

Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario

Hospital Based Psycho-Oncological Intervention

Maria Die Trill

Hospital Universitario Gregorio Marañón, España

Resumen. La identificación de las necesidades emocionales y de los procesos psicológicos por los que pasan los pacientes con cáncer y sus familiares ha contribuido a fortalecer la presencia y la labor del psico-oncólogo en los servicios de oncología hospitalaria, facilitándose así un cuidado integral y un acercamiento más humano a estos enfermos. El psico-oncólogo tendrá como responsabilidades tareas asistenciales, docentes e investigadoras. La actividad asistencial va dirigida, en general, a aliviar el sufrimiento y a optimizar la calidad de vida del paciente. Para ello, el psico-oncólogo deberá colaborar con los diferentes profesionales sanitarios, formando parte de los equipos asistenciales, y será conocedor de diferentes técnicas psicoterapéuticas que se irán adaptando a las necesidades del paciente (a la fase de la enfermedad en la que se encuentra, al estadio, a la localización tumoral, etc.) y de sus familiares. Las labores docentes son necesarias para formar a los profesionales del equipo, independientemente de su especialidad, en los aspectos psicológicos básicos del paciente con cáncer (por ejemplo, cómo transmitir malas noticias; cómo identificar la depresión en el enfermo con cáncer, etc.), y se complementan con la actividad investigadora, que surgirá de la práctica clínica. Esta permitirá detectar los aspectos más importantes a investigar que puedan tener repercusiones positivas sobre el cuidado. En este artículo se describe la actividad del psico-oncólogo en un centro hospitalario.

Palabras clave: psico-oncología, cáncer, intervención psico-oncológica.

Abstract. The identification of both emotional needs and psychological processes in patients with cancer and their families has helped to increase the presence and work of the psycho-oncologist at the oncology units in hospitals. This has facilitated a multidisciplinary intervention and, fortunately, a more human approach when taking care of the patients. The psycho-oncologists' responsibilities will include clinical, educational and research tasks. In general, the clinical intervention aims to ease the suffering and to optimize the quality of the patient's life. Therefore, the psycho-oncologist will have to work together with different health professionals, as part of the clinical teams, as well as experts in different psychotherapeutic techniques. These techniques will be adapted to the patients and their families, depending on the stage and condition of the disease. Education and training are necessary in order to teach different professionals, independent of their specialty, basic psychological aspects of patient care such as giving bad news, identifying depression in the cancer patient, and others. Both clinical and educational activities should be complemented by relevant

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora a la Unidad de Psico-Oncología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. c/ Maizquez, 7, 28007 Madrid. E-mail: mdietrill@gmail.com

research that will help predict the sources of positive impact on patients' care. This article describes the activity of a hospital-based psycho-oncologist.

Keywords: psycho-oncology, cancer, psycho-oncologic intervention.

INTRODUCCIÓN

La figura del psico-oncólogo en el cuidado del enfermo con cáncer y de su familia, y en el trabajo con miembros del personal sanitario oncológico, toma una relevancia cada vez mayor en el entorno hospitalario. La demanda por parte de los propios pacientes y de sus familiares de recibir una atención especializada durante y después de su enfermedad es creciente. El objetivo es optimizar su calidad de vida y afrontar el cáncer y la muerte o supervivencia de la manera menos dolorosa posible en situaciones en las que, con frecuencia, el dolor emocional se confunde y acompaña al físico. A esto se añade un mayor interés por parte de los profesionales sanitarios que trabajan en oncología por integrar los aspectos psicológicos del cuidado en su práctica asistencial con el fin de adoptar un modelo biopsicosocial que incorpore tanto la ayuda médica especializada como los factores emocionales y sociales que contribuyen a facilitar la recuperación del paciente. Los enormes avances en la tecnología médica, la necesidad también creciente de tomar decisiones médicas de elevada complejidad, y los cambios que se han producido en la relación médico-paciente, que ha pasado de ser una relación paternalista de autoridad a una de mayor igualdad, han facilitado una mayor concienciación del profundo impacto que ejerce el enfrentamiento diario a la enfermedad grave y a la propia mortalidad. En el contexto de esta perspectiva multidisciplinar, las habilidades de comunicación con el enfermo y la ayuda psicológica como parte integral de la rehabilitación del enfermo durante y después de la administración de los tratamientos antineoplásicos, ocupan un lugar privilegiado (Die Trill, 2002; 2003a).

En este artículo describiré la psico-oncología y el ámbito de actuación de un psico-oncólogo hospitalario basándome en mi experiencia como coordinadora de la primera Unidad de Psico-Oncología de nuestro país en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y en diez años de experiencia psico-oncológica que he tenido la fortuna de poder disfrutar en prestigiosos centros oncológicos norteamericanos. Aunque el foco central del artículo será la intervención psico-oncológica, se describirán brevemente otras funciones del psico-oncólogo que deberían integrarse en su práctica asistencial: la docencia y la formación.

LA PSICO-ONCOLOGÍA Y EL ÁMBITO DE ACTUACIÓN DEL PSICO-ONCÓLOGO

Según Holland (1992), creadora e impulsora del campo de la psico-oncología, ésta consiste en el estudio de:

- a) Las respuestas emocionales de los enfermos en cada etapa del cáncer, de sus familiares, y de los profesionales de la salud (área psicosocial).
- b) Los factores psicológicos, comportamentales y sociales que afectan a la mortalidad y morbilidad por cáncer (área psicobiológica).

De esta definición se deriva que un psicooncólogo es conocedor del mundo afectivo de las personas con cáncer y de sus familiares, así como de la interacción entre variables psicológicas y médicas. Para ello necesita poseer ciertas habilidades y conocimientos que le permitan, entre otras cosas (Die Trill, 2003b):

- a) Conocer e identificar las reacciones emocionales apropiadas de los enfermos ante el cáncer y sus tratamientos y distinguirlas de las que son expresión de un trastorno médico, psiquiátrico o psicológico (por ejemplo, un psico-oncólogo debe diferenciar entre ansiedad reactiva a una enfermedad potencialmente mortal y ansiedad como parte de un cuadro confusional producido por una alteración metabólica o por la posible progresión de la enfermedad).
- b) Proporcionar el tratamiento psicológico adecuado a dichas reacciones en cada momento del proceso

oncológico. Ello requiere de conocimientos profundos de la psicología clínica y de las psicoterapias más eficaces, así como de la habilidad necesaria para integrar éstas en el cuidado médico del enfermo.

- c) Identificar las alteraciones emocionales que se desarrollan en los familiares del enfermo oncológico, distinguiendo aquellas respuestas “normales” de las patológicas.
- d) Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los familiares del enfermo (padres, cónyuges, hijos, hermanos, etc.) en todas las fases de la enfermedad, incluyendo el duelo y la supervivencia.
- e) Conocer e identificar las alteraciones emocionales que pueden surgir en los miembros del personal sanitario que trabajan en oncología, como reacciones de estrés y ansiedad ante la sobrecarga asistencial, sentimientos de impotencia ante determinados casos clínicos, *burnout*, depresión reactiva a la exposición diaria al sufrimiento humano y a la muerte, etc.
- f) Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los miembros del equipo asistencial, por ejemplo, desarrollar grupos de apoyo para ellos, o derivar a otro especialista si fuera necesario.
- g) Identificar factores emocionales, comportamentales y sociales que aumenten el riesgo de padecer cáncer y crear programas para reducirlos o evitarlos.

El psico-oncólogo debe formar parte del equipo hospitalario que preste asistencia profesional al enfermo de cáncer. Esto significa que debería colaborar con todos los diferentes especialistas (el cirujano, el oncólogo médico, el radioterapeuta, el inmunólogo, el genetista, el personal de enfermería, los técnicos, etc.) que de una u otra manera participan del cuidado. Para conseguir esto, el contacto directo y continuado con estos profesionales es indispensable y debe ser reforzada por los informes psico-oncológicos insertados en el historial médico del enfermo y por la participación del psico-oncólogo en sesiones clínicas, comités, etc.

FUNCIONES DEL PSICO-ONCÓLOGO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Las funciones de un psico-oncólogo han sido descritas previamente, y se pueden englobar bajo las categorías siguientes: labores asistenciales (de prevención, evaluación y diagnóstico, y tratamiento psico-oncológico), labores docentes, y labores de investigación (Die Trill, 2003b).

LABORES ASISTENCIALES

a. Generalidades

El psico-oncólogo debe de estar formado para realizar una amplia gama de actividades asistenciales que abarquen la evaluación y el tratamiento de personas que padezcan una enfermedad maligna y de sus familiares, así como para facilitar la dura labor del personal sanitario que trabaja con enfermos de cáncer. Tanto la evaluación como el tratamiento psico-oncológicos han de adaptarse a la fase de la enfermedad, pudiéndose evaluar y tratar ya sea a un individuo sano que pertenece a un grupo de riesgo por ser portador de una mutación genética determinada, como a enfermos recién diagnosticados, o en tratamiento activo, o en remisión, a otros cuya enfermedad haya recidivado, a pacientes en la fase terminal, o a supervivientes de cáncer. Igualmente, tanto la evaluación como el tratamiento deberían adaptarse a la localización tumoral, de manera que el psico-oncólogo podrá trabajar tanto con un paciente laringectomizado o traqueostomizado que presente limitaciones para comunicarse verbalmente, como con una mujer colostomizada que haya desarrollado problemas psicológicos y de relación derivados de la alteración en la imagen corporal, con un enfermo con cáncer de pulmón que se siente culpable de haber producido su enfermedad con el tabaco, o con un joven moribundo preocupado por la relación y la comunicación con sus hijos menores antes de morir. En condiciones óptimas, el psico-oncólogo debe-

ría poder trabajar tanto con niños como con adultos, pues en muchas ocasiones se requerirá su ayuda no sólo para pacientes oncológicos infantiles sino también para los hijos de los pacientes con cáncer. En caso de carecer de estos conocimientos será su responsabilidad hacer la derivación adecuada.

El psico-oncólogo debería tener capacidad para trabajar con los diferentes problemas psicológicos y psiquiátricos que desarrollan los enfermos con cáncer, de modo que sepa qué hacer en el caso de que un enfermo con un tumor de cabeza y cuello exprese deseos de morir o ideación autolítica; cuando un superviviente tenga problemas de reinserción laboral, familiar o social tras el tratamiento activo, o cuando otro paciente tenga una fobia que le impida recibir el tratamiento médico adecuado (por ejemplo, fobia a las agujas que interfiera con la administración de quimioterapia, o claustrofobia que impida la administración de radioterapia). Será responsabilidad del psico-oncólogo identificar e implantar el tratamiento psicológico del que más se pueda beneficiar el enfermo en cada momento del proceso médico. De ahí la necesidad de que posea una buena formación en psicología clínica y una determinada capacidad para ser creativo en la implantación de técnicas psicoterapéuticas (Die Trill, 2003a).

La labor asistencial del psico-oncólogo se extiende a la familia del paciente con cáncer, dado que el cáncer es una enfermedad familiar que afecta a los distintos miembros de una familia de diferentes maneras. Conocer cómo funciona una familia, el impacto de la enfermedad sobre ella, la calidad del apoyo que ofrece al paciente, y otras muchas variables relacionadas con el funcionamiento familiar, permitirá al psico-oncólogo realizar evaluaciones y sugerir terapias familiares que faciliten la aceptación y adaptación de los diferentes miembros de la familia a las distintas fases de la enfermedad.

Un tercer ámbito de actuación asistencial del psico-oncólogo incluye al personal sanitario. Establecer lazos de comunicación, facilitar el trabajo del médico y de la enfermera a través de la colaboración mutua, identificar situaciones de difícil manejo para el personal sanitario, proporcionarles información acerca del funcionamiento psicológico del paciente y de la familia, y compartir la responsabilidad del cuidado, son solo algunos de los quehaceres diarios del psico-oncólogo hospitalario. Facilitar el trabajo personal a estos profesionales es fundamental, debido a que se enfrentan a diario al sufrimiento ajeno, al deterioro físico y psíquico, a la muerte, a los dilemas éticos y morales, y a la necesidad de tomar decisiones médicas complejas en contextos médicos, sociales y personales del paciente cada vez más complicados. Todo ello se añade a unas cargas asistenciales crecientes en unos entornos institucionales que apoyan y cuidan poco del profesional generalmente entregado a su vocación. El psico-oncólogo puede facilitar un auto-análisis básico por parte del profesional sanitario en oncología, con el fin de aumentar su sensación de bienestar y de satisfacción laboral así como ayudarlo a identificar emociones profundas que surgen de la interacción entre su trabajo diario y su vida personal. Es fundamental que estos profesionales aprendan cómo manejar tanto determinadas cuestiones personales como otras relacionadas con el paciente, que pueden interferir en su rendimiento y su satisfacción laboral y personal (Die Trill, 2012).

b. Prevención

Las labores de prevención del psico-oncólogo se pueden concretar en las siguientes actividades:

- Trabajar con poblaciones físicamente sanas que tienen un elevado riesgo de desarrollar cáncer, implantando psicoterapias encaminadas a favorecer la adaptación psicológica global de un individuo sano que vive con la amenaza de sufrir o transmitir una enfermedad potencialmente mortal. En este sentido, nuestra Unidad de Psico-Oncología cubre la atención psicológica a personas sanas portadoras o potencialmente portadoras de mutaciones genéticas que les predisponen a desarrollar cáncer en el futuro, y forma parte de la Unidad de Cáncer Heredo-Familiar del hospital.
- Desarrollar e implantar programas de prevención del cáncer y de modificación de comportamientos de riesgo, por ejemplo, fumar y beber, tanto en poblaciones sanas como en otras afectadas por cáncer (por ejemplo, en el caso de pacientes con tumores de cabeza y cuello que entran en remisión tras haber sufrido

la enfermedad, y sin embargo, siguen practicando hábitos tabáquicos o de ingesta etílica que aumentan su riesgo de recidiva).

- Identificar a aquellos pacientes oncológicos que tienen mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas o psiquiátricas durante el proceso de enfermedad. Para ello se debería hacer un *screening* de todos aquellos pacientes que acudan al servicio de oncología hospitalario previamente a la confirmación del diagnóstico o nada mas confirmarse este.
- Implantar programas de intervención psicoterapéutica o psicoeducativa para evitar el desarrollo de alteraciones psicológicas o psiquiátricas (por ejemplo, trastornos del estado del ánimo o de ansiedad) en los enfermos oncológicos o en sus familiares durante el curso de la enfermedad.
- Desarrollar intervenciones psicoterapéuticas preventivas para los miembros del personal sanitario, por ejemplo, llevar a cabo grupos de trabajo o talleres teórico-prácticos sobre el *burnout* y las formas de prevenirlo.

c. Evaluación y Diagnóstico

El psico-oncólogo realiza evaluaciones psico-oncológicas comprensivas del enfermo y de su familia que integran factores médicos, psicológicos y sociales, con el fin de descartar la presencia de psicopatología que interfiera con la adaptación global del paciente o del familiar, de identificar posibles causas médicas subyacentes al trastorno psicológico o psiquiátrico, y de definir áreas problemáticas del funcionamiento y necesidades que requieran intervención psico-oncológica. Debe igualmente evaluar a candidatos a diferentes tratamientos oncológicos: cirugías extremadamente mutilantes, trasplante de médula ósea, etc., complementando dichas valoraciones los protocolos de tratamiento médico. Las evaluaciones deberán identificar a pacientes y familias de riesgo, esto es, aquellos que tengan historias psiquiátricas, conflictos familiares o personales, previos al diagnóstico oncológico que puedan acentuarse durante el curso de la enfermedad. Este es el caso de pacientes con intentos de suicidio premórbidos, el de aquellos que carezcan de apoyo familiar y social o el de pacientes con trastornos de personalidad cuyo comportamiento puede fácilmente interferir con la administración adecuada de cuidados sanitarios.

Es especialmente importante incluir determinadas variables en la evaluación inicial del paciente oncológico. Entre estas se incluyen:

- La historia de pérdidas previa al diagnóstico, dado que el cáncer constituye un proceso de pérdidas, siendo la de la salud la primera a la que se enfrenta el paciente y a la que siguen pérdidas de funciones, habilidades, capacidades, roles, amigos, trabajos, o incluso de la vida.
- La presencia de ideas autolíticas o de deseos de muerte, frecuentes a lo largo del proceso oncológico, generalmente en momentos de dolor físico mal controlado, depresión no tratada, y progresión de la enfermedad.
- La presencia de factores orgánicos que pudieran estar causando síntomas psicológicos o físicos. Cuando no se identifica la causa médica de un síntoma se tiende a atribuir éste, con frecuencia erróneamente, a causas psicológicas. Tal es el caso de pacientes que debutan con síntomas neurológicos (por ejemplo, mareos) y en quienes el tumor aún “no ha dado la cara”.
- Los sistemas de apoyo, dado que a lo largo del proceso oncológico es necesario contar con fuentes de apoyo sólidas, que sepan y estén dispuestas a acompañar en el sufrimiento prolongado y en la incapacidad. Además, durante el curso de la enfermedad tienden a perderse relaciones que el paciente había considerado significativas hasta la aparición del cáncer.

Es importante en la evaluación del paciente saber distinguir entre una respuesta “normal” y una respuesta psicopatológica al diagnóstico y/o tratamientos. A pesar de que la mayor parte de los enfermos afrontan la enfermedad con valentía y eficacia, padecer un cáncer aumenta el riesgo de que una persona desarrolle alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas debido al enorme estrés que conlleva padecer una enfermedad que es crónica, grave, y potencialmente mortal. A esto se añaden el estigma, la incertidumbre y las preocupaciones asociadas al cáncer. Los pacientes pueden desarrollar un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, un trastorno afectivo,

un trastorno de ansiedad, ataques de pánico) simplemente en respuesta al temor o al conocimiento de que padecen un cáncer, y requerir para ello tratamiento psiquiátrico mayor.

Muchos miembros del personal sanitario consideran que determinadas reacciones psicopatológicas de los pacientes son “normales”. Pensamientos del tipo: “si yo tuviera un cáncer también me habría deprimido” son frecuentes entre los profesionales e influyen en que determinadas reacciones “anormales” a la enfermedad y sus tratamientos pasen desapercibidas y no reciban el tratamiento psicológico o psiquiátrico indicado.

Incredulidad seguida de un periodo de caos emocional caracterizado por síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad y alteraciones del apetito, sueño y capacidad de concentración, suelen acompañar a pensamientos intrusivos acerca del diagnóstico y temores acerca del futuro inicialmente, ante la confirmación del diagnóstico oncológico. Estos síntomas suelen desaparecer al cabo de unas semanas con el apoyo de la familia, de los amigos y del personal sanitario, junto a la definición de un plan de tratamiento médico que supone el inicio de una posible solución al cáncer y el consiguiente aumento de las esperanzas de recuperación. Intervenciones psicológicas profesionales en general no son necesarias en este momento del proceso oncológico, a no ser que los síntomas de malestar emocional persistan en el tiempo o sean de una intensidad intolerable. La prescripción de un ansiolítico para la sedación diurna y de un hipnótico que normalice los patrones de sueño pueden ayudar al paciente a pasar esta primera etapa (Massie y Popkin, 1998).

En algunos pacientes persisten elevados niveles de ansiedad y depresión durante semanas o meses. Esta reacción prolongada de malestar emocional no es adaptativa y frecuentemente requiere de la intervención de un psico-oncólogo. Generalmente, la psicoterapia de apoyo breve basada en el modelo de intervención en crisis es de gran utilidad. Con ella se ofrece apoyo emocional, se proporciona información que facilita la adaptación del enfermo a la crisis, se hace énfasis en sus habilidades, y se favorece el uso de técnicas de afrontamiento empleadas eficazmente por el enfermo en el pasado. En ocasiones el tratamiento psicoterapéutico se combina con la administración de psicofármacos. El encuentro con un paciente “veterano” que le sirva de modelo al enfermo puede ser también de gran utilidad en este momento del proceso (Die Trill, 2003d).

Los individuos que afrontan el cáncer eficazmente utilizan muchos de los mecanismos de defensa maduros que ha descrito Vaillant (1986): el humor, el altruismo, la sublimación, la anticipación y la supresión. Sin embargo, la defensa menos madura, la negación temporal, es tan frecuente en esta población que puede ser considerada como una respuesta normal en circunstancias graves como lo es la de padecer un cáncer. En muchos casos la negación permite recibir el tratamiento antineoplásico manteniendo una calidad de vida aceptable.

Mientras que el 53% de los pacientes diagnosticados de cáncer exhiben una respuesta normal ante el estrés de padecer la enfermedad, el 47% cumplen criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico. De estos últimos más de dos tercios, el 68%, padecen ansiedad y depresiones reactivas o situacionales (trastornos de adaptación con el ánimo deprimido o ansioso); el 13% tienen depresión mayor; el 8% trastornos mentales orgánicos; el 7% trastornos de personalidad; y el 4% trastornos de ansiedad pre-existentes al diagnóstico oncológico. Casi el 90% de las alteraciones psiquiátricas identificadas son reacciones a, o manifestaciones del cáncer o de su tratamiento. Solamente un 11% de estas alteraciones representaban trastornos psiquiátricos pre-existentes (trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad premórbidos), lo cual sugiere que la mayor parte de los individuos afectados de cáncer tienen respuestas normales ante la situación médica, siendo aquellas reacciones más patológicas no sólo una minoría sino también respuestas fundamentalmente reactivas a la situación estresante que el enfermo está viviendo (Derogatis et al. 1983). Generalmente, en los casos de trastornos psiquiátricos pre-existentes, éstos tienden a exacerbarse durante el proceso de la enfermedad.

d) Tratamientos Psico-Oncológicos

La rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer consiste en proporcionar de una manera sistemática las técnicas psicológicas y psico-educativas necesarias para modificar determinados comportamientos del pacien-

te que le impiden aceptar y adaptarse adecuada o eficazmente a la enfermedad. En general, los objetivos de estas técnicas son aumentar la moral, la auto-estima y la capacidad del enfermo de afrontar el cáncer, a la vez que se reduce su nivel de angustia, ansiedad o tristeza y se acepta la enfermedad y el sufrimiento como parte de la existencia. Los tratamientos psico-oncológicos están también encaminados a aumentar la sensación de control del enfermo en su lucha contra el cáncer y a ayudarle a resolver los problemas diarios con los que le enfrenta la enfermedad.

Existen diferentes modalidades de tratamiento psicológico que tienen distintas aplicaciones en el entorno oncológico. Por ejemplo, ciertos tratamientos han sido empleados con éxito en el control de efectos secundarios de la terapia antineoplásica, como las náuseas y los vómitos anticipatorios inducidos por la quimioterapia que surgen *antes* de la administración del tratamiento; de la angustia y de la ansiedad producidas por la radioterapia; del dolor crónico y agudo; de la ansiedad y del dolor asociados a la realización de pruebas diagnósticas y de algunos trastornos sexuales secundarios a la enfermedad o a su tratamiento, por citar algunos ejemplos. También se han empleado terapias psicológicas eficazmente en mejorar la calidad de vida y la adaptación emocional del paciente. Incluso algunos estudios publicados en revistas de reconocimiento internacional han intentado demostrar que las terapias psicológicas pueden prolongar la supervivencia del paciente con cáncer (Spiegel et al., 1989). Sin embargo, posteriormente se han identificado importantes deficiencias metodológicas de estas investigaciones que han anulado la credibilidad de sus resultados.

A continuación se describen las principales modalidades de tratamientos psicológicos empleados en la rehabilitación emocional del paciente oncológico. Estas incluyen psicoterapias individuales, grupos psicoterapéuticos de apoyo; psicoterapias de pareja y de familia, y otras técnicas tales como la musicoterapia, el humor y la visualización.

Psicoterapia individual con el enfermo oncológico

La psicoterapia constituye una alternativa para aquellos enfermos que rechazan los psicofármacos. En el caso de emplearse como adyuvante a éstos, esto puede ser más eficaz que cualquiera de las dos modalidades terapéuticas por sí solas. Además, no produce efectos secundarios ni interfiere con los efectos de otros tratamientos médicos.

La psicoterapia individual en oncología se emplea con varios objetivos. Entre ellos quepa mencionar: mejorar la sensación de malestar psicológico que experimenta el paciente durante el proceso oncológico reduciendo los sentimientos de confusión, angustia, tristeza y temor; facilitar la adhesión terapéutica y la adaptación a los cambios físicos y psicológicos que producen los tratamientos y la misma enfermedad; favorecer la adaptación a la supervivencia frecuentemente caracterizada por temores a la recidiva, por las numerosas secuelas físicas y emocionales producidas por los tratamientos recibidos, y por grandes dificultades para retomar las actividades premórbidas; facilitar el enfrentamiento a las cuestiones existenciales y psicológicas que surgen en el paciente, especialmente en fases avanzadas y terminales del cáncer; facilitar el desarrollo de nuevos vínculos y relaciones después de haber sufrido el cáncer, o la resolución de relaciones previamente conflictivas; facilitar la comunicación del paciente con personas significativas de su entorno.

La psicoterapia individual con el paciente con cáncer debería centrarse en un principio, en la enfermedad y en sus implicaciones, explorándose únicamente aquéllos aspectos de la vida pasada y presente del paciente que afecten su adaptación al cáncer. Generalmente se emplean psicoterapias de apoyo breves, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión afectiva y la identificación de temores y preocupaciones acerca de la enfermedad y sus consecuencias, y que permiten explorar, aclarar e interpretar temas psicodinámicos que son relevantes en la situación inmediata. La eficacia terapéutica está determinada, en parte, por la sensación de continuidad que la psicoterapia le proporciona al paciente durante el curso de la enfermedad.

En ocasiones la historia pasada del enfermo interfiere con su adaptación a la enfermedad o con su aceptación de los tratamientos médicos. Tal fue el caso de MK, un veterano de guerra que experimentaba una elevadísima

ansiedad y ataques de pánico durante su ingreso en una habitación de aislamiento mientras se sometía a un trasplante de médula ósea. La situación de “encierro” despertó en él recuerdos vívidos de un periodo en el que, siendo prisionero de guerra, estuvo confinado en una pequeña celda. En estos casos es función del psico-oncólogo ayudar a explorar e identificar aquéllos aspectos de la biografía del enfermo que le impiden una adaptación adecuada, proporcionando pautas tanto al paciente y a su familia como al personal médico para facilitar ésta.

La psicoterapia debe adaptarse al nivel de funcionamiento del paciente y a sus necesidades. Una recomendación general sería mantener una sesión semanal o bimensual de 40-45 minutos en el caso de pacientes ambulatorios, y sesiones más frecuentes y más breves en pacientes que están ingresados, limitándose éstas en el caso de que el paciente sufra dolor o malestar.

En general, la psicoterapia estará encaminada a reforzar y mantener los mecanismos de afrontamiento adaptativos del paciente en su enfrentamiento al cáncer. En otros casos, el terapeuta confrontará al paciente con los mecanismos empleados si éstos no fuesen los adecuados.

Los objetivos de la psicoterapia también varían en función del momento en el que el paciente se encuentre en el proceso de la enfermedad. Así, en una primera etapa, tras la confirmación del diagnóstico, se intentará, entre otras cosas, aliviar el caos emocional y la ansiedad que generan la incertidumbre acerca de la eficacia de los tratamientos, el curso del cáncer, la respuesta terapéutica, etc. Cuando el paciente entra en remisión, el enfrentamiento previo al cáncer y el mayor acercamiento a la muerte que ha experimentado durante la enfermedad pueden estimular una exploración de problemas que, de no haber recibido diagnóstico oncológico alguno, hubiera tolerado o mantenido, como pueden ser algunos problemas conyugales o familiares. En otros casos, la psicoterapia con el superviviente de cáncer estará orientada a ayudarle a afrontar los cambios en su vida que hayan impuesto la enfermedad y sus tratamientos, como sucede por ejemplo en el caso de pacientes que son cabeza de familia y que se ven obligados por la enfermedad a ceder parte de sus responsabilidades a sus más allegados. El enfrentamiento más cercano a la muerte en aquellos pacientes con enfermedad más avanzada o terminal implica en muchos casos la presencia de temores, preocupaciones y angustia significativos que requieren una atención especial. El acompañamiento y apoyo psicológico en esta situación adopta un matiz diferente, e implican ayudar al paciente en sus cuestionamientos filosófico-existenciales y en sus revisiones vitales, así como favorecer la resolución de duelos y cuestiones que hayan quedado “pendientes” de resolver.

Independientemente del momento en el que se encuentre el paciente, ayudarle a encontrar sentido es fundamental. Explorar lo que significa estar enfermo, tener dolor, sufrir o morir varía enormemente de un paciente a otro. Así, hay pacientes para quienes la quimioterapia “funciona” si produce toxicidad como náuseas o vómitos, y no produce el efecto deseado sobre el tumor cuando no experimentan efectos secundarios. Corregir estas ideas erróneas tiene importantes implicaciones para la buena adaptación emocional a la enfermedad.

El psico-oncólogo aplicará diferentes técnicas psicoterapéuticas según el problema o dificultad con el que se encuentre el paciente. Así, las técnicas cognitivas y conductuales se emplearán fundamentalmente para el control de síntomas tales como el dolor, el insomnio, la ansiedad generalizada y la producida por la administración de pruebas médicas invasivas, las náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia o las fobias que impiden la administración de pruebas o tratamientos médicos. Proporcionar información psicoeducativa y entrenar en habilidades concretas es igualmente importante: relajación, control del estrés, solución de problemas. Estos tipos de terapias son eficaces durante y después de la administración de tratamientos antineoplásicos. Las psicoterapias de corte humanista están basadas en la filosofía existencial y en sus premisas (“La existencia no es inferior a la esencia”), así como en la idea de que el enfrentamiento a la propia mortalidad puede generar ansiedad pero enriquecer, además, la propia existencia. Su orientación al presente (aquí y ahora) se ve enriquecida por tanto por el enfrentamiento a la incertidumbre del futuro. Entre sus objetivos se encuentran el desarrollo de relaciones auténticas (p.ej., eliminando mitos de invulnerabilidad, evitando fantasías acerca de la propia vida):

“Admit what is truthfully occurring”. Esta orientación tiene sus aplicaciones en las etapas mas avanzadas de la enfermedad, aunque es recomendable a lo largo de todo el proceso médico. La psicoterapia de orientación psicodinámica explora el pasado y su relación con el momento actual. Intenta identificar el papel que han jugado las relaciones pasadas en el comportamiento presente del paciente. Esta orientación también es eficaz a lo largo de todo el proceso oncológico, especialmente durante la etapa de supervivencia en la que el paciente tiene más “espacio psicológico” para realizar el ejercicio de introspección necesario para alcanzar conclusiones elaboradas. Hay que tener en cuenta que probablemente, durante el tratamiento activo, el paciente, ahora más debilitado físicamente, verá reducida su posibilidad de iniciar e implicarse en este tipo de psicoterapia. Otra técnica aplicada en psico-oncología es el psicodrama, que utiliza la actuación como medio de auto-conocimiento y sanación. Durante el juego dramático se suman el lenguaje corporal y gestual al verbal; el paciente no relata algo sobre sí mismo sino que todo su ser habla por él; surge así una integración. El paciente se convierte en el verdadero protagonista de su labor terapéutica, y la acción, por sí, produce una movilización de sus potenciales creativos (López Barberá y Población, 1997).

Psicoterapia grupal y grupos de apoyo

La psicoterapia de grupo ha demostrado ser extremadamente beneficiosa en oncología debido, entre otras cosas, al apoyo social que proporciona al enfermo con cáncer. Aunque existen numerosos grupos de auto-ayuda, los grupos psicoterapéuticos están dirigidos por profesionales y en ellos participan enfermos o sus familiares. Los terapeutas emplean diversas técnicas psicoeducativas y psicoterapéuticas para explorar, en una situación grupal, cuestiones relevantes a la adaptación a la enfermedad. Se imparten sugerencias prácticas e información médica a la vez que se facilita el apoyo mutuo y se entrena a los participantes en el uso de diferentes pautas que facilitan el enfrentamiento al cáncer.

Los grupos de terapia en oncología han demostrado ser eficaces en mejorar el estado afectivo del paciente, en promover la adaptación a la enfermedad y en reducir el dolor, entre otras cosas. Pueden realizarse con enfermos hospitalizados o ambulatorios. Pueden estar dirigidos a pacientes con una patología tumoral concreta (por ejemplo, grupos de pacientes con tumores cerebrales) o pueden ser heterogéneos en cuanto al tipo de tumor. Pueden estar igualmente dirigidos a personas en tratamiento activo, en remisión o con enfermedad avanzada. Son igualmente eficaces aquellos grupos dirigidos a los familiares de los pacientes. En un centro oncológico monográfico diseñamos un grupo de terapia dirigido a pacientes con tumores de cabeza y cuello hospitalizados. Se bautizó al grupo como *“El Grupo Silencioso”* debido a la dificultad para verbalizar que tenían los pacientes por encontrarse casi todos ellos en la fase post-operatoria. El grupo lo dirigíamos una enfermera y una trabajadora social especializadas en pacientes con tumores de cabeza y cuello, y yo como psicóloga. Cada una tenía una función concreta y necesaria en el grupo: la primera ayudaba a los pacientes con dificultades con la traqueostomía, mucosidades, etc. durante su asistencia al grupo, a la vez que proporcionaba información práctica sobre los cuidados e higiene que debían mantener los pacientes; la trabajadora social facilitaba información acerca del alta hospitalaria y de los servicios y recursos sociales disponibles para los pacientes; y la psicóloga llevaba el cuidado emocional de los pacientes. Las tres profesionales se intercalaban entre los pacientes y leían en voz alta al grupo las respuestas que éstos escribían en las libretas proporcionadas debido a sus dificultades para expresarse verbalmente. En el grupo participaban entre ocho y quince pacientes hospitalizados semanalmente. Los grupos eran abiertos: cada semana acudían a ellos diferentes pacientes, según quién se encontrara ingresado y en qué condición física se hallaran. Los temas de discusión los definía el grupo e incluían aspectos psicológicos relacionados con la deformidad, la vergüenza y los temores asociados a las traqueostomías y a las alteraciones funcionales, a la incapacidad o dificultad para tragar, comer y respirar, la dificultad para hablar y su interferencia en sus relaciones sociales y familiares, y la dependencia del alcohol y del tabaco, entre otros. Los pacientes tenían así una oportunidad de obtener información acerca de su condición, de

contactar con otros en su misma situación, y de prepararse para el alta hospitalaria con una situación de deformidad y disfunción significativas (Die Trill, 2003c).

Otros grupos pueden ser más estructurados. En estos casos se marca la duración de los mismos, por ejemplo, doce sesiones semanales de una hora y media. Tal fue el caso de los grupos realizados con niños con tumores cerebrales y los grupos paralelos para sus padres. Entre los objetivos de estos grupos se encontraban: (1) proporcionar entrenamiento en habilidades sociales: cómo hacer un amigo nuevo, cómo reaccionar ante las preguntas acerca de la situación médica y cómo responder al rechazo de otros niños en la escuela; (2) proporcionar apoyo social y emocional; y (3) proporcionar información médica acerca de la enfermedad, su tratamiento y sus secuelas. En los grupos de padres se planteaban temas relacionados con el cuidado del paciente infantil con un tumor cerebral. Estos grupos demostraron ser altamente eficaces no sólo en facilitar el apoyo social entre los participantes que generalmente refieren sentirse muy aislados, sino también en proporcionar expectativas realistas acerca de su funcionamiento (Die Trill et al., 1996, Die Trill, en prensa).

Psicoterapia de Pareja

Aunque la psicoterapia de pareja se lleva a cabo con pacientes con cualquier tipo de afectación tumoral, es más frecuente que se solicite en los casos de pacientes con cáncer de mama, tumores ginecológicos, o tumores genitourinarios del varón que experimenten trastornos sexuales o alteraciones en la imagen corporal o en la autoestima, secundarios al tratamiento, que afectan la relación adversamente. Diferentes factores médicos y psicológicos influyen en la relación de pareja cuando uno de sus miembros padece cáncer: el tipo de tumor; el estadio de la enfermedad; los tratamientos administrados y el significado que tienen tanto el cáncer como su tratamiento para el paciente y para su pareja; el pronóstico; las secuelas físicas y psicológicas de los tratamientos; la edad del paciente y de su pareja; la historia de la pareja y su relación previa al diagnóstico; la personalidad de ambos miembros y la estabilidad emocional premórbida; el grado de intimidad de la que goza la pareja; la etapa evolutiva en la que se encuentra en el momento del diagnóstico; el apoyo social disponible; el cuidado de los hijos; la presencia de estresores adicionales a la enfermedad (p.ej., problemas laborales); los temores manifiestos y encubiertos (p.ej., al abandono, al rechazo); el grado de comunicación entre ambos; los modos de expresión afectiva entre la pareja; el nivel de compromiso; etc. Averiguar los mitos y fantasías que interfieren en la relación será uno de los objetivos de nuestra valoración del problema, como por ejemplo el temor a no poder atraer o mantener a la pareja después del cáncer. Entre los objetivos del trabajo con parejas en oncología se encuentran:

- Facilitar la participación activa de la pareja del paciente en el tratamiento desde el comienzo de éste (p.e., en la toma de decisiones médicas, acompañamiento a curas y visitas al médico, etc.).
- Ayudar a la pareja del paciente a atribuir las dificultades que puedan surgir durante el curso de la enfermedad al cáncer, más que al paciente.
- Proporcionar apoyo e información a la pareja para facilitar su apoyo al enfermo.
- Favorecer las relaciones con la familia extendida a la vez que se intenta evitar “intrusiones” de terceros, especialmente en parejas con una historia breve de relación.
- Facilitar la participación activa de un miembro de la pareja en los cambios positivos del otro, p.ej., aumentos en la auto-estima de un miembro de la pareja pueden alterar el equilibrio en la relación.
- Facilitar la expresión afectiva y la escucha mutua.
- Abordar los temores.

Con frecuencia el problema inicialmente planteado en oncología es un problema en la relación sexual. El tratamiento de la disfunción sexual puede variar desde proporcionar información a la pareja hasta terapias más elaboradas y de mayor duración que combinan técnicas médicas y psicoterapéuticas, siempre en el contexto de favorecer la intimidad afectiva y la comunicación entre los miembros de la pareja.

Ayuda Psicológica a la Familia

Dado que el cáncer afecta no sólo al enfermo sino a toda su familia, la psicoterapia es en muchas ocasiones más eficaz si se incluye la participación familiar. Es más, con frecuencia es la familia el objeto de intervención psicoterapéutica, especialmente en situaciones de conflictividad familiar o de complejidad médica o progresión de la enfermedad. Aunque algunos autores informan sobre un impacto positivo del cáncer sobre las relaciones familiares, otros describen elevados niveles de estrés y ansiedad asociados a la enfermedad.

A menudo se evita reconocer conflictos familiares por considerarlos imposibles de solucionar, especialmente cuando una enfermedad grave está presente en la vida de la familia. Problemas familiares frecuentes en oncología incluyen la falta de comunicación entre los miembros que la componen, conduciendo esto a conspiraciones de silencio que no hacen sino aislar al paciente de sus seres más allegados; preocupaciones acerca de la posibilidad de heredar o transmitir el cáncer genéticamente; la intensificación de conflictos previos al diagnóstico; la influencia negativa de patrones de relación familiar desadaptativos sobre la adaptación del paciente a la enfermedad; los sentimientos de impotencia por parte de los familiares al no saber cómo ayudar al enfermo a la vez que intentan manejar sus propios miedos y angustia; los sentimientos de profunda tristeza en los familiares al estar expuestos al deterioro progresivo y sufrimiento de un ser querido; y la presencia de secretos familiares que generan relaciones deshonestas e inseguras (por ejemplo, casos en los que al someterse los familiares a pruebas para la donación de médula ósea, se descubre que el paciente no es hijo o hermano biológico de sus padres o hermanos).

Las familias frecuentemente perciben el cáncer como una serie de crisis médicas que retan profundamente sus recursos emocionales, físicos y económicos. Igual que el paciente con cáncer, su familia generalmente tiende a sentirse más vulnerable en momentos puntuales del proceso oncológico: la confirmación del diagnóstico, la administración del tratamiento con el consiguiente manejo de efectos secundarios, la finalización del tratamiento médico, el enfrentamiento a la progresión de la enfermedad, y la muerte o supervivencia del enfermo. Son numerosas las fuentes de estrés a las que se han de enfrentar los familiares: monitorización de síntomas y administración de tratamientos en el domicilio; sensación de “no poder llorar ni quejarse” ante el enfermo “que es quien realmente sufre”; aislamiento social; proporcionar cuidados emocionales; apoyar al paciente en sus decisiones médicas, aun estando en desacuerdo con ellas; mantener las actividades familiares usuales en la medida de lo posible, etc.

El trabajo familiar implicará averiguar el efecto que tiene la enfermedad sobre cada uno de los familiares mas cercanos del paciente; identificar al cuidador principal y brindarle apoyo y pautas de cuidado; identificar las distintas maneras que tiene cada miembro de la familia de afrontar la situación y los problemas y dificultades de relación que han surgido o se han acentuado a raíz del diagnóstico e intentar aliviar las situaciones familiares anteriormente descritas. Algunas preguntas pueden facilitar nuestro conocimiento acerca de cómo maneja la familia el diagnóstico y la progresión de la enfermedad: ¿Entiende la familia el diagnóstico y sus implicaciones?; ¿Informa la familia a miembros clave de la red social del paciente, acerca de su situación médica?; ¿Toma la familia decisiones médicas adecuadamente?; Sentimientos de culpa, ira, negación, depresión o ansiedad ¿son los que mueven a la familia?; ¿Qué expectativas tiene la familia acerca del tratamiento?; ¿Hace la familia planes realistas y adecuados a la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente?; ¿Facilita la familia la adhesión terapéutica del paciente?; ¿Está preparada la familia para afrontar la toxicidad que producen los tratamientos médicos?; ¿Entiende la familia el cambio de pronóstico y el curso de la progresión del cáncer?; ¿Se plantean decisiones acerca del final de la vida y preferencias por procedimientos que mantienen la vida?; ¿Anticipan cambios importantes que pueden suceder después de la muerte?; ¿Habla la familia acerca de la enfermedad y el impacto que ha tenido sobre cada uno de sus miembros?; etc.

El apoyo psicológico a la familia es pues crucial en oncología puesto que, además de facilitar la cohesión y la adaptación familiar al cáncer, favorece la adaptación psicológica del paciente. Otros objetivos terapéuticos incluyen fomentar la colaboración y comunicación con el personal sanitario; reducir el aislamiento; fomentar

la realización de actividades familiares; facilitar la transición familiar de una etapa de la enfermedad a otra; y apoyar la flexibilidad y acomodación a las diferentes etapas del proceso oncológico.

Otras Técnicas Empleadas en La Mejoría Psicológica del Paciente con Cáncer

Existen otras técnicas empleadas por los enfermos con cáncer para mejorar su bienestar emocional y, en algunos casos, para combatir su enfermedad. La eficacia de estas técnicas en la población oncológica no ha sido demostrada científicamente. Algunos ejemplos son la musicoterapia, el humor y algunas técnicas de visualización.

El humor lo emplean muchos enfermos para enfrentarse a los aspectos más dolorosos de su situación. Además de los efectos fisiológicos beneficiosos que parece producir el humor (p.ej., el aumento en el ritmo cardíaco que estimula la circulación), a menudo ayuda a establecer una atmósfera libre de tensión y facilita la comunicación entre individuos. Erdman (1993) ha descrito un programa de enfermería en el que el humor era un componente del cuidado que enfermos oncológicos recibían durante sus hospitalizaciones. Entre los diferentes métodos que describe este autor para producir situaciones conducentes a risas y humor se encuentran decorar la habitación del enfermo con objetos, carteles o fotos que le hagan reír, y proporcionar películas de vídeo cómicas a los pacientes hospitalizados.

La musicoterapia consiste en la aplicación sistemática de la música en el tratamiento de ciertos aspectos fisiológicos y psicológicos de una enfermedad. La musicoterapia se ha empleado con pacientes oncológicos para combatir la ansiedad y el estrés asociados a la enfermedad, para reducir el dolor, y como medio de expresión para el paciente. La musicoterapia tiene aplicaciones individuales, grupales, o de pareja. Por ejemplo, se le puede pedir a un enfermo con cáncer que tenga dificultad en expresar sus afectos que le ponga letra a una melodía conocida. Asimismo, se le puede pedir a una pareja que escoja cada uno un instrumento musical de entre varios, y que se inventen una melodía juntos. En este caso se puede observar el grado de comunicación y compenetración de la pareja a la hora de crear su música, el tipo de música que tocan, el tipo de instrumento que cada uno de ellos escoge, y cómo van variando estas actividades a lo largo de la enfermedad. Esto probablemente constituya una manifestación de cómo reaccionan ante el cáncer, su grado de comunicación y de compenetración ante él, etc.

Las técnicas de visualización emplean “el poder de la mente” para combatir la enfermedad. Estas técnicas carecen de rigor científico alguno y típicamente consisten en proporcionar instrucciones al paciente para que imagine sus células “buenas” o sanas combatiendo a las células “malas” o “cancerosas”. Uno de los mayores riesgos que el uso de estas técnicas conlleva es el enorme sentido de la responsabilidad sobre el curso de la enfermedad que algunos pacientes pueden llegar a desarrollar. Pacientes que han practicado estas técnicas y que no responden al tratamiento antineoplásico pueden llegar a sentirse enormemente culpables y decepcionados al sentir que quizás no hayan utilizado la técnica adecuadamente o que no han podido ejercer el control sobre el cáncer que debían haber alcanzado. Es importante educar a los enfermos en el uso de estas técnicas, así como en sus limitaciones antes de crear expectativas falsas acerca de su eficacia.

El Rol Del Médico En La Rehabilitación Psicológica Del Paciente

El médico juega un papel fundamental en la rehabilitación psicosocial del paciente oncológico. Como cualquier otro profesional, el médico está altamente influido por sus valores y motivaciones personales. Nunca debe funcionar contra su código moral, pero debe tener cuidado de no actuar bajo la influencia de conflictos internos no resueltos; de no asociar los fracasos de los tratamientos oncológicos a fracasos personales o profesionales; y de mantener expectativas realistas acerca de sus capacidades tanto profesionales como personales.

La contribución fundamental del médico en la rehabilitación emocional del enfermo radica en la relación que

mantenga con él. El médico debe ofrecer al paciente tanta información como éste desee oír, asegurándole de que no le abandonará durante el curso de la enfermedad, y haciendo énfasis en las medidas que se puedan tomar ante situaciones clínicas que vayan surgiendo durante las diferentes etapas del cáncer. El médico tiene una especial obligación de escuchar las dudas y temores expresados por el paciente y de mantener una relación abierta y basada en la confianza y la sinceridad entre ambos. Asimismo debe saber identificar los problemas psicológicos y psiquiátricos del paciente que requieran un tratamiento especializado, en cuyo caso deberá hacer las recomendaciones necesarias para que el paciente reciba la atención requerida por su condición psicológica. Pero también, el médico ha de escucharse a sí mismo; ha de enfrentarse a los miedos e inseguridades que le genera el enfrentamiento diario al deterioro físico y a la muerte; ha de poder elaborar los pequeños o grandes duelos por las pérdidas a las que su profesión le obliga a enfrentarse. Todo ello evitará que desarrolle el síndrome del personal quemado y facilitará el comportamiento empático y sincero hacia el enfermo. Cuando esto ocurre, el médico se convierte generalmente en el mejor psicoterapeuta del paciente.

LABORES DOCENTES

Es imprescindible que el psico-oncólogo desarrolle habilidades para la docencia. Uno de los objetivos de esta labor es transmitir eficazmente los principios de la psico-oncología a otros miembros del personal sanitario (por ejemplo, médicos, enfermeras, etc.) con el fin de optimizar la atención sanitaria integral al enfermo con cáncer. Para ello es fundamental que todos aquellos involucrados en su cuidado posean conocimientos básicos acerca de los factores psicológicos que influyen en el proceso de adaptación a la enfermedad, al tratamiento, a la supervivencia, a la terminalidad y a la muerte; conocimientos acerca de los principios de comunicación con el paciente y con la familia, y conocimientos básicos acerca de los fundamentos del *counselling*, con el fin de desarrollar una comunicación eficaz y empática con el enfermo.

La labor docente del psico-oncólogo asegurará la existencia de un grupo de profesionales de la psicología oncológica que puedan colaborar con otros especialistas de la oncología eficazmente. Para ello una de las funciones del psico-oncólogo será transmitir sus conocimientos y realizar labores de supervisión clínica y “emocional” en el contexto de programas de formación específicos para aquellos profesionales de la salud mental que se quieran dedicar a esta subárea de la psicología clínica.

LABORES DE INVESTIGACIÓN

Cuanto mas se sabe acerca del cáncer, mayor complejidad adopta la investigación psico-oncológica. Por ejemplo, a mayor información sobre los efectos del apoyo social, la dieta, y los factores genéticos, mayores implicaciones sobre cómo intervenir para prevenir el cáncer. Uno de los retos para la psico-oncología es mejorar la calidad y el objetivo de la investigación, demostrar la eficacia de intervenciones que mejoren las vidas de los enfermos, y entrenar a clínicos e investigadores en el uso de estos conocimientos. Aunque no pretende ser exhaustiva, a continuación se describe un listado con algunas de las áreas de investigación psico-oncológica en auge actualmente (Die Trill, 2003a):

- Aspectos relacionados con la prevención del cáncer: papel del apoyo social, estilos de vida, mantenimiento de hábitos saludables, etc.
- Poblaciones de riesgo: familias con elevado riesgo genético de desarrollar cáncer; comportamientos preventivos (por ejemplo, mastectomías bilaterales profilácticas); etc.
- Calidad de vida del enfermo oncológico.
- Cuestiones relacionadas con el superviviente de cáncer: adaptación a las secuelas físicas y psicológicas del cáncer; reinserción social, laboral y familiar, etc.

- Adaptación psicosocial a la enfermedad en todas sus fases; estilos de afrontamiento y adaptación emocional a la enfermedad.
- Variables psicológicas relacionadas con el desarrollo y progresión del cáncer; aspectos relacionados con la psiconeuroinmunología.
- Eficacia de las diferentes técnicas psicoterapéuticas en los diversos problemas y trastornos emocionales que presentan los enfermos con cáncer y sus familiares, con el fin de poder responder preguntas del tipo de: ¿en qué momento del proceso de enfermedad se deberían incluir estas intervenciones psicoterapéuticas?, etc.
- Variables psicológicas que influyen sobre la adaptación a las diferentes modalidades terapéuticas en oncología: cirugía, quimioterapia, etc.
- Usos y aplicaciones de la medicina alternativa en oncología.

Las labores investigadoras se verán enriquecidas cuando las preguntas a investigar surgen de la práctica clínica diaria. Es así como se plantearán estudios científicos que tengan mayor relevancia e implicaciones clínicas para los pacientes.

CONCLUSIONES

La mayor concienciación por parte de los enfermos oncológicos, de sus familiares, y de los miembros del personal sanitario trabajando en oncología, acerca de la influencia de factores psicológicos en el proceso de enfermedad ha contribuido a desarrollar programas cada vez más numerosos de atención psicológica a esta población. A esto se añade el creciente interés de los profesionales de la salud mental por participar en el cuidado de enfermos crónicos.

Este artículo, basado en otras publicaciones previas, ha tenido como objetivo describir brevemente el campo de la psico-oncología y definir las funciones de un psico-oncólogo hospitalario. Dichas funciones se pueden clasificar en labores asistenciales (centradas en la atención psicológica a pacientes con cáncer, sus familiares, y el personal sanitario); labores docentes encaminadas a difundir la práctica psico-oncológica y a mejorar el cuidado integral del paciente; y labores investigadoras dirigidas a responder a preguntas que surgen de la práctica clínica y cuyas respuestas pueden facilitar el desarrollo de programas de intervención más eficaces en la población oncológica, optimizando así el cuidado.

La flexibilidad en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas al enfermo de cáncer es crucial y se debe traducir en flexibilidad en el tipo de intervención que se escoja (que debe adaptarse a la fase de la enfermedad, a la localización tumoral, al tratamiento médico administrado y al síntoma/s a tratar), y flexibilidad en cuanto a la aplicación de dicha intervención (adaptándonos a la condición física del paciente).

El desarrollo de la psico-oncología en los últimos años transmite un mensaje esperanzador en cuanto al número creciente de pacientes que reciben la ayuda que requieren en momentos cruciales de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke, C. L. Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 249, 751-757.
- Die Trill, M. (2002). La formación en psico-oncología. En M.R. Dias y E. Dura (eds.), *Territorios da Psicologia Oncológica* (pp. 381-394). Lisboa: Climepsi.
- Die Trill, M. (2003a). Intervención psicológica en un servicio de oncología. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 622-640). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Die Trill, M. (2003b). La formación en psico-oncología. En M. Die Trill (ed.), *Psico-Oncología* (cap 48). Madrid: Aula de Estudios Sanitarios-ADES.

- Die Trill, M. (2003c). Psicoterapia de grupo. En M. Die Trill (ed.) *Psico-Oncología* (pp. 519-532). Madrid: Aula de Estudios Sanitarios-ADES.
- Die Trill, M. (2003d). Psicopatología y Cáncer. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 25(1-3), 81-93.
- Die Trill, M. (2012). Physician's emotions in the cancer setting: A basic guide to improving wellbeing and doctor-patient communication. En A. Surbone, et al. (ed.), *New Challenges in communication with cancer patients* (cap. 18). New York: Springer-Verlag.
- Die Trill, M. (en prensa). Terapia grupal en oncología. En J. A. Cruzado (ed.), *Psico-Oncología y Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Die Trill, M., Bromberg, J., La Vally, B., Portales, L., Sanfeliz, A. y Patenaude, A. (1996). Development of social skills in boys with brain tumors: A group approach. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(2), 23-41.
- Erdman, L. (1993). Laughter therapy for patients with cancer. *Journal Psychosocial Oncology* 11(4), 55-67.
- Holland, J. (1992). Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1, 1-13.
- López Barberá, E. y Población Knappe, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Massie, M. J. y Popkin, M. K. (1998). Depressive Disorders. En J. Holland (ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 518-540), New York: Oxford University Press.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastasis breast cancer. *The Lancet*, 8668, 888-891.
- Vaillant, G. (1986). Adaptation and ego mechanisms of defense. *Harvard Medical School Mental Health Letter*, 3, 4-6.

Manuscrito recibido: 30/05/2013

Revisión recibida: 10/06/2013

Manuscrito aceptado: 13/06/2013