



Psicología oncológica

Almudena Prieto Fernández *

Abstract

The present work has a double purpose. On one hand, to study the relation between psychological factors and cancer (what is the influence of psychological factors over the cause the development of cancer); on the other hand, the effect of cancer over psychological variables (anxiety and depression). The necessity of one psychological intervention parallel and simultaneous to the medical treatment, with oncological patients, is justified with the existence of these two kinds of relations. Finally, we will describe how one psychological intervention program should be, and what strategies and psychological techniques can be used in order to improve the quality of live for these patients.

Keywords: Psychoneuroimmunology, stress, interdisciplinary work.

Resumen

El propósito de este trabajo es doble. Por un lado examinar la relación que existe entre factores psicológicos y el cáncer (cómo influyen los factores psicológicos sobre el origen y desarrollo del cáncer) y por otro, el efecto del cáncer sobre las variables psicológicas (ansiedad y depresión). Con la existencia de estos dos tipos de relaciones se justifica la necesidad de un trabajo psicológico paralelo y simultáneo al tratamiento médico en pacientes oncológicos. Finalmente se describirá cómo debería ser un programa de intervención psicológica y qué estrategias y técnicas psicológicas podemos usar para lograr una serie de objetivos específicos dirigidos a mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Psiconeuroinmunología, estrés, trabajo interdisciplinar

1. Introducción

En “El cáncer es una palabra que engloba a muchas y diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento incontrolado de las células. Estas enfermedades están provocadas por trastornos genéticos y muy pocas veces son hereditarias.

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos.... que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) con el equipo sanitario (médicos y enfermeros)” (Cirera, 1997).

Existen dos tipos de relación entre los factores psicológicos y el cáncer (Bayés, 1980):

* Enviar correspondencia a: jrg@mma.es (Almudena Prieto)

- 1) Los factores psicológicos como variable independiente y el cáncer como variable dependiente: efectos del estrés sobre el cáncer. (Hay investigación en animales pero no en personas).
- 2) Los factores psicológicos como variable dependiente y el cáncer como variable independiente: efectos del cáncer sobre los estados depresivos.

El cáncer debe significar para la persona que lo padece un reto más en su vida. En la actualidad son muchas las personas para las cuales el cáncer no es más que un recuerdo, gracias:

- al diagnóstico precoz
- a los avances tecnológicos
- a las nuevas alternativas de tratamiento
- a los cambios en los estilos de vida
- a la forma de entender el cáncer

Como enfrentarse al diagnóstico

El cáncer aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna, y por ello su diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico.

A la hora de evaluar las posibilidades de remisión del cáncer se tiende a pensar que éstas dependen exclusivamente del tipo de cáncer diagnosticado. Pero en la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones. No hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo y de esto es importante que sea consciente el paciente. La salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes juegan en la curación del cáncer. Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

Las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, pueden ser más dañinas que ésta porque pueden interferir en el tratamiento.

Hay que intentar hacer comprender al paciente que para enfrentarse al cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer y, que por tanto, la sanación no es exclusiva de la medicina, sino que el propio enfermo juega un papel fundamental en ella.

Actitudes y actividades que todo paciente debe aceptar para luchar contra la enfermedad, aprobadas por el Instituto Nacional Americano para el Cáncer:

Tabla 1:
actitudes y actividades en la lucha contra el cáncer

1.	ser consciente de que el diagnóstico de cáncer no es necesariamente una sentencia de muerte.
2.	Ser consciente de que siempre hay muchas posibilidades de disfrutar de la vida y participar en ella.
3.	Hacer planes para el futuro, no renunciar a conseguir nuevas metas.
4.	No culparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como hubiéramos deseado.
5.	Seguir los consejos dados por el médico y equipo asistencial.
6.	No sentirse solo o desamparado. Recuerde que constituye un elemento importante

-
- en su recuperación.
7. Luchar contra el sentimiento de soledad. No permitir que las relaciones entre familiares y amigos sean diferentes a como eran antes del diagnóstico.
 8. Recordar que es exactamente la misma persona de siempre.
 9. Ser consciente de lo que realmente puedo y no puedo hacer.
 10. Procurar no relegar en otras personas aquellas actividades que usted realmente pudiera realizar.
 11. Intentar describir la enfermedad en términos de esperanza. Sentirla como un desafío y no describirse como una víctima.
 12. Perseguir la felicidad y evitar las situaciones estresantes.
 13. Intentar descargar emociones y sentimientos negativos.
 14. Practicar relajación e intentar visualizar la recuperación.
 15. Mantener una postura de esperanza.
-

“Los pacientes que se muestran aprensivos suelen morir con rapidez aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciba sea el adecuado. Por el contrario los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer, usualmente mejoran”. (Miller, 1980).

Parece existir un denominador común entre los pacientes de cáncer que no responden al tratamiento: haber perdido la esperanza, la desesperación de nunca llegar a tener la vida realmente plena y placentera que se desea, la clase de vida que te anima a levantarte cada mañana

La disyuntiva sobre si es mejor decirle la verdad a un enfermo de cáncer o no, últimamente está desapareciendo. Cada vez existe más, una tendencia a que decirle la verdad es lo más apropiado, para que el paciente juegue ese papel fundamental en su búsqueda de la salud. Pero no todo el mundo reacciona igual ante un diagnóstico de cáncer, por lo que hay que saber cómo va a actuar ese sujeto al recibir la noticia y así saber cómo y en qué momento dársela.

La información sobre el proceso de su enfermedad debe ser continua, progresiva, ajustada a los recursos del paciente y a lo que el paciente pregunte y quiera saber.

Los promotores del cáncer (Estrés como VI)

Entre los promotores del cáncer además de los factores hereditarios, ambientales (tabaco, sustancias químicas...) y estilos de vida, también encontramos factores psicológicos.

Entre todos los factores psicológicos sospechosos de ejercer influencia en el desarrollo del cáncer, el ESTRÉS es el de mayor influencia, es el que tiene mayor probabilidad de producir cáncer por su demostrado efecto sobre el sistema inmunológico.

Aparte de su papel causal en el desarrollo del cáncer, el estrés ha sido implicado también en la tasa de diseminación del cáncer. Los dos mecanismos internos más importantes que influyen en el crecimiento del cáncer son el sistema endocrino e inmunológico. Las investigaciones del Selye (1956) han demostrado claramente que la estimulación de la corteza suprarrenal era la marca o sello básico de la respuesta del organismo al estrés. Como parte de esa reacción de alarma, se presentaba una marcada involución del tejido linfático y del timo, productores fundamentales de los componentes del sistema inmunitario. Por tanto, a causa de sus fuertes efectos sobre los factores inmunitario y endocrino, parecería que el estrés tendría propiedades potenciales profundas. Sobre la susceptibilidad al cáncer y su desarrollo clínico.

Hay variables psicológicas, incluida la capacidad para afrontar el estrés, que dan lugar a una mayor incidencia del cáncer y a una disminución del tiempo de supervivencia.

Estudios realizados con seres humanos muestran:

- La incidencia del cáncer es particularmente elevada en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante. (Bahnsen y Bahnsen, 1964; Greene, 1966; Lombar y Potter, 1950; Peller, 1952; Schmale e Iker, 1964, 1966).
- Los integrantes de la población que estaban viudos, divorciados o separados tenían una incidencia de cáncer más alta que el resto de la población. (LeShan, 1966; Lombar y Potter, 1950; Peller, 1952).
- También se ha relacionado con el cáncer otras variables psicológicas como: escasa liberación de las emociones (Kissen, 1965, 1966), expresión limitada de la agresividad (Bacon, Rennecker y Cutler, 1952) e introspección disminuida (Abse, Wilkins, Vandecastle, Buxton, Demars y Brown, 1974).

El que una situación sea catalogada como estresante o no depende de la percepción del sujeto, de sus cogniciones subjetivas. El cáncer es percibido (la mayoría de las veces) como una situación de amenaza, la cuál genera estrés.

La mente humana es capaz de producir cambios bioquímicos en el cerebro (a favor o en contra de nuestro bienestar), en función de nuestros pensamientos o cogniciones. Esto lo muestran las investigaciones sobre el efecto placebo: el placebo se puede definir como una sustancia susceptible de producir a través de su uso efectos terapéuticos en un paciente sin poseer intrínsecamente capacidad para ello.

Así muchas personas experimentan los efectos esperados de la medicación aunque la supuesta medicación sea totalmente inocua. Esto demuestra el poder de la sugestión en la recuperación de la salud.

Sindelar y Ketcham (1976), en un informe sobre 107 intervenciones quirúrgicas técnicamente inoperantes pero que, a pesar de ello fueron seguidas de una remisión completa del cáncer, señalan que el efecto placebo (la creencia en el tratamiento) podría ser la responsable de la regresión de los tumores.

Se ve en esta investigación cómo la fuerza de las expectativas produce reacciones contrarias a las propias de la medicación o intervención administrada. Si se cree en la eficacia del tratamiento y en la posibilidad de curación, tal vez este pensamiento (expectativa) sea capaz de actuar como placebo. Así pues, las personas somos capaces de influir en la curación o agravamiento de la enfermedad.

Existe un cuestionario diseñado con la intención de averiguar cuáles son las expectativas y las creencias que tienen los pacientes de cáncer con respecto a la enfermedad y su tratamiento. (Barthe, 1997, ver ANEXO 1). Cada evidencia de pensamiento contraproducente, erróneo, negativo o irracional se aísla, se examina y se trabaja con él hasta lograr una reestructuración cognitiva más acorde con la realidad.

La Psiconeuroinmunología

Los científicos utilizan el término psiconeuroinmunología para referirse a la rama de la medicina centrada en el estudio de la conexión entre nuestras emociones o pensamientos y la actividad del sistema nervioso inmunitario.

Se ha descubierto que las emociones negativas inducen la disminución de las defensas y las positivas favorecen su incremento.

Seyle (1956): pionero en el estudio de la influencia del estrés en la salud. Demostró que la ansiedad recurrente repercute negativamente en la salud y en su recuperación. Comprobó que cuando se sometía a las ratas de laboratorio a situaciones de estrés crónico, los linfocitos T (células del sistema inmunológico) sufrían una depresión, con lo que la posibilidad de enfermar se incrementaba.

Glaser & Glaser (1983), compararon la actividad del sistema inmunológico de los estudiantes durante los exámenes finales y un mes antes de éstos. Se observó que en época de exámenes las células NK (células Killer o asesinas), cuyo objetivo es defendernos de las células tumorales, sufrían una disminución por el miedo o estrés ante el examen final.

En resumen, el estrés emocional influye:

- En la función de las células NK
- Altera la actividad de los linfocitos T cooperadores (estimulan la producción de anticuerpos)
- Altera la actividad de los linfocitos T superiores (encargados de frenar el proceso de producción de anticuerpos).
- Inhibe la producción de interferón (proteínas que estimulan el sistema inmunológico).

En el mismo estudio de Glaser & Glaser se concluyó que la práctica de relajación durante los exámenes se correlacionaba con un aumento de los niveles de los linfocitos T.

Levi (1982, 1983), comprobó cómo un grupo de treinta pacientes de cáncer en remisión, con los que había practicado la relajación y les había invitado a participar en una terapia cognitiva, se producía un aumento de la actividad de las células NK.

La relajación, visualización y la terapia cognitiva, junto con los tratamientos oncológicos son de utilidad ya que muchas veces nuestra respuesta al estrés y las consecuentes alteraciones psicológicas dependen, casi siempre, de la interpretación inadecuada de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Vivir la enfermedad como una situación de amenaza de la cual va a ser difícil o imposible escapar y que nos va a generar grandes sufrimientos, puede ser poco beneficioso si tenemos en cuenta que esos pensamientos producen ansiedad la cual perjudica la actividad del sistema inmunológico.

Enfrentarse al tratamiento

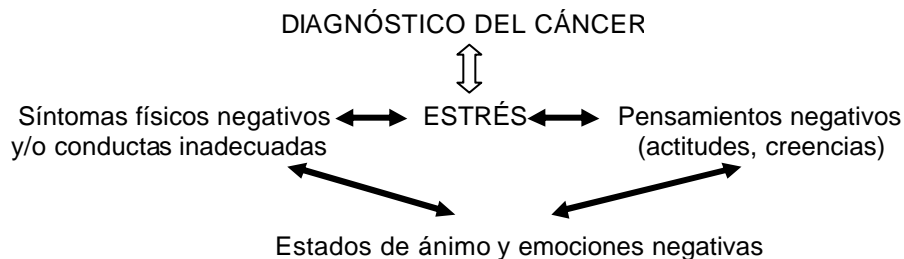
Existen diferentes tipos de tratamientos que suelen aplicarse en la medicina convencional: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia.

Estos tratamientos producen una serie de efectos secundarios, los cuáles incluso pueden llevar al paciente a abandonar el tratamiento: fatiga; náuseas y vómitos; alopecia (pérdida del cabello); efectos en la boca, labios y garganta; pérdida del apetito; cambios en el gusto y olfato; estreñimiento o diarreas.

Temer al cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de la mente porque el miedo provoca ansiedad y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores. La mayoría de estos efectos secundarios se pueden controlar por medio de técnicas de relajación, visualización y terapias cognitivas. De aquí se deriva, que al igual que es necesario utilizar las técnicas biomédicas para conseguir la curación, también son necesarias las técnicas psicológicas, porque así como la causa del cáncer es multidisciplinar, el tratamiento debe ser multidisciplinar. En el tratamiento del cáncer, la psicología y la medicina se complementan en busca de la curación.

El tratamiento psicológico se debe centrar en controlar e intentar evitar el estrés, que no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento. (El estrés como VD)

Diagnóstico del cáncer



2. La intervención psicológica

Existe una taxonomía en función del tipo de intervención psicológica a realizar: Dicha intervención debe adecuarse a los distintos momentos y etapas de la enfermedad:

Intervención a nivel de prevención primaria

Se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene por misión impedir su aparición. Es el tipo de intervención más deseable.

- **LOS ESTILOS DE VIDA** – un obstáculo para que esta intervención primaria del cáncer sea eficaz son los estilos de vida. Vemos que buena parte de los estímulos carcinógenos o los sospechosos de promocionar cáncer son placenteros, reforzantes, reales e inmediatos. Además, el tiempo que separa la aplicación del estímulo carcinógeno de la aparición clínicamente detestable del cáncer, es grande y ésta es solo probable, mientras que los estímulos carcinógenos o sospechosos de promocionar cáncer son reales, inmediatos y placenteros. Esto lleva a que el individuo escoja un estilo de vida no adecuado a no ser que: a) se le adiestre a posponer sus satisfacciones; b) aprenda a encontrar satisfacciones igual de

placenteras e inmediatas con otros estímulos no carcinógenos. Y ahí es donde entra en juego esa primera intervención psicológica.

- **EL ESTRÉS** – aunque el estrés no es la causa primaria del cáncer, sí constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo. Así pues, las estimulaciones carcinógenas son una condición necesaria pero no suficiente para la aparición y desarrollo del cáncer. El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: 1) Aumentando la exposición de un sujeto a un carcinógeno. Por ejemplo: sujeto con ansiedad, fuma más; 2)

Interactuando con los efectos del carcinógeno. La intervención psicológica primaria: es importante adiestrar a los sujetos que se encuentran en situaciones de alto riesgo (por ejemplo: muerte de la pareja) en estrategias para afrontar esos problemas de forma que no se vea afectada su salud por el estrés.

- **EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.** La alimentación está considerada como un factor importante en la expansión actual del cáncer. Determinados alimentos son carcinógenos y a pesar de ello como nos gustan y nos producen una satisfacción inmediata, no renunciamos a ellos. Los psicólogos deben intervenir para favorecer un cambio dietético.

Intervención a nivel de prevención secundaria

Tiene como objetivo localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; se trata, si es posible de detectar la enfermedad en sus estados iniciales o inmediatamente previos a su casi inevitable o muy probable aparición. Cuanto más pronto se detecta un cáncer, mayores posibilidades de superar la enfermedad. ¿Cómo detectar lo antes posible un cáncer? ¿Qué factores pueden facilitar o dificultar dicha detección?

Factores psicológicos que pueden facilitar dicha detección:

1. Conseguir una transmisión eficaz de información a la población general y, en especial, a las poblaciones de alto riesgo.
2. Conseguir que se adquieran unos hábitos periódicos y sistemáticos de detección, especialmente en las poblaciones de alto riesgo.

Intervención a nivel de prevención terciaria

Se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Desde un punto de vista psicológico, la prevención terciaria del cáncer, debería comprender todos aquellos conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar, total o parcialmente, solas o en unión de las intervenciones biomédicas, aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Los objetivos importantes de una intervención psicológica a nivel terciario son:

1. Cumplimiento de las prescripciones: conseguir que el paciente siga los tratamientos y dietas prescritas por el facultativo.

2. Adiestramiento de los enfermos en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad: evitar que el enfermo caiga en estados de ansiedad y depresión que son intrínsecamente indeseables para la enfermedad y contribuyen a agravarla.
3. Adiestramiento del personal sanitario: para mejorar sus intenciones con los enfermos y adiestrarlos también en técnicas de afrontamiento para combatir su propia ansiedad y depresión, los cuales repercuten en el enfermo negativamente.
4. Colaborar en la resolución de problemas: como la comunicación del diagnóstico al enfermo o la preparación para la muerte de los pacientes terminales.
5. Solución (o colaboración en la solución) de problemas potencialmente modificables por medios psicológicos: náuseas y vómitos; dolor; ansiedad, depresión e insomnio.
6. Intervención en la familia del paciente: enseñarles a reforzar al paciente las conductas adaptativas y a extinguir las desadaptativas y entrenarles en habilidades de comunicación y soporte emocional de cara a optimizar el apoyo al enfermo.

- CONTROL PSICOLÓGICO DE LOS VÓMITOS, NAÚSEAS, DOLOR Y ESTRÉS:

a) *Náuseas y vómitos* – Un tercio de los pacientes sufren náuseas y vómitos anticipatorios, es decir, antes de suministrarles la droga o mientras se les administra el medicamento. En algunos pacientes las náuseas y vómitos aparecen cuando están en el recinto, perciben olores familiares o personas relacionadas con el fármaco e incluso con sólo pensar en la droga. Esto se puede explicar con el paradigma del condicionamiento clásico de Pavlov: estímulos neutros que forman parte del contexto (personas, olores...) se asocian a náuseas y vómitos que son respuestas incondicionadas debido a la droga. Para combatir esto existen terapias comportamentales, como por ejemplo la relajación. Conseguir el control sobre el organismo implica el aumento de la confianza en el enfermo e incluso un efecto placebo.;

b) *Dolor* - ¿Qué puede aportar la psicología para combatir el dolor en sus pacientes?; Fordyce (1973) – las quejas, lamentos, gemidos, llantos..... pueden ofrecer al enfermo ganancias psicosociales como una mayor atención, amabilidad y dedicación por parte de sus familiares. El dolor responde a un esquema de condicionamiento operante donde esa mayor atención es el refuerzo positivo (incrementa la probabilidad de la respuesta: quejas) del dolor. Así esas manifestaciones de dolor pueden aparecer sin que estén presentes las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que las originan. Por esto una acción puramente farmacológica para evitar el dolor, puede ser insuficiente. Además de la relajación, biofeedback ... como estrategias para evitar el dolor, atendiendo al paradigma operante podemos aplicar un programa de reforzamiento diferencial, como se hizo con un paciente terminal de 64 años que a pesar de la morfina que recibía, pasaba la mitad del tiempo que permanecía despierto gimiendo y gritando. Se estableció una línea base en la que cada diez minutos se anotaba la ocurrencia o no ocurrencia de los siguientes comportamientos: 1) llanto; 2) gemidos; 3) sueño; 4) despierto y quieto; 5) hablando con familiares y visitantes; 6) comiendo; 7) siendo examinado por médicos o enfermeros. En la fase de intervención, el cuidador recibió instrucciones de interactuar normalmente con el paciente y de preguntarle cada cinco minutos, mientras estaba despierto, si deseaba algo. En el caso de que el paciente empezara a gemir o gritar, debía acercarse a la cama para verificar la existencia de cualquier anomalía, pero en el caso de que continuara quejándose sin ningún problema aparente que lo justificara, debía abandonar la habitación y permanecer fuera hasta que las quejas cesaran, aunque en una posición tal que le permitiera observar al enfermo. A partir del momento en que éste dejara de gemir, gritar o llorar, debía dejar pasar dos

minutos antes de entrar de nuevo en la habitación. Durante esta intervención los gemidos y gritos disminuyeron de un 48 a un 14%, y el paciente demostró una clara distinción entre los miembros de su familia y el personal sanitario con una tendencia más elevada a quejarse cuando estaban presentes los primeros;

c) *Estrés* – ya hemos dicho que las situaciones según las perciba el sujeto pueden provocar estrés, lo cual no es bueno para la enfermedad. La intervención psicológica debe ir encaminada a que el sujeto desarrolle las habilidades necesarias para combatir las amenazas que percibe.

Intervención terapéutica: Tratamiento psicológico

Considerada como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica. Utilización de las técnicas psicológicas al reto.

- **RELAJACIÓN:** Se utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

- a) Respiración abdominal o diafragmática: es una respiración profunda que nos libera de la tensión y da lugar a la respuesta de relajación.
- b) Meditación: localizar la atención en un estímulo determinado con el fin de modificar el estado mental del sujeto y provocar su tranquilidad. La meditación y visualización potencian la reacción de los glóbulos blancos en la sangre y la eficiencia de la respuesta hormonal.
- c) Relajación muscular progresiva: consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella.
- d) Entrenamiento autógeno: basado en la hipnosis. Se pretende que el paciente logre generarse por sí mismo el estado de relajación por medio de representaciones mentales adecuadas, las cuales provocarán los cambios fisiológicos correspondientes.
- e) Biofeedback: pretende enseñar cómo modificar ciertos procesos biológicos (anteriormente considerados bajo control únicamente involuntario del sistema nervioso autónomo) con el fin de someterlos a control voluntario. De esta manera, la persona sometida a los efectos fisiológicos provocados por la ansiedad, podrá aprender cómo reducirlos e incluso evitarlos.

- **VISUALIZACIÓN:** Consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que queremos conseguir, nuestro objetivo o meta. Se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que queremos conseguir facilita su consecución. Combinada con cualquiera de las técnicas de relajación, el empleo de la visualización es primordial en cualquier tratamiento de soporte orientado a potenciar los tratamientos contra el cáncer, evitar tanto los efectos nocivos de la enfermedad (el dolor) como los efectos del tratamiento (náuseas, vómitos, fatiga...) y favorecer la recuperación de la salud. Las imágenes que utilicen los pacientes en sus sesiones, para ser eficaces en la modificación del curso del cáncer, deben poseer las ocho características siguientes (Simonton, Matthews-Simonton y Creighton, 1978):

1. Las células cancerosas deben aparecer débiles.
2. El tratamiento médico debe ser visto como fuerte.
3. Las células sanas no tienen dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño.
4. Los glóbulos blancos sobrepasan en número a las células cancerosas.
5. Los glóbulos blancos deben mostrarse en todo momento fuertes y agresivos.
6. Las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin esfuerzo.
7. Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre del cáncer.
8. El paciente debe verse a sí mismo consiguiendo los objetivos que se ha propuesto en la vida, lo cual confirmará en el hecho de que posee poderosas razones para vivir.

- **TERAPIA COGNITIVA:** Esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. Según la TRE (terapia racional emotiva): las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en: su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad.

La TRE emplea para conseguir su finalidad las siguientes técnicas:

1. Técnicas puramente cognitivas:

- a) Entrenamiento en detección de creencias irracionales: se le pide al sujeto que anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad.
- b) Técnicas de persuasión verbal: debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que el paciente tiene respecto al cáncer.
- c) Entrenamiento en autoinstrucciones: repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia.
- d) Distracción cognitiva: invitar al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias invadiendo los pensamientos del paciente (leer, escuchar música, relajarse ...)

2. Técnicas conductuales:

- a) Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: entrenar al paciente en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas orientadas a la superación de determinados problemas como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación.
- b) Programación de actividades: promover un aumento de la motivación del paciente.
- c) Entrenamiento en resolución de problemas: resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad (conflictos profesionales, matrimoniales, de relación y sexuales).

- d) Intervención del rol racional: invitar al paciente a que adopte la postura del terapeuta mientras éste asume el rol del paciente y observar los consejos que en su lugar le daría al enfermo.
- e) Exposición a las situaciones temidas: conducir al paciente al enfrentamiento con las situaciones más temidas por él y debatir sobre ellas.

3. Técnicas emotivas:

- a) Imaginación racional emotiva: emplear la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por el paciente y lograr su inversión.
- b) Técnicas humorísticas: intentar promover la ausencia de dramatismo y reducir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad a través del empleo del sentido del humor.
- c) Biblioterapia: ofrecer la lectura de libros como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias.

3. Conclusiones

Al principio del trabajo se planteaban dos tipos de relaciones: efectos del estrés sobre el cáncer y efectos del cáncer sobre estados emocionales (depresión) y ansiedad.

De la primera relación (efectos del estrés sobre el cáncer), con las investigaciones existentes, no se puede concluir que los efectos biológicos producidos por el estrés sean los causantes de la génesis de un tumor (aunque se está investigando más sobre ello pero en animales). Lo que sí parece estar claro es que el estrés influye en la respuesta inmunológica, en el desarrollo y progresión del cáncer. Interpretar la enfermedad como una situación de amenaza de la que no se puede escapar (expectativas negativas), produce estrés, lo que perjudica la actividad del sistema inmunológico y por tanto el desarrollo y progresión del cáncer. Otra variable psicológica que está relacionada con estas expectativas de autoeficacia y que también influye sobre el desarrollo del estrés son las habilidades de afrontamiento que tiene el individuo.

En cuanto a la segunda relación, podemos concluir que el cáncer es una amenaza real y que por tanto la respuesta lógica y adaptativa va a ser el miedo. El problema es que este miedo da paso a una ansiedad de frecuencia exagerada e intensidad desproporcionada con repercusiones psicosomáticas, y por otro lado favorece la aparición de depresión (catastrofismo, triada cognitiva de la depresión....).

El objetivo principal de la intervención expuesta en el trabajo debe ser mejorar la calidad de vida en el paciente. Con la intervención propuesta los objetivos que conseguimos son los siguientes:

- a. Prevenir la aparición de la enfermedad a través de un proceso educacional en poblaciones de alto riesgo y la eliminación de las conductas manifiestas que incrementan la probabilidad de aparición de cáncer (p.e. fumar, alimentación...).
- b. Facilitar la adherencia al tratamiento (tanto al médico como al psicológico) motivando al paciente, dándole información real y ajustada sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, los beneficios ... y por tanto consiguiendo así ajustar sus expectativas y reducir el estrés.
- c. Promover un papel activo del paciente en el tratamiento, aumentando así sus expectativas de autoeficacia y resultado.

- d. Proporcionarles estrategias (cognitivas, conductuales, emocionales y sociales) para el manejo de la ansiedad, depresión y efectos secundarios, mejorando así su calidad de vida.
- e. Conseguir un mejor aprovechamiento del apoyo familiar y sanitario.
- f. Realizar un trabajo interdisciplinar que va a favorecer el ajuste psicológico del paciente a la enfermedad.

Para conseguir todos estos objetivos se requiere una intervención psicológica muy amplia. Para que este trabajo se lleve a cabo es imprescindible contar con el apoyo y acuerdo del personal sanitario. Es necesario que compartan un modelo biopsicosocial de la salud, para que partiendo de esta conceptualización el trabajo que ambos desempeñan (personal sanitario y psicólogos) sea compatible, paralelo y con un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias

Bas, Barthe, E. : *Cáncer, enfrentarse al reto*. Barcelona. Ed. Robinbook, 1997.

Bayés, R. : *Psicología Oncológica, prevención y terapéutica psicológica del cáncer*. Barcelona. Ed. Martínez Roca, D.L. 1985.

Branner, K. y Newberry, B.H. : *El estrés y el cáncer*. Barcelona. Ed. Heder, 1985.

Cooper, L.C. : *Estrés y cáncer*. Madrid. Ed. Díaz Santos, 1986.

ANEXO 1

Cuestionario de Barthe, 1997.

- 1- De los siguientes mitos que rodean la palabra cáncer, cuáles considera que son ciertos:
 - a) El cáncer es invencible:
SÍ NO
 - b) No hay nada que el paciente pueda hacer para luchar por su recuperación:
SÍ NO
 - c) Una vez que la enfermedad ha sido diagnosticada, el paciente ha perdido todo control sobre su vida:
SÍ NO
 - d) La vida no tiene ningún sentido después de un diagnóstico de cáncer:
SÍ NO
 - 2- ¿Pueden las palabras que utilizo para describir mi situación interferir en mi proceso de recuperación?
SÍ NO
 - 3- ¿Cree que las emociones pueden influir en su rehabilitación?
SÍ NO
 - 4- ¿Conoce el significado del efecto placebo?
SÍ NO
 - 5- ¿Cree que las expectativas que tenga sobre su curación pueden influir en su proceso de recuperación?
SÍ NO
 - 6- ¿Algunas veces piensa que es inútil tener esperanzas?
SÍ NO
 - 7- ¿Se siente totalmente impotente ante esta situación?
SÍ NO
 - 8- ¿Se siente enfadado?
SÍ NO
 - 9- ¿Se siente como si hubiera perdido todo el control sobre su vida?
SÍ NO
 - 10- ¿Siente que tanto su familia como sus amigos se han distanciado de usted a causa de su situación?
SÍ NO
 - 11- ¿Piensa que las personas que le rodean son incapaces de comprender su situación?
SÍ NO
 - 12- ¿Considera que la comunicación se ha vuelto muy difícil?
SÍ NO
 - 13- ¿Piensa que se ha convertido en una carga para los demás?
SÍ NO
 - 14- ¿Piensa que ha dejado de ser una persona atractiva para los demás? ¿Siente que las personas que disfrutaban con su presencia ya no lo hacen ahora?
SÍ NO
 - 15- ¿Se siente incapaz de participar en las actividades cotidianas?
SÍ NO
 - 16- Estando usted libre de enfermedad, ¿evitaría a otra persona en su misma situación?
SÍ NO
 - 17- ¿Se ha convertido en una persona demasiado exigente?
SÍ NO
 - 18- ¿Es su enfermedad el primer tema de su conversación?
SÍ NO
 - 19- ¿Está permitiendo que los demás realicen tareas que usted podría llevar a cabo?
SÍ NO
 - 20- ¿Se siente como una víctima?
SÍ NO
 - 21- ¿Piensa que las relaciones con su familia ya no son como antes? (piense en qué
-

aspectos han cambiado)

SÍ NO

22- ¿Preferiría darse por vencido?

SÍ NO

23- ¿Considera que el valor que tenía para usted la vida se ha perdido?

SÍ NO

24- ¿Cree en la posibilidad de que usted pudiera hacer algo por su recuperación?

SÍ NO

25- ¿Quedan en su vida cosas por las que poder disfrutar todavía?

SÍ NO
