, la reestructuración de roles y funciones; propiciando la aparición de alteraciones y nuevas necesidades como: agotamiento físico y/o emocional, depresión, ansiedad, consumo abusivo de determinadas sustancias dañinas para la salud (alcohol, tabaco, comida, etc.), trastorno del sueño, del apetito, reacciones fóbicas, conductas dependientes, problemas laborales, sentimientos de culpa, desesperanzas, conductas de rechazo e impacto socioeconómico (Chacón y Grau 1999; Llantá, Massip, Ramos y cols., 2003; Chacón, Grau, 2003). Estas alteraciones condicionan la necesidad de intervenciones psicológicas. Además del paciente, debe prepararse psicológicamente para la muerte a la familia y al propio equipo de salud (Grau, Chacón, 2003).

Es imprescindible tener presentes todos los recursos disponibles por la familia y valerse de esta como un gran sistema de apoyo, que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido; de aquí la necesidad de interactuar armónicamente con ella, formando un solo equipo de trabajo entre la familia y los diferentes profesionales del equipo, donde cada profesional aporte los elementos de su disciplina en la toma de decisiones (Doyle, 1987; Chacón y Grau, 1999; Llantá, Massip, Ramos y cols. 2003; González, Chacón, 2003; Chacón, Grau, 2003). La intervención para prevenir y/o tratar alteraciones psicológicas tiene por objetivo potenciar los recursos de la familia y disminuir su vulnerabilidad; utilizando todas las técnicas psicológicas posibles y permitan el ajuste al proceso, entre ellas: la terapia cognitivo-conductual, el manejo y expresión de emociones, comunicación asertiva, adecuación del proceso de información, búsqueda de apoyo emocional, el counselling, etc. Las tareas fundamentales son: minimizar el impacto emocional del diagnóstico y los tratamientos, prevención de las crisis de claudicación familiar, manejo adecuado de la conspiración del silencio, preparación para la muerte y el duelo, entre otras.

En la pareja se puede producir una alteración de su dinámica interna, comunicación, expresiones afectivas, intimidad y en su sexualidad. Es importante desde un inicio estimular la efectividad de la comunicación, la expresión adecuada de emociones y sexualidad; no olvidar que la sexualidad constituye una preocupación para estos pacientes y un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos, al tratarse de un tema que irrumpe en su intimidad y está relacionado con sus valores personales. Algunas técnicas para el manejo de la sexualidad están presentes en la bibliografía disponible, raras veces hay que llegar a la terapia sexual propiamente dicha, resolviéndose la mayoría de los problemas con consejería y orientación psicológica breves (Grau, Barbat, 1999; Barbat, Grau, 2003).

Preservar la calidad de vida de los trabajadores que se encuentran en constante contacto con el sufrimiento humano, es también un objetivo de trabajo en la Psicología de la Salud y con ello se logra la prevención y control del “burnout” o “desgaste profesional”. El burnout se manifiesta con la expresión de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización profesional; con consiguientes efectos negativos para la institución y para el propio individuo así como para el paciente que en última instancia está recibiendo un servicio sin calidad, lo que implica insatisfacción con los servicios que le brinda la institución. Algunas medidas pueden ser instrumentadas por el psicooncólogo en el trabajo con los equipos para prevenir y manejar las manifestaciones incipientes de este “síndrome”

(Grau, Chacón, 1998; 1999; Chacón, 1999; Chacón, Grau, 2003). Las principales intervenciones se realizan a niveles: individual, interpersonal e institucional, con el uso de técnicas para el control del estrés y mejorar la comunicación y el trabajo en equipo: técnicas de relajación, solución de problemas, uso racional del tiempo, optimización de la comunicación, entrenamiento en habilidades sociocomunicativas y asertividad, búsqueda de apoyo social, fomento de afrontamientos activos en la solución a problemas, entre otras.

La Rehabilitación del paciente con cáncer, es un tema insuficiente e inadecuadamente tratado en el campo de la Oncología; son muy pocos los oncólogos que consideran a esta actividad de forma integral; más bien se limitan a tratar de restablecer el funcionamiento físico, obviando las demás dimensiones: psicológica, social, espiritual, laboral, profesional, la otra gran limitación se enmarca en no considerar su carácter preventivo. La rehabilitación es antes, durante y después del tratamiento activo, un proceso, que debe comenzar desde el momento mismo del diagnóstico, previendo alternativas de ajuste y adaptación en función de los tratamientos que puedan ser empleados y que puedan generar diversos grados y tipos de minusvalías o incapacidades. Este proceso debe ser monitoreado a lo largo de los diferentes momentos por los que puede atravesar un individuo a lo largo de su enfermedad (antes y después de la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia, con posterioridad al alta o en estadíos más avanzados de la enfermedad). Como ya se ha observado, debe dirigirse no sólo a la recuperación física o funcional del enfermo (rehabilitación de la voz después de una laringectomía, recuperación de la actividad muscular o control de una consecuencia de la enfermedad o del tratamiento, como una atrofia de órganos, o los necesarios cuidados de la piel y el control de síntomas y consecuencias molestas como la constipación o la proctitis), sino a una dimensión más amplia, disminuyendo la carga emocional de la enfermedad, propiciando la aceptación de la familia y la pareja y el desarrollo de relaciones armónicas interpersonales, reinsertando dentro de lo posible al individuo en sus ocupaciones y pasatiempos habituales, garantizando el apoyo instrumental y afectivo de profesionales y allegados, reestructurando cogniciones, expectativas, habilidades de autocontrol, ajustando las condiciones laborales o domésticas en que el paciente debe desarrollar nuevamente sus funciones de acuerdo a sus capacidades

conservadas, fomentando una imagen corporal adecuada a los cambios en su físico, etc.

Se concibe, en general, a la rehabilitación como el conjunto de medidas que tienden a establecer y a mantener relaciones tan satisfactorias como sea posible entre una persona y su medio, tras la aparición de una minusvalía o de una lesión, o de una enfermedad generadora de minusvalía. Aplicada a las enfermedades malignas, persigue que los pacientes se ajusten a su enfermedad, aprendan a enfrentar su nueva situación, impidiendo -en la medida de lo posible- que estos se desvinculen de su entorno socio-familiar, laboral-profesional y fomentando la autonomía y el bienestar subjetivo.

Mención aparte debe hacerse del apoyo social en pacientes con cáncer. El apoyo social está descrito como uno de los principales amortiguadores del estrés en los pacientes, sus familiares y el propio equipo de salud y su búsqueda constituye uno de los estilos de afrontamientos más frecuentes ante el impacto de la enfermedad y los tratamientos. Se ha demostrado que el apoyo social percibido influye sobre los componentes emocionales del individuo (Suárez Vera, 2002): a) favoreciendo el reforzamiento de la autoestima del paciente, b) mejorando la autoeficacia percibida en el afrontamiento, al percibirse valorado y aceptado por otras personas íntimas a él.

De todo lo que se ha expuesto, puede inferirse el amplio espectro de las tareas en el campo de la Psicooncología. En efecto, el desarrollo de la Psicooncología actual es indiscutible, a pesar de sus numerosas limitaciones. La propia Jimmie Holland (1992, 1997), ha señalado tres tipos de barreras en su desarrollo. Algunas de ellas se deben *al propio paciente*, y están relacionadas con el estigma social de ser considerado una persona con problemas psicológicos o psiquiátricos, por la preocupación a la adicción con psicofármacos o porque no considera necesario la solicitud de interconsulta o el apoyo psicológico; afortunadamente, con el avance de la Psicología de la Salud y el desarrollo de este campo atendiendo los múltiples factores psicosociales en los enfermos crónicos, este estigma va en decadencia y cada día más crece el número de enfermos que –sin admitir, incluso, que sus problemas no tienen una causa psicológica- consideran, sin embargo, que el apoyo o atención psicológica puede ayudarles en el control del estrés y en la disminución de sus preocupaciones. Otras barreras se deben *a los propios oncólogos*: algunas veces ellos creen que no está dentro de su competencia el conocer, valorar y modificar la situación psicológica del enfermo oncológico, trayendo con frecuencia como consecuencia la dicotomía cartesiana relativa a “médicos del cuerpo” y “médicos del alma”, en el mejor de los casos remiten a un psicólogo o psiquiatra muchos de estos pacientes, considerándose ajenos a esa problemática. Afortunadamente, con el desarrollo del modelo biopsicosocial y con el creciente interés en los temas de Oncología Psicosocial, hasta los oncólogos más biologicistas comienzan a reconocer el papel que los factores psicológicos pueden jugar en el curso de la enfermedad y empiezan a volver la mirada a la Psicología, como disciplina para explicar esta influencia y como profesión que atiende a estos enfermos. Una forma “suavizada” de negar el problema es esperar

a que el paciente solicite apoyo psicológico y demande atención, lo que puede resultar escabroso, al dejar a muchos enfermos fuera del alcance de la interconsulta psicooncológica, necesitándola. También es frecuente un mecanismo sutil de negación, centrado en el coste del tiempo que implica una valoración de este tipo; con el desarrollo de sencillas técnicas de evaluación psicodiagnóstica y de procedimientos de terapia breve este afrontamiento por parte de los oncólogos ha ido cediendo terreno a un enfoque realista y cooperativo con los especialistas de Psicooncología. Por último, es frecuente escuchar el criterio de oncólogos que piensan que “el mejor psicólogo para su paciente es el propio médico”. En realidad, esto es parcialmente cierto: una gran cantidad de procedimientos de valoración y tratamiento psicológico pueden ser llevados a cabo por el propio médico y este debe estar imbuido de un pensamiento psicosocial para integrar todas las facetas y factores del proceso salud-enfermedad en la atención integral a sus enfermos. Esto es una verdad de Peregrullo, lamentablemente muchas veces de forma dogmática. En realidad, dista mucho de pensar que el médico oncólogo pueda poseer plenos conocimientos acerca de los factores psicosociales que afectan a su enfermo y domine una gran cantidad de procedimientos complejos y especializados que provienen del campo de las ciencias psicológicas. Sería equivalente a negar la necesidad y pertinencia del trabajo en equipo en tiempos que ya no son los de Leonardo da Vinci. Y como muchos médicos no saben trabajar en equipos multidisciplinarios, asumen en consecuencia este enfoque del problema, no niegan la necesidad de la integración, pero se consideran suficientemente competentes y suficientes para incorporar las variables psicológicas en el estudio y tratamiento de su paciente. *“Quién me va a enseñar a mí Psicología –comentaba recientemente un oncólogo amigo- si llevo muchos años comunicándome con mis pacientes, interrogándoles sobre sus principales preocupaciones y recomendándoles calma y tranquilidad ante todo?”*. Su pregunta generó respuestas, naturalmente, pero lo más importante es que fue fuente de muchas otras reflexiones: *“Qué vericuetos mentales tendrán en su cabeza algunos profesionales de la salud que se creen superiores a sus pacientes, que no se comunican adecuadamente con ellos, que creen que lo hacen todo perfecto? En qué pedestal reposan quienes creen tener las respuestas a todo”?*...

Holland señala un tercer tipo de barreras: las *de carácter institucional*. La prioridad de “curar el cáncer” despliega espejismos y puede dejar de lado el abordaje de los problemas emocionales de ese enfermo y su calidad de vida, cuya problemática no se reduce a un tumor ni a un estadiamiento. Otra barrera de este tipo es creer erróneamente que la atención y la investigación psicológica no es algo científico, porque aborda problemas subjetivos. En otras ocasiones, se considera de un alto coste incluir a un psicooncólogo entre los directivos o profesionales de una institución sanitaria dedicada al cáncer, con una visión reducida de las ventajas, – incluso, económicas- que puede tener para la institución la presencia de estos profesionales que luchan por la calidad de vida y la satisfacción de sus usuarios, por la reducción de la estada hospitalaria ante la disminución de complicaciones postoperatorias, por el decremento de la suspensión de intervenciones quirúrgicas a causa de crisis emocionales, por la plena incorporación de profesionales en riesgo de estrés o desgaste luchando por una mayor calidad de la atención. Sin

embargo, la barrera principal para la presencia de psicólogos en una institución de este tipo es la falta de conocimiento de gerentes y directivos del hospital acerca de la eficacia de la atención psicológica a estos pacientes y sus familiares.

Según muchos autores (Grau y Guilbert, 1997; Grau, Llantá y Chacón, 1998, 2000; Grau, 2001; Holland, 1998; Gil y Sirgo, 2000; Grau, Chacón y Romero, 2001), algunas de las principales líneas de trabajo asistencial y de investigación en la Psicooncología actual son:

- Manejo de alteraciones emocionales en pacientes oncológicos
- Intervención psicosocial en el paciente paliativo con cáncer
- Participación en la solución de dilemas éticos, especialmente en ensayos terapéuticos
- Formación en Psicooncología, tanto la formación curricular de psicólogos en este campo, como el desarrollo de habilidades de comunicación e información por médicos y otros profesionales ante el paciente y la familia y el “counselling” a equipos directivos y enfermeras oncológicas
- Calidad de vida: toma de decisiones compartidas entre médicos, pacientes y familiares; participación en ensayos clínicos randomizados, grupos de trabajo para discusión de problemas de calidad de vida.
- Consejería genética (especialmente ante el cáncer de mama) y orientación para el mejor desarrollo de programas de pesquizaje; intervención ante percepción de riesgo, por ejemplo, de segundos tumores.
- Control de emociones y mejoría de afrontamientos ante la enfermedad, influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia, ajuste a la enfermedad, tratamiento de disfunciones sexuales relacionadas con la enfermedad o sus tratamientos.
- Dirección de grupos de apoyo psicológico y asesoría a grupos de autoayuda.

A modo de conclusiones, se resume mucho de lo que se ha expuesto de la siguiente forma:

- Los campos de aplicación desde la perspectiva psicooncológica menos estudiados lo constituyen los aspectos de educación/prevención en cáncer y los cuidados paliativos.
- La evaluación e intervención psicológica debe realizarse en el ámbito de la comunidad, pacientes, familias y equipo de salud; en función de la cantidad de sujetos participantes puede ser: individual, de pareja y grupal, por su alcance o perspectiva: educativa, modificadora de conducta, de ajuste emocional, y por su naturaleza: asistencial, docente e investigativa.
- La psicooncología puede y debe contribuir al avance del conocimiento científico en lo que se refiere al papel que juegan procesos, estados psíquicos y propiedades de la personalidad en la aparición, curso y evolución de algunos de los cánceres más frecuentes en un contexto determinado, así como en la búsqueda y perfeccionamiento de procedimientos de intervención psicológica cada vez más eficaces para mejorar el bienestar emocional de pacientes y

familiares, incrementar la adherencia a los tratamientos de los enfermos, mejorar o preservar su calidad de vida y prevenir los desajustes emocionales en los equipos de atención.

- Como parte del creciente movimiento de inserción del psicólogo en los equipos médicos hospitalarios, en muchas instituciones dedicadas a cáncer, además del sistema de interconsulta o remisión a Psicooncología, el psicólogo debe formar parte de algunos servicios, habitualmente llamados “priorizados”, entre ellos: mastología, cabeza y cuello, oncopediatria, cirugía general, quimioterapia, radioterapia, etc.
- Los psicooncólogos deben acumular una fuerte preparación en técnicas de “counselling” (consejería), así como en orientación y terapia familiar y en entrenamiento de habilidades socio-comunicativas. Pero, además, y con relativa independencia de su marco teórico, deben conocer procedimientos de hipnorelajación, técnicas catárticas y de ventilación emocional, terapias de grupo, procedimientos para el control del dolor, consejería ante problemas de anorexia, y una serie de técnicas cognitivo-conductuales como biorretroalimentación, entrenamiento en solución de problemas, procedimientos para reforzar conductas adaptativas y extinguir las desadaptativas, técnicas de distracción y de control atencional, de detención de pensamientos negativos, auto-instrucciones y reestructuración cognitiva. Por la naturaleza de su trabajo el psicooncólogo debe conocer elementos de terapia ocupacional y de orientación y terapia sexual.
- La psicooncología como campo aplicado de la Psicología de la Salud debe colaborar en la formación pre y postgraduada de psicólogos, médicos, enfermeras y técnicos de la institución. Asimismo, los psicólogos en este campo deben elaborar proyectos, normas de trabajo, metodologías específicas para la investigación psicológica en determinados temas, que contribuyan a optimizar el nivel científico de los servicios psicológicos en determinadas áreas del ámbito hospitalario. Realizar investigaciones encaminadas a la optimización de las condiciones laborales; estudios sobre satisfacción laboral, clima organizacional y “burnout”; al perfeccionamiento de los aspectos psicológicos implicados en la protección e higiene del trabajo; la evaluación, clasificación, selección y orientación de personal; la participación en Comités institucionales como el de Ética, son algunas de las principales actividades institucionales que pueden desarrollar los psicólogos en los hospitales dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La Psicooncología, en suma, rescata de la Psicología de la Salud sus características, tareas y proyecciones, y las pone al servicio de los pacientes que están en riesgo de tener cáncer, que ya lo tienen o que sufren durante y al término de su enfermedad. A la competencia profesional del psicólogo en la lucha contra el cáncer, debe unirse un profundo humanismo y una abarcadora visión ética dirigida hacia el paciente, la familia y el propio profesional de los equipos oncológicos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALICC. (1997). Seminarios de Formación en Educación para la Salud para profesionales de la Salud (Proyecto "Latinoamérica contra el cáncer"). Madrid: AECC.

American Center Society (1994). Cancer Facts and Figures, Nueva York: American Center Society.

Arranz P., Barbero, J.J., Barreto, P., Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.

Barbat, I, Grau, J. (2003). Los trastornos sexuales en el paciente con cáncer: su evaluación y tratamiento. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 66, 655-78.

Bayés, R. (1991). Psicología Oncológica. Barcelona: Martínez Roca, 2da. ed.

Bayés, R. (1996): Aspectos psicológicos del paciente con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En: González Barón, M. (Ed.). Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Panamericana, 27-39,

Bayés, R. (1998). Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. Med Clin, 110:740-3.

Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. Medicina Clínica, 113, 273-77.

Bayés, R. (2001). Psicología del Sufrimiento y de la muerte. Barcelona, Martínez Roca.

Bayés R., Limonero, J. T.; Barreto, P., y Comas M. D. (1995): Assessing suffering. Lancet, 346: 1492.

Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P., Comas, M.D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. J. Palliat Care, 3(2):22-6.

Bayés, R., Morera, M. (2000). El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. Med Clin, 115:141-4.

Borysenko, J., Borysenko, M. (1983). Sobre la psiconeuroinmunología: cómo la mente influye sobre la salud y las enfermedades...y cómo hacer que esta influencia sea beneficiosa. Executive Health, XIX (10).

Burish, T.G., Carey, M.P. (1986). Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: theoretical and development analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 593-600.

Carey, M.P., Burish, T.G. (1988). An etiology and treatment of the psychological side-effects associate with cancer chemotherapy, *Psychological bulletin*, 104, 307-325.

Cassem, N.H. (1994). El paciente moribundo. En: Cassem, N.H. (Ed.) *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*. Madrid: Diaz de Santos, 419-54.

Cassileth, B.R. (1995). The aim of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Support Care Center*, 9: 267-71.

Celentano, D.D. (1991). Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer. *Cáncer*; 67(3, supll 1), 808-12.

Chacón, M. (1999). *Personalidad Resistente, Sentido de Coherencia y Burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

Chacón, M., Grau, J. (1999). La familia como parte del equipo: el cuidador principal. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán, 995-1004.

Chacón, M., Grau, J. (2003). Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). *Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS*, cap. 78, 149-68.

Cohen, F., Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stress if illnes In: Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N. (Eds.) *Health Psychology: a handbook*. Washington: Jossey and Bass, 217-54.

Contrada, R.J.; Leventhal, E.A., Anderson, J.R. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En : Maes, S., Leventhal, H., Johnston, M. (Eds.). *International Review of Health Psychology*. NY: Wiley.

Cruzado, J.A., Olivares, M.E. (1998). *Intervención Psicológica en pacientes con cáncer*. En: Buceta, J.M., Bueno, A.M. (Eds.). *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades*. Madrid: Píramide.

Daut, R.L., Cleeland, R.S. (1982). The prevalence of severity of pain in cáncer. *Cáncer*, 50 (9):1913-8.

Foley, K. (1985). The treatment of cancer pain. *N Engl J Med*, 313 (2): 84-95.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R, Fewlting, J., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751-7.

Dolbeault, S., Szporn, A., Holland, J.C. (1999). Psycho-Oncology: Where Have we Been? Where are we Going?" Eur J Cancer, 35(11):1554-8.

Domínguez, B. (1996). Manejo psicológico no invasivo del dolor crónico y el estrés. Del estudio de la nocicepción a la reestructuración de la actividad cognoscitiva. México DF: UNAM.

Doyle, D. (1987). Domiciliary Terminal Care. Singapore: Longman.

Eysenck, H.J. (1985). Anxiety, learned helplessness and cancer: a causal theory. J. of Anxiety Disorders, 1, 87-104.

Eysenck, H. J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease and the application of Behavior Therapy in Prophylaxis. The European Journal of Psychiatry, 2, 29-41.

Eysenck, H. J. (1988). The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for the genesis of cancer and coronary heart disease. Personal Ind. Diff, 9,479-95.

Eysenck, H.J. (1989). Psychological Factors in the Prognosis, Prophylaxis and Treatment of Cancer and CHD. Psychological Assessment, 5(2):181-98.

Friedman, H., DiMatteo, R.H. (1989). Health Psychology. London: Prentice Hall.

Gil, F., León, J.Ma., Jarana L. (1992). Habilidades sociales y salud. Madrid: Eudema.

Gil, F.L., Sirgo, A. (2000). Modelo de interconsulta: guía de intervención en Psicooncología. En: Cortés Funes, H., García Conde, J., Guillém Porta, V., y otros (Eds.) Oncología Médica. Barcelona: Nova Sidonia Oncología (grupo Aula Médica, SA), Cap. 224:1713-16

Gómez Sancho, M. (1998). Cómo dar malas noticias en Medicina. Madrid: Arán, 2da. ed.

Gómez Sancho, M. (2003a). Como dar bien las malas noticias. Elementos orientativos y normas generales. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 32, 589-622.

Gómez Sancho, M. (2003b). Reacciones y fases de adaptación del enfermo y sus familiares. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 33, 623-54.

González, I., Chacón, M. (2003). Diagnóstico e intervención psicológica en la familia del enfermo al final de la vida. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 88, 371-94.

Grau, J. (1999): Conferencias del Curso de Psicooncología. Melilla, España, UNED.

Grau, J. (2001). Conferencias al Simposio Internacional de Psicooncología. Granada, España.

Grau, J., Barbat, I. (1999). Los trastornos sexuales en el paciente con cáncer: su evaluación y tratamiento. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán, cap. 51. 819-32.

Grau, J., Chacón, M. (1998). Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Trabajo presentado en el Seminario del Capítulo del Valle del Cauca de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud, Calí, Colombia

Grau, J., Chacón, M. (1999). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad? En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arán, cap. 65, 1005-20.

Grau, J., Chacón, M. (2003). Preparación para la muerte en el paciente, la familia y el equipo de salud: principios y técnicas de intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 81, 207-34.

Grau, J., Chacón, M., Romero, T. (2001). Atención integral a los enfermos en etapa terminal: los cuidados paliativos. En: Nuñez de Villavisencio, F, (Ed.) Psicología y Salud (libro de consulta para estudiantes de Psicología Médica de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas de Cuba). La Habana: ECIMED, 219-32.

Grau, J., Guibert, W. (1997). Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y educación para la salud. Soporte material para Seminarios sobre Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el cáncer, impresiones ligeras. La Habana, Cuba.

Grau, J., Llantá, M.C., Chacón, M., y otros. (1998). Conferencias del Curso Internacional en Psicooncología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.

Grau, J., Llantá, M.C., Chacón, M., Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: Algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev. Cub. Oncología; 15 (1): 46-53.

Grau, J., Llantá, M.C., Chacón, M., y otros. (2000). Conferencias del Curso Internacional Postcongreso PSICOSALUD-2000 sobre Psicología y Cáncer. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.

Grau, J., Llantá, M.C., Martín, M. (2003). Evaluación e intervención psicológica en el enfermo de cáncer con dolor. En: Gómez Sancho M, (Ed.) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, T. II, cap. 38: 51-80.

Grau, J., Martín, M., Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas del estrés sobre la base del enfoque personal. Rev. Interamericana de Psicología, 27(1), 37-58.

Grau, J., Llantá, M. C. (2001). Psicología del Dolor: Evaluación e intervención psicológica en pacientes oncológicos. En Aréchiga, G. (Ed.). Dolor y Paliación. Recursos en la Medicina Actual. Guadalajara: Cuellar.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1990a). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. Psychol Reports, 66,355-73.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1990b). Prophylactic effects of Psychoanalysis on cancer- prone and coronary heart disease-prone Proband, as compared with control groups and behavior therapy groups. J Behav Ther and Exp Psychol; 21:91-9.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1991a). Personality and cancer; prediction and prophylaxis. Anticarcinogenesis and radiation protection 2. In: Nygaard, O.F. and Upton, A.C. (Eds.) NY: Plenum Press.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1991b). Creative novation behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part I. Description of Treatment. Behav Res Ther; 29(1):1-16.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1991c). Creative novation behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part II: Effects of Treatment. Behav Res Ther; 29(1):17-31.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H., Vetter, H. (1988). Personality tipe, smoking habit and their interaction as predictor of cancer and coronary heart disease. Personal Ind Diff, 9, 479-95.

Heller, T., Bailey, L., Pattison, S. (Eds.) (1992). Preventing Cancers. Buckingham: Open University Press.

Holland, J.C. (1992). Psychosocial variables: are they factors in cancer risk or survival? Current concepts in Psychooncology; IV: 25-32.

Holland, J.C. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. Psycho-oncology. 1:1-13.

Holland, J.C. (1996). Desafíos Psicológicos del Cáncer. Investigación y Ciencia. Nueva York.

Holland, J.C. (1997). Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology* :109-14.

Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*". Oxford, NY: Oxford University Press.

Holland, J.C., Marchini, A. (1998). International psycho-oncology. En: Holland, J.C. (Ed.). *Psycho-oncology*. N.Y.: Oxford University Press; I, 1165-1169.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.

Lazarus, R., y folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona; Martínez Roca.

López-Roig, S., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J. (1993). Programas de preparación psicológica para la cirugía. En: Macía, D., Méndez, F.X., Olivares, J. (Eds.). *Intervención Psicológica : Programas Aplicados de Tratamientos*. Madrid: Pirámide.

Lorente, L., Aller, J.A., Arias G.J. (1996). Psychoneuroimmune Endocrine System: A three Phase Old Response. *J. of Intern Medicine*, 239(1): 83-90.

Llantá, M.C. (1994). Estrés en Pacientes mastectomizadas e Histerectomizadas. *Bol Psic del Hosp Psiquiátrico de La Habana*, XVII(2): 19-32.

Llantá, M.C. (2000). Intervención Psicológica en el paciente con cáncer. Ponencia a la III Conferencia Internacional PSICOSALUD-2000. La Habana, Cuba.

Llantá, M. C., Grau, J. (2001). ¿Existe una personalidad propensa al cáncer?. Taller en I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA) Veracruz, México.

Llanta, M. C., Grau, J. (2003). Conferencia sobre el paciente, la familia e intervención psicológica en el curso internacional "Actualidades en Psicooncología". Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.

Llantá, M.C., Grau, J., Chacòn, M. (1996). *La Psicooncología: Perspectivas y Retos*. Trabajo Presentado en el Congreso Internacional PSICOSALUD-96, La Habana, Cuba.

Llantá M. C., Grau, J., Pire T. (1998). *La psicología en la lucha contra el cáncer*. Ponencia al XX Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). La Habana, Cuba.

Llantá, M. C., Massip, C., Ramos, M., Pire, T., y cols. (2003). *Cáncer e impacto socioeconómico en la familia*. Ponencia al Congreso ONCO-2003, La Habana, Cuba.

Méndez, J., Grau, J. (2003). La evaluación psicológica en el enfermo al final de la vida: principios y técnicas. La evaluación del sufrimiento y de la calidad de vida. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, Cap. 43, 151-70.

Middleton, J. (1996). Yo (no) quiero tener cáncer (2^{da} Edición). México: Grijalbo.

Middleton, J., Bucher, J. (2003). Conferencias en curso internacional "Avances en Psicología Oncológica". Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba

MINSAP. (1996). Objetivos, propósitos y directrices para el desarrollo de la salud pública en Cuba hasta el año 2000. La Habana: ECIMED.

MINSAP. (1996). Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos. La Habana.

Moorey, S., Greer, S. (1989). Psychological Therapy for Patients Cancers. London: Heineman.

Murray, C.J.L., López, A.D. (Eds.)(1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.

OMS. (1995). Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra.

OPS/OMS. (2001). Situación de salud en Las Américas. Indicadores básicos 2001. Programa Especial de Análisis de Salud Pública 1998-1999.

OPS/OMS. (2002). La Salud en Las Américas. Publicación Científica y Técnica no. 587, 1.

Penzo, W. (1989). El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Barcelona: Martínez Roca.

Pérez, G., Arranz, J.A., Lara, M.A., Calvo, F. (1994). Prevención del cáncer. En noticias de salud. Monográficos: Cáncer, Madrid: Consejería de Salud.

Romero, T. (2003). Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 8, 173-201.

Reed, W.H. (1989). Management of anticipatory nausea and vomiting. En: Holland, J.C., Rowland, J.C. (Comps.). Handbook of Psychooncology. N.Y.: Oxford University Press.

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J. L. (1978): Getting well again. NY: Bantam.

Spielberger, Ch.D., Moscoso, M.S. (1996). Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 14, 59-82.

Suárez Vera D. (2002). Personalidad, cáncer y sobrevivencia. La Habana: Científico-Técnica.

Temoshock, L.R. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer. Towards an integrative model. *Cáncer Surv*; 6:545-67.

Temoshock, L.R. (2000). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuro-immunomodulation. Theory, methodology and research. *Ann NY Acad Sci*, 917:446-55.

Temoshok, L., Dreher, H. (1992). *The Type C Connection: the behavioral links to cancer and your health*. N.Y.: Random House.

Temoshock, L.R., Heller, B., Sagebiel, R., Blois, M.S., Seen, D.M., DiClemente R, Gold, M.I. (1985). The relationship of psychological factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *J Psychos Res*; 29(2):139-53.

Vasterling, J., Jenkins, R.A., Tope, D.M., Burish, T.G. (1993). Cognitive distraction and relaxation training form the control training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 65-89.