

TERAPIA PSICOLOGICA ADYUVANTE PARA MUJERES CON CANCER DE MAMA

Steven Greer
The Royal Marsden Hospital
(Sutton, England)

Introducción

Un famoso oncólogo describía recientemente la penosa situación en la que se encuentran frecuentemente los pacientes de cáncer:

"...el tratamiento del cáncer ha llegado a ser un problema excesivamente técnico, basándose casi totalmente en las ocupaciones y actividades del ambiente hospitalario, e implicando un tremendo esfuerzo de profesionales altamente especializados, que aún cuando son responsables en compartir el problema del paciente, trabajan, a veces, de una forma impersonal, distanciándose del paciente como persona. Muchos de estos pacientes, aturdidos por el diagnóstico, sufren de numerosas pérdidas y molestias, pasando de un lugar a otro, de un procedimiento médico detrás de otro, siendo la experiencia desconcertante y amenazadora; en el peor de los casos es como estar atrapado en el funcionamiento de una inmensa sección de una complicada maquinaria" (Thomas, 1989).

Muchos pacientes reconocerán al momento su situación en esta descripción. La fragmentación del tratamiento no suele mencionarse en la bibliografía especializada, pero sin duda es un factor que contribuye de forma importante a la morbilidad psicológica de los enfermos con cáncer. Existen, naturalmente, otros factores más importantes: el impacto emocional del diagnóstico primario de cáncer o de su recurrencia, los efectos debilitadores de la quimioterapia, la cirugía mutilante, los síntomas físicos de enfermedad metastásica y finalmente el proceso de morir (e.g.

Meyerowitz, 1980; Greer y Silberfarb, 1982; Hughson et al., 1988). A pesar de tales consecuencias estresantes, la mayor parte de los enfermos se adaptan de forma satisfactoria, psicológicamente, a su enfermedad. Sin embargo, una minoría sustancial —por ejemplo, un 22% de las enfermas con cáncer de mama primario operable—, desarrollan trastornos psiquiátricos que persisten 2 años después del diagnóstico (Morris et al, 1977). Se debe de poner de relieve aquí, que el impacto emocional del cáncer no se limita a los pacientes, ya que existen pruebas de morbilidad psicológica entre los cónyuges y familiares de los enfermos de cáncer (Coursey et al., 1975; Sales, 1991), incluyendo a los esposos e hijas de las mujeres con cáncer de mama (Wellish et al., 1978; Lichtman et al., 1984).

Es obvio que se necesita algún tipo de terapia para aliviar el estrés psicológicos y los trastornos psiquiátricos que aparecen relacionados con el cáncer. Tal terapia debe ser aceptable para los enfermos (y, en la medida de lo posible, para sus cónyuges), relativamente breve, fácil de realizar dentro de las ocupaciones de los departamentos de oncología y, naturalmente, que sea eficaz. En el Royal Mardsen Hospital hemos desarrollado un programa de tratamiento psicológico que cumple esos requisitos, lo hemos llamado Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) y ya hemos publicado una descripción completa de la misma (Moorey y Greer, 1989); en este artículo presento un resumen de la teoría y práctica de dicha terapia.

La Terapia Psicológica Adyuvante (TPA): Bases Teóricas

La TPA se fundamenta tanto en nuestras investigaciones con enfermas con cáncer de mama como en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 1976). Las hipótesis subyacentes establecen que la morbilidad psicológica relacionada con el cáncer está determinada no sólo por las consecuencias reales del cáncer sino también por dos factores cruciales: 1) el significado personal de la enfermedad, es decir, cómo percibe el paciente al cáncer y las implicaciones que esto tiene, y 2) por las estrategias de afrontamiento del enfermo, esto es, lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer. Estos factores están influidos, a su vez, por la calidad del soporte emocional que le proporcionan la familia y los amigos así como los médicos y enfermeras que cuidan al enfermo. Este modelo teórico tiene un sentido clínico. Cualquier clínico sensible ha podido observar grandes diferencias en el ajuste psicológico entre las mujeres con cáncer de mama que tienen el mismo estadio y están recibiendo el mismo tratamiento. Es evidente que estas diferencias dependen de la percepción y respuesta individual que la mujer tiene del cáncer. Dicho de otra forma, los pensamientos de los paciente acerca del cáncer

determinan en gran medida su respuesta emocional. Por tanto, el tratamiento de los trastornos psicológicos debe incluir el intento de identificar y cambiar los pensamientos automáticos negativos subyacentes. La TPA se centra sobre el significado personal del cáncer para un paciente determinado y sobre sus estrategias de afrontamiento. Estos factores se analizan durante la terapia en el contexto de las relaciones personales del paciente y de la calidad del soporte emocional resultante.

Respuestas de Afrontamiento

Nuestra investigación ha puesto de manifiesto cinco categorías amplias de respuestas psicológicas ante el cáncer (Watson, 1988; Greer, et al., 1989).

Espíritu de Lucha. La aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra «cáncer», estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista; en definitiva, poder ver la enfermedad como un desafío. Ejemplos: (1) «El cáncer no podrá conmigo, intentaré hacer lo que sea para estar cada vez mejor, estoy dispuesto hasta a ir a clases para aprender a relajarme y a pensar más positivamente». (2) «Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir ... Creo que la ayuda del médico me puede venir bien».

Desamparo/Desesperanza. Acobardado por el conocimiento del diagnóstico, encuentra difícil poder pensar en otra cosa; la vida diaria se ve interrumpida por el miedo al cáncer y la posibilidad de morir; en resumen, adopta una actitud totalmente pesimista. Ejemplos: (1) «No puedo hacer nada, estoy acabado». (2) «La mayor parte del tiempo me siento sin esperanza. Estoy muy angustiado por mi enfermedad y con ganas de llorar... no puedo apartarla de mi mente, no sé que hacer».

Preocupación Ansiosa. Reacciona ante el diagnóstico con una marcada y persistente ansiedad, acompañada más o menos de Depresión, busca activamente información acerca del cáncer pero tiende a interpretarla de forma pesimista, se preocupa porque cualquier molestia o dolor pueda significar una extensión o recurrencia del cáncer, puede buscar "la cura" de distintas fuentes incluyendo los denominados «tratamientos alternativos». Ejemplos: (1) «Creo que cada vez voy peor, me duele la espalda aquí, ¿qué crees que puede ser, doctor?». (2) «Sé que esto es cáncer, no puedo dejar de pensar en ello, voy a ir a ese señor que hace acupuntura

y a que alguien me informe sobre los tratamientos existentes, ¿cree que eso me puede ayudar?».

Fatalismo (Aceptación Estoica). Aceptar el diagnóstico, no buscar más información, adoptar una actitud fatalista. Ejemplos: (1) «Sé lo que tengo, sé que es cáncer, pero voy a seguir lo más normal que pueda, puesto que sé que no hay nada que hacer». (2) «Es cáncer, no podré vivir con él... intento no pensar acerca de ello, confié totalmente en lo que haga el médico».

Evitación (Negación). Se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer o evita utilizar la palabra «cáncer» o admite el diagnóstico pero niega o minimiza su seriedad —(i.e., que es una enfermedad amenazante para la vida y con un resultado impredecible)—, y cualquier ansiedad que ésta despierte. Ejemplos: (1) «Los médicos me han quitado la mama como precaución». (2) «He tenido unas pocas células cancerosas, pero no es demasiado serio, no tengo porque preocuparme por esto».

Nos encontramos con que la morbilidad psicológica entre mujeres con cáncer de mama está relacionada con estas respuestas de afrontamiento. La Ansiedad y la Depresión están correlacionadas (1) positivamente con desamparo, preocupación ansiosa y fatalismo, y (2) negativamente con espíritu de lucha. Más aún, las respuestas de afrontamiento, señaladas anteriormente, están relacionadas con el Control Emocional: el fatalismo está asociado con control extremo (i.e., supresión) de todo tipo de emociones, y el desamparo correlaciona específicamente con supresión de la ira (Watson, et al., 1991). Existen también algunos resultados preliminares que sugieren que las respuestas de afrontamiento pueden influir la duración de supervivencia en las mujeres con un cáncer de mama primario, operable: en un estudio prospectivo de 15 años, el espíritu de lucha y la negación aparecieron asociados con un resultado favorable de la enfermedad, mientras que las otras respuestas de afrontamiento correlacionaron con un peor resultado (Greer et al., 1990). Según las revisiones actuales, la hipótesis de que la respuesta psicológica del paciente a la enfermedad puede influir sobre el curso de un cáncer de mama no metastásico tiene suficiente soporte empírico, pero todavía se necesitan más estudios antes de que se pueda perfilar una conclusión definitiva (Greer, 1991).

Estos resultados tienen implicaciones directas para la práctica de la TPA: la terapia aspira a inducir respuestas de afrontamiento positivas y activas, i.e., espíritu de lucha y a promover la expresión de sentimientos, especialmente la ira.

Objetivos

- 1) Mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con cáncer reduciendo la ansiedad, la depresión y cualquier otro síntoma de estrés psicológico.
- 2) Mejorar el ajuste mental al cáncer induciendo un «espíritu de lucha» positivo.
- 3) Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus propias vidas, incluyendo la participación activa en el tratamiento de su cáncer.
- 4) Enseñar al paciente a expresar sus emociones, especialmente la ira.
- 5) Enseñar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para tratar con los problemas relacionados con el cáncer y con cualquier otro tipo de problemas.
- 6) Facilitar la comunicación entre el paciente y su esposo o compañero.

Indicaciones para la TPA

La TPA se intenta utilizar en un amplio rango de pacientes que va desde aquellos sin síntomas psiquiátricos pero a los que se les puede ayudar a desarrollar unas respuestas de afrontamiento positivas, de «espíritu de lucha», hasta aquellos con trastornos psiquiátricos tales como trastornos de adaptación, reacciones de ansiedad, reacciones depresivas (ver Moorey y Greer, 1989). En pacientes con reacciones depresivas severas, se debe considerar la posibilidad de utilizar antidepresivos junto a la TPA. La TPA no es utilizable en paciente con enfermedades psicóticas (i.e., esquizofrenia, episodios maniaco-depresivo, estados confusionales, demencia). Respecto al estadio de la enfermedad cancerosa, la TPA se puede utilizar tanto en enfermos en los primeros estadios como con cáncer avanzado, incluyéndose los de enfermedad terminal (Santos y Greer, 1991).

Descripción de la TPA

Desde el planteamiento inicial de las bases teóricas de la *Terapia Psicológica Adyuvante (TPA)* se deriva que la terapia se focaliza sobre el significado personal del cáncer para el enfermo y sobre sus estrategias de afrontamiento. En la TPA, se considera que los pacientes no padecen una enfermedad psiquiátrica *per se* sino que son individuos normales psicológicamente, aunque vulnerables, que se han visto sobrepasados

por el impacto del cáncer. Consecuentemente la terapia se encamina a fortalecer personalmente al paciente y a ayudarlo a desarrollar nuevos hábitos de afrontamiento que le capaciten para tratar eficazmente con el cáncer y se espera que con cualquier otra crisis en el futuro. La Terapia es estructurada, breve (un promedio de seis sesiones de, al menos, una hora) y se focaliza sobre problemas específicos definidos conjuntamente por paciente y terapeuta. A través del curso de la terapia, paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para resolver esos problemas. Es importante subrayar la importancia de una relación terapéutica de *colaboración*. En comparación con otros tipos de psicoterapia, el terapeuta que realiza la TPA no es una especie de fuente lejana de sabiduría humana; más aún, él o ella, sirven de aviso o guía que lanza hipótesis para que el paciente las compruebe. Al mantener esta aproximación colaboradora, el terapeuta está estrechamente unido a las necesidades específicas del paciente. Al igual que en otros tipos de psicoterapia, resulta imprescindible el establecer un buen «rapport» con el paciente.

La TPA se realiza individualmente, aunque si se considera apropiado, se incluye al esposo o compañero en alguna o en todas las sesiones. En la primera sesión, se explican al paciente los objetivos y principios de la TPA; en especial, la unión existente entre estrés psicológico y pensamientos negativos subyacentes. Las sesiones de terapia deben estructurarse lo máximo posible, aunque se debe de ser flexible y deben ajustarse a las necesidades individuales de los pacientes. Al comenzar cada sesión se debe definir claramente los problemas que van a ser tratados (Agenda de Sesiones). A esto le sigue una revisión de los progresos realizados por el paciente, incluyendo las tareas que se le dieron para casa durante la semana anterior, así como feedback acerca de la sesión anterior. Entonces se exploran detalladamente los problemas definidos previamente y se discuten en profundidad, utilizando para ello los distintos métodos que describiremos posteriormente. Al final de cada una de las sesiones se hace un pequeño resumen de los puntos más esenciales que se han tratado. Finalmente, se le da al paciente las tareas que debe realizar en casa y que son las más apropiadas para sus circunstancias específicas.

Elementos de la TPA

Los principales elementos de la terapia se pueden agrupar bajo los siguientes encabezamientos: *Expresión de Sentimientos, Métodos Cognitivos, Técnicas Conductuales y Trabajando con la Pareja.*

1. *Expresión de Sentimientos*

Como hemos mencionado anteriormente, nuestros estudios sobre mujeres con cáncer de mama han demostrado que la supresión de sentimientos, especialmente la ira, está asociada con una respuesta de afrontamiento inadecuada, llamada desamparo. Por tanto, se anima a los pacientes a expresar sus sentimientos abiertamente. En nuestra experiencia, la ira es el sentimiento que los pacientes suprimen más frecuentemente. Tal sentimiento de ira puede estar dirigido hacia Dios o el Destino (¿por qué a mí?), hacia uno mismo, hacia las personas cercanas o hacia el médico, enfermeras u otros profesionales implicados en el tratamiento del paciente. El explicar que la ira es una respuesta normal y comprensible, ayuda a los pacientes con cáncer a reconocer su propia ira y a manifestarla en la terapia. La manifestación de la ira es beneficiosa *per se*. En algunas situaciones, sin embargo, la ira puede ser desadaptativa, por ejemplo, cuando se dirige —sin ninguna razón— contra el médico del paciente. En estos casos es necesario que el terapeuta discuta las bases de tal ira, y ayude al paciente a redirigirla y canalizarla en acciones más positivas.

Ejemplo: Una mujer de 53 años con T₁ N₂ M₀, cáncer de mama con nódulos positivos, estaba recibiendo quimioterapia cuando de repente, sin ninguna razón aparente, se enfadó con la enfermera que le estaba poniendo una inyección intravenosa. Se le envió para que se le hiciese una evaluación psiquiátrica pero no quiso hacerlo; provisionalmente se le persuadió para que fuese atendida por su esposo. Esta mujer, en toda su vida adulta, era la primera vez que perdía el temple. Era una mujer confiada, una persona encantadora que nunca se enfadaba con nadie y nunca demostraba su ira. Cuando fue diagnosticada de cáncer, había suprimido la ira, presentando una apariencia imperturbable ante todos los que la rodeaban. Su ira sólo aparecía cuando la enfermera le producía una pequeña molestia en su brazo al administrarle la inyección intravenosa. Este pequeño incidente unido a los efectos colaterales desagradables de la quimioterapia (falta de energía, náuseas) habían disparado su ira. A lo largo de la terapia se puso de manifiesto que, de hecho, se había disgustado mucho cuando conoció el diagnóstico («por qué a mí... yo nunca hice daño a nadie, por qué me tienen que suceder a mí estas cosas... es tan injusto»). La paciente llegó a reconocer su ira hacia el destino y a cambiarla en un espíritu de lucha positivo. Discutió las posibles opciones de tratamiento con su oncólogo y completó los ciclos de quimioterapia. Comenzó a planificar su vida de forma que pudiese obtener lo mejor de ella y también aprendió, gradualmente, a expresar su ira y otros sentimientos a su familia.

2. Métodos Cognitivos

Central a la TPA es la aproximación cognitiva que subraya que el estrés psicológico relacionado con el cáncer se debe principalmente a la forma en que el paciente percibe y reacciona a su enfermedad. Por tanto, ella necesita aprender a identificar los *pensamientos automáticos negativos* que se asocian, en un momento determinado, con ansiedad, depresión u otros pensamientos negativos.

Los pensamientos automáticos son pensamientos intrusivos y plausibles que parecen verdaderos y reales a las personas que los experimentan, pero que presentan errores lógicos en el tipo de razonamiento. La tarea del terapeuta consiste en provocar este tipo de pensamientos y enseñar al paciente a cambiarlos. Cuando el paciente llega a ser capaz de identificar y cambiar sus pensamientos automáticos percibe, frecuentemente, una disminución de su estrés emocional.

Ejemplo: Una mujer de 36 años diagnosticada de cáncer de mama metastásico fue remitida al Servicio de Psicología Médica, presentando una gran ansiedad y depresión. La paciente era consciente de que se había descubierto una única metástasis en una vertebra lumbar. Había recibido radioterapia y estaba tomando Tamoxifen y anti-estrógenos. Durante la TPA, su estado mental mejoraba lentamente a medida que se iba haciendo cargo de su enfermedad y planificaba su vida de acuerdo a ello. Pero en la tercera sesión su ansiedad aumento súbitamente. Al principio, fue incapaz de encontrar una razón para que su ansiedad aumentase. Sin embargo, al plantearse más profundamente, aparecieron claramente pensamientos automáticos subyacentes. Dos noches antes de que su ansiedad aumentase, su hija de 12 años la había despertado quejándose de un fuerte dolor de cabeza, la paciente le había dado una Aspirina y se había vuelto a acostar. La ansiedad de la paciente surgió cuando se le ocurrió pensar: «Y si Rose (su hija) tuviese un tumor cerebral... ya que después de todo *yo tengo* cáncer».

Una vez que se provocó ese pensamiento automático, no resultó difícil para la paciente, con ayuda del terapeuta, cambiarlo por: «Existen muchas causas para el dolor de cabeza; muchos dolores de cabeza no son serios y la probabilidad de que el dolor de cabeza de Rose esté causado por un tumor cerebral es infinitesimal. Yo únicamente pienso en eso porque, en estos momentos, estoy obsesionada con el cáncer». En la medida en que esta respuesta racional llegó a convertirse en un pensamiento automático, la ansiedad de la paciente desapareció.

El intento de superar los pensamientos automáticos negativos y el estrés emocional que los acompaña incluye una serie de técnicas cogniti-

vas que se enseñan en TPA: *comprobación en la realidad*, en la que el paciente se pregunta a sí misma «¿cuál es la evidencia disponible?», *reatribución* en la que el paciente aprende a buscar explicaciones causales alternativas, *distracción*, *pensamiento no catastrófico* en el que el paciente se enfrenta a los peores miedos posibles que existen en su mente (e.g. recurrencia del cáncer) y comienza a planificar como afrontaría esas circunstancias, *repetición cognitiva*, que consiste en imaginar la situación temida y practicar cómo enfrentarse a ella, e *inversión de papeles*, en la que el paciente aprende a verse a sí mismo a través de los ojos de otras personas. Se necesitan más investigaciones para comprobar la eficacia de estas técnicas. La importancia de adaptar la TPA a las necesidades individuales de cada enfermo subyace en el hecho de que cada paciente responde de forma diferente a las distintas técnicas. La experiencia clínica sugiere que la comprobación en la realidad es eficaz en todos los casos, que la distracción es el método con menos éxitos y que la inversión de papeles es especialmente útil para aumentar la auto-estima de los pacientes.

3. Métodos Conductuales

En la TPA los métodos conductuales utilizados son la *planificación de actividades* y el *entrenamiento en relajación*.

Planificación de Actividades, consiste en animar al paciente a planificar, llevar a cabo y registrar las actividades que realiza en casa, y que le dan un sentimiento de logro y le resultan agradables. Las actividades específicas que debe realizar se seleccionan conjuntamente por el paciente y el terapeuta. El esposo, si está presente durante la sesión, puede hacer sugerencias muy utilizables. Es importante seleccionar actividades que le sean familiares al paciente y que, en buena medida, pueda lograr realizarlas. Se le debe explicar al paciente la razón de porque debe realizar tales actividades. Al enfrentarse con el cáncer algunas personas se sienten sobrepasadas y desamparadas; les parece que el cáncer ha cambiado su vida totalmente y que ya no serán nunca más la persona que fueron. Al realizar regularmente actividades gratificantes, el paciente comienza a recuperar algún tipo de control sobre su vida y aprende a apreciar que el cáncer no ha podido cambiar su personalidad. Esto, a su vez, le ayuda a reducir la depresión y los sentimientos de desesperanza.

Entrenamiento en Relajación; algunos pacientes presentan una ansiedad aguda intensa que les impide responder a la psicoterapia. Se puede tratar a tales pacientes, inicialmente, con benzodiazepinas, pero muchos de estos pacientes están recibiendo ya un gran número de drogas que

tienen efectos colaterales (e.g., citostáticos, esteroides, anti-eméticos, analgésicos); añadir a estos efectos colaterales los de las drogas tranquilizantes puede resultar más perjudicial que beneficioso. El entrenamiento en relajación comprende *relajación muscular progresiva* o *ejercicios respiratorios* (Moore y Greer, 1989), técnicas simples que se le enseñan al paciente en una sesión de terapia y se le anima a que las practique en casa todos los días con la ayuda de un cassette. En contraposición a los tranquilizantes, el entrenamiento en relajación no produce efectos colaterales. Una ventaja obvia, pero no por ello menos importante, es que capacita al paciente para que desarrolle control personal sobre sus estados de ansiedad. Sin embargo, se debe decir que no todos los pacientes aprenden a controlar la ansiedad; a pesar de ello, el entrenamiento en relajación es un instrumento terapéutico útil para los estados agudos de ansiedad y también —en combinación con métodos cognitivos— para la ansiedad crónica.

4. Trabajando con Parejas

En TPA es muy conveniente la participación del esposo o compañero. El cáncer de mama afecta no sólo a la mujer sino también al marido, el cual, a su vez, influye sobre el proceso de ajuste de ella; ellos están, en palabra de Baider y Kaplan De-Nour (1988), «intrínsecamente enlazados en el proceso de afrontamiento». En las sesiones conjuntas de terapia, se anima a ambos cónyuges a que se comuniquen abiertamente sus pensamientos y sentimientos, con el fin de lograr una mayor comprensión de las necesidades de uno y otro y, por lo tanto, conseguir un apoyo emocional mutuo. Debe hacerse hincapié en que el apoyo emocional *mutuo* es el objetivo de todas las sesiones de TPA en conjunto. Aunque está claro que la paciente se beneficia de todas las formas de apoyo que le pueda proporcionar su pareja, hemos observado en la práctica clínica que para las mujeres con cáncer de mama que se sienten unas víctimas desamparadas, resulta a menudo una revelación el aprender que su pareja, también está estresada, en ocasiones demasiado, y que necesita *su* apoyo emocional. El comprobar que ella es aún necesaria aumenta, en buena medida, su auto-estima. La pareja también puede actuar como co-terapeuta, sugiriendo y animando a la enferma a realizar actividades que le proporcionen un sentimiento de logro y placer.

El impacto del cáncer es, sin duda, uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una pareja. En qué medida esto afecta a las relaciones entre ambos cónyuges depende de la calidad de las mismas antes de la enfermedad. Pueden mantenerse unas buenas relaciones maritales y sexuales, e incluso pueden fortalecerse, cuando el impacto del cáncer obliga a ambos miembros a plantearse que es lo realmente

importante para ellos y que no lo es. Por otro lado, la existencia de unas malas relaciones antes de la enfermedad, pueden llevar a la ruptura matrimonial si no se realiza una psicoterapia intensiva, y en muchos casos a pesar de ella. Nunca se recalca suficientemente la importancia que tiene el apoyo emocional en el caso de las mujeres con cáncer de mama.

La Efectividad de la TPA

Con el fin de determinar la eficacia de la Terapia Psicológica Adyuvante realizamos un ensayo clínico controlado y aleatorizado (Greer, Moorey, Baruch et al., 1992). Se estudió a una serie consecutiva de pacientes con un diagnóstico confirmado de cáncer en el Royal Marsden Hospital. Los principales criterios de selección fueron: cualquier tipo de cáncer, excepto tumores cerebrales y cánceres de piel que no fuesen melanomas; edad de 18-74 años; obviamente ningún deterioro intelectual; una expectativa de vida de, al menos, 12 meses (juzgada por los clínicos); ninguna enfermedad psicótica o riesgo serio de suicidio. Se evaluó a los pacientes psicológicamente utilizando distintas medidas estandarizadas de ansiedad, depresión y ajuste al cáncer (ver Greer et al., 1992, op.cit.), 4 y 12 semanas después del diagnóstico inicial. Excluyendo las reacciones de estrés agudo que se producen inmediatamente después de conocer el diagnóstico de cáncer y que duran algunas semanas, registramos a todos aquellos pacientes que tenían trastornos psicológicos persistentes relacionados con el cáncer.

Se invitó a los pacientes que tenían puntuaciones altas en ansiedad, depresión y desamparo a tomar parte en el estudio y, si ellos aceptaban, se les asignaba, aleatoriamente, bien a terapia (TPA) o a no terapia. En la medida de lo posible la TPA se realizaba semanalmente; el promedio de sesiones fue de 5 y a los pacientes se les evaluó a las 8 semanas, a los 4 meses y 12 meses después. Aún no tenemos los resultados del seguimiento a los 12 meses, pero a las 8 semanas la Terapia Psicológica Adyuvante produjo una mejoría significativamente en las distintas medidas de distres psicológico de los pacientes, de los cuales justo la mitad tenían cáncer de mama. Los efectos de la terapia observados a las 8 semanas persistía a los 4 meses de seguimiento, aunque no en todas las medidas.

Resumen y Conclusiones

La Terapia Psicológica Adyuvante fue desarrollada por el autor y sus colegas en el Royal Marsden Hospital como un programa de tratamiento para pacientes con trastornos psicológicos relacionados con el cáncer. Es breve, estructurada y se centran en la percepción individual que hace

el paciente del cáncer así como en sus estrategias de afrontamiento. Se utiliza una aproximación cognitivo-comportamental para controlar los sentimientos de desamparo y promover un sentimiento de control personal. Se ha comprobado que este programa terapéutico es aceptable para los pacientes y fácil de llevar a cabo en un servicio hospitalario de oncología. Un ensayo clínico controlado y aleatorizado ha demostrado que la Terapia Psicológica Adyuvante produce una reducción significativa en la morbilidad relacionada con el cáncer. Por tanto, se puede recomendar la TPA para los pacientes estresados psicológicamente por el cáncer como una parte integral de su tratamiento para el cáncer.

Referencias

- Baider, L.A.-Kaplan De-Nour, A. (1988): Breast cancer –a family affair–. En Cooper (Ed): *Stress and Breast Cancer* (pp.155-170). Chichester, Wiley
- Beck, A.T. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press
- Coursey, K.-Dawson, J.J.-Luce, J.K. (1975); Comparative anxiety levels of cancer patients and family members. *Proceedings of the American Association for Cancer Research*, 16, 246
- Greer, S.-Silberfarb, P.M. (1982): Psychological concomitants of cancer. Current state of research. *Psychological Medicine*, 12, 563-573
- Greer, S.-Moorey, S.-Watson, M. (1989): Patient's adjustment to cancer. The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical rating. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377
- Greer, S.-Morris, T.-Pettingale, K.W.-Haybittle, J.L. (1990): Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet*, 1, 49-50
- Greer, S. (1991): Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49
- Greer, S.-Moorey, S.-Baruch, J.D.R. et al. (1992): Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Holland, J.C.-Rowland, J.H. (1989): *Handbook of Psychooncology*. New York, Oxford University Press
- Hughes, J.E. (1987): Psychological and social consequences of cancer. *Cancer Surveys*, 6, 455-475
- Hughson, A.V.M.-Cooper, A.F.-McArdle, C.S.-Smith, D.C. (1988): Psychosocial consequences of mastectomy. Levels of morbidity and associated factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 381-391
- Lichtman, R.R.-Taylor, S.E.-Wood, J.V. et al. (1984): Relations with children after breast cancer. The mother daughter relationship at risk. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 1-19
- Meyerowitz, B. (1980): Psychological correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131

- Moorey,S-Greer,S.(1989): *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. Oxford, Heinemann Medical Books
- Morris,T.-Greer,S.-White,P.(1977): Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year follow-up study. *Cancer*, 40, 2381-2387
- Sales,E.(1991): Psychosocial impact of the phase of cancer on the family. An updated review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 1-18
- Santos,M.J.H.-Greer,S.(1991): Adjuvant Psychological Therapy with a terminally ill patient. a case report. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 277-280
- Thomas,L.(1989): Foreword. En Holland-Rowland(Eds.):*Handbook of Psychooncology*. New York, Oxford University Press
- Watson,M.-Greer,S.-Young,J, et al.(1988): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer. The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209
- Watson,M -Greer,S.-Rowden,L. et al.(1991): Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57
- Wellisch,D.-Jamison,K.-Pasnau,K.(1978): Psychosocial aspects of mastectomy. (II) The man's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135, 543-546