

## EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS PLANES NACIONALES DE ONCOLOGÍA

*Elena Ibáñez*

Elena Ibáñez Guerra es Catedrático de Psicología de la Personalidad en la Facultad de Psicología (Blasco Ibáñez, 21; 46010-Valencia) de la Universidad de Valencia.

### **Introducción**

Desde que hizo su aparición la psicología de la Salud en el campo de la psicología y con ella el concepto de «con-

ducta de enfermedad», se ha ido modificando el papel social que el psicólogo tiene que desempeñar en la sociedad contemporánea. Y esto se debe, principalmente, al concepto actual de Psicología, que nos permite entender a ésta en un sentido amplio como la ciencia que intenta descifrar cómo sentimos, pensamos, queremos, actuamos, etc. a través de las distintas situaciones vitales por las que atraviesan los seres humanos. Pero además, la Psicología, desde sus inicios, también se preocupa de cómo la alteración de esos procesos origina conductas de enfermedad y viceversa, como la enfermedad transforma esos procesos (Seoane, en prensa).

Indudablemente, el cáncer es una de las enfermedades que debido a sus especiales características —enfermedad de la civilización, enfermedad prototípica del siglo XX (Sontag, 1977)— no sólo altera los procesos psicológicos de aquel que la padece, es decir, tiene una repercusión individual, sino que además provoca en la humanidad la necesidad de hacer desaparecer la enfermedad dado el estigma social que produce, hasta el punto de que tanto Kennedy como Nixon incluyeron en sus respectivos programas electorales el propósito de acabar con tan terrible plaga (Epstein, 1980). Estas características del cáncer han llevado a que, desde un principio, la enfermedad no se considere un problema exclusivo de los médicos sino más bien de un equipo multidisciplinar, donde el personal sanitario y todos aquellos preocupados por el tema de

la salud, y los psicólogos por supuesto lo están, ayuden tanto al enfermo como a la sociedad a superar la enfermedad y también a convivir con ella y aprender a prevenirla.

No es extraño con tales premisas que a finales del siglo XX aparecieran *los planes oncológicos nacionales* cuya finalidad principal era proporcionar una atención integral al enfermo oncológico. Para ello se requería, por un lado, un plan de formación profesional del personal sanitario que comprendía tanto a médicos como enfermeras, trabajadores sociales, voluntariado y desde luego psicólogos; por otro lado, era necesario mejorar la asistencia, tanto en lo que hacía referencia al diagnóstico como al tratamiento y a la prevención, lo que significaba atender también a la formación y preparación del personal de atención primaria, intentando mejorar sus estrategias diagnósticas y de posterior seguimiento del enfermo, así como la creación de programas de cribado para los cánceres en los que éste es posible (mama, cérvix, próstata, colorrectal, etc.) y asimismo programas de formación de la población en general acerca de los factores de riesgo del cáncer (tabaco, dieta, radiaciones, etc.). Es decir, la atención integral del enfermo oncológico presupone la necesidad de investigación básica y aplicada en el campo de la oncología y áreas afines, la asistencia médica, psicológica y social no sólo del enfermo sino también de familiares y supervivientes, la educación para la salud de la población en general, con el fin de crear estilos de vida saludables que permitan disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad creadas por dicha enfermedad (Ibáñez, 1991). Junto a todo ello, es necesario realizar una buena *evaluación de programas* que nos permita conocer costes/beneficios de los planes establecidos.

La psico-oncología como disciplina que pretende atender a las demandas psicosociales de pacientes, familiares y equipos oncológicos tiene, en principio, mucho que aportar a dichos planes.

### **Planes Oncológicos Nacionales (PON): las tareas del Psicólogo**

En nuestro país, al igual que en la mayor parte de los países desarrollados del mundo, cada comunidad ha impuesto, dentro del programa marco general, un plan oncológico con unos objetivos claros a conseguir en unas fechas determinadas. Para mayor claridad expositiva seguiremos, en este trabajo, los objetivos a conseguir en la comunidad valenciana, exponiendo cuáles son, desde nuestro punto de vista, las tareas que pueden y deben realizar los psicólogos. Para ello y siguiendo el plan de la comunidad lo dividiremos en los siguientes apartados: Epidemiología, Prevención Primaria, Prevención Secundaria, Asistencia Sanitaria, Supervivencia, Cuidados Paliativos y Muerte

1. La *Epidemiología* del cáncer ocupa un lugar primordial en cualquier plan que intente combatir la enfermedad, la incidencia y prevalencia de

cada tipo de cáncer en cada comunidad, las tasas de morbilidad y mortalidad producidas por la misma y la puesta en marcha de un banco de tumores que permita contar con una evidencia manifiesta de cual es la situación del país en un momento determinado, es fundamental para poder luchar contra la enfermedad y constituye un arma imprescindible en la prevención contra el cáncer. A pesar de la amplia formación que los psicólogos tienen en experimentación y análisis de datos, hasta ahora no han jugado ningún papel en este tipo de actividades, si bien en principio su formación les facultaría para realizar encuestas que nos permitieran tener un mejor conocimiento no sólo de las tasas de morbilidad y mortalidad por la enfermedad, sino también de los estilos de vida relacionados con la misma y de los problemas psicológicos que ésta entraña. Por ello consideramos una meta importante a conseguir, la participación de psicólogos en la elaboración de los planes oncológicos.

2. La *Prevención Primaria* es otro de los objetivos primordiales de cualquier plan oncológico. El conocimiento y modificación de los factores de riesgo permiten diseñar estrategias que no sólo minimicen sus consecuencias sino que nos ayuden, al mismo tiempo, a disminuir las tasas de prevalencia e incidencia del cáncer. Aquí comienza ya la tarea del psicólogo, en tanto en cuanto puede ayudar a modificar los estilos de vida perjudiciales (Figura 1)

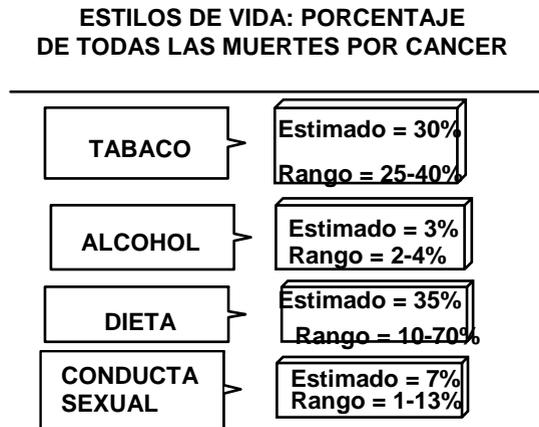


FIGURA 1

El papel del psicólogo se centra en tres aspectos fundamentales de esta área:

1. Educación
2. Información
3. Intervención Psicológica

En el *ámbito educativo*, el psicólogo debe actuar en el campo de la *Educación para la Salud* instruyendo y formando, tanto en Escuelas como en Universidades o Centros Asistenciales Sanitarios, a aquellas personas que bien presentan estilos de vida no saludables o bien que desean modificar sus hábitos de vida por otros más sanos. A este respecto, la psicología ha proporcionado modelos teóricos adecuados como es el Modelo de Creencias de Salud o los Modelos de Acción Planificada (Andreu, Durá y Galdón, 1999) que pueden ayudar no sólo a saber como educar a la población, sino también a como se debe hacer teniendo en cuenta cuáles son los factores que intervienen tanto en la resistencia al cambio como en la facilitación del mismo.

La educación para la salud implica la utilización de todos aquellos materiales que faciliten el conocimiento de los trastornos que pueden originar unos malos hábitos de vida y los beneficios que pueden obtenerse si se mantienen unos estilos de vida saludables, se promueve, por tanto, la disminución del consumo del tabaco y del alcohol, la excesiva exposición a radiaciones de cualquier tipo, etc. así como la promoción de actividades que pueden mejorar la salud o la calidad de la vida de los ya enfermos (la denominada dieta mediterránea rica en verduras, hortalizas y frutas y pobre en grasas de origen animal, programas como «cinco al día» por ejemplo; el no exponerse excesivamente a todo tipo de radiaciones ionizantes; el hacerse las revisiones médicas necesarias, etc.). Programas que deben estar dirigidos tanto a la población infantil como a la adulta para fomentar todo tipo de prevención. Es fundamental, como se ha señalado anteriormente, la utilización de modelos teóricos que nos permitan manejar tanto las barreras que se oponen al cambio (por ejemplo, en el caso del tabaco, debemos de saber que la satisfacción de fumar produce un refuerzo positivo inmediato siendo, por tanto, una barrera para muchos fumadores para quienes es mayor el placer inmediato que supone el fumar que la ventaja de estar sano a largo plazo) como las ventajas que podemos obtener con el mismo (por ejemplo, si utilizamos estrategias de comparación social, sabemos que es conveniente la utilización de modelos de alto prestigio social que señalan cómo y por qué han dejado de fumar o las consecuencias negativas que les ha producido el tabaco, que la utilización de cualquier otro tipo de modelos).

También los modelos de creencias de salud y acción planificada, junto con el de Representación Mental de la Enfermedad de Leventhal (1980) pueden ayudarnos a saber cómo debemos proporcionar *información*, a la población en general y a la de alto riesgo en particular. De hecho, sabemos, a través de ellos, que la información que resulta amenazante o produce miedo, es decir, la información basada en el miedo, puede actuar como castigo y, por tanto, inhibir conductas pero no crearlas; así pues, las campañas de información sobre el cáncer deben tener en cuenta estas propiedades. Si queremos crear conductas saludables no debemos prohibir (es válido aquí el eslogan de «prohibido prohibir») sino utilizar información que tenga propiedades reforzantes positivas. Así pues, la información debe proporcionarse de forma positiva, evitando la utilización de la negación (por ejemplo, se debe de encontrar la forma de que la fruta resulte más apetitosa que el helado, pero no debe de prohibirse éste)

Por último, existen distintas modalidades de *intervención psicológica* que permiten tanto el tratamiento de forma efectiva, del alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, etc. como la promoción de hábitos de vida saludables. La enseñanza de técnicas de relajación, de distracción, de control de pensamientos, de expresión de emociones y un amplio etcétera, pueden ayudarnos no sólo a controlar conductas más o menos patológicas, sino también a aprender a pensar de una forma más adecuada y a manifestar nuestras emociones de una manera que no resulte perjudicial para nuestra salud.

De hecho, al igual que es conveniente enseñar hábitos de vida saludables, en el área de la alimentación, de las drogadicciones, etc. para prevenir la aparición del cáncer, también debería ser foco de atención nuestra conducta emocional y nuestro pensamiento. A pesar de que la evidencia disponible hasta este momento no es muy fuerte, parece que la no expresión de emociones y sobre todo la represión de la ira, puede ser un factor que intervenga de forma importante, en el desarrollo de algún tipo de cáncer (Ibáñez, et al, 1992) por ello, la educación psicológica de la población en general, debería ser un aspecto primordial en los planes oncológicos nacionales, sobre todo a niveles de prevención primaria. Es decir, deberíamos preocuparnos de prevenir lo que se ha denominado *Personalidad Tipo C* (Greer, et al. 1975, 1979, 1985) o *Patrón de Conducta Tipo C* (Temoshock, 1992) que, aunque no tiene suficiente apoyo empírico, se plantea como una personalidad evitadora de pensamientos y emociones negativas, sobre todo de la expresión de la ira y que reacciona ante las situaciones estresantes utilizando como principal estrategia de afrontamiento el *helplessness*, es decir, el desamparo y la desesperanza. A este respecto, como señala la propia Temoshock (1987), se pueden utilizar intervenciones psicológicas que sirvan para que las personas tengan estrategias de afrontamiento más adecuadas ante los estresores vitales.

No menos importante son, a este nivel, los problemas de Salud Laboral, concretamente los relacionados con sustancias cancerígenas con las que tratan los humanos (radiaciones ionizantes, amianto, algunos conservantes alimentarios, etcétera) El papel del psicólogo, en estos casos, no sólo está en el departamento de relaciones humanas, sino también en colaborar en la confección de las distintas instrucciones que se deben proporcionar a estos trabajadores para que tengan la debida precaución en la ejecución de su trabajo; asimismo también deben facilitar la debida atención a aquellos trabajadores que, debido al miedo al cáncer, presenten cuadros de ansiedad y/o depresión, así como ayudarles a comunicarse con la familia que, en muchos casos, conocedora del riesgo que corren, fomentan conductas promotoras de ansiedad, hipcondría, etc., o presentan algún tipo de trastorno por ello.

En definitiva, el psicólogo tiene un papel importante que jugar en la prevención primaria del cáncer, tanto en los aspectos educativos, como en los informativos y en los de intervención psicológica, además, dicho trabajo debe realizarlo, por un lado, integrándose en el equipo multidisciplinar que lleve a cabo el plan oncológico, por otro lado, aprendiendo distintos aspectos del cáncer en las distintas unidades que lleven a cabo las tareas específicas a realizar, pues debido a su formación, debe conseguir un conocimiento cada vez mayor de la enfermedad.

3. La *Prevención Secundaria* del cáncer implica, entre otros temas, a la detección precoz del mismo, lo cual es posible en algún tipo de cáncer (mama, cérvix, próstata, melanoma, etc.) Ello significa tanto la realización de campañas de información sobre unos segmentos determinados de la población, como la ejecución de una serie de pruebas, no lesivas en ningún sentido para el sujeto, en la mayor parte de los casos. Algunos problemas de índole psicológica que pueden plantearse en este área están relacionados con los temas de campañas de información, razones para no atender a las mismas, falsos positivos, información sobre el diagnóstico en el caso de aquellas personas en las que se confirme la existencia de un cáncer, tiempo de espera entre la información diagnóstica y puesta en marcha del tratamiento y un largo etcétera que no vamos a agotar en su totalidad.

Dentro de esos problemas, la realización de una campaña de información para una población diana determinada no sólo debe tener en cuenta las normas psicológicas señaladas anteriormente, sobre todo la forma positiva de dar la información, sino también el tipo de población a la que va dirigida (tipo de lenguaje a utilizar, las reglas que se deben seguir, el conocimiento que se debe aportar, etc.) No debemos olvidar que se puede utilizar información basada en el miedo en algún tipo de población pero en otro tipo de poblaciones, por ejemplo, en personas mayores, el proporcionar ese tipo de información puede llevar a producir un retraso en acudir a la consulta médica. Como ya hemos expuesto en numerosas ocasiones, la información debe de adecuarse a un modelo

en etapas, de medio-fines y debe de tener objetivos diferentes a corto y largo plazo (Durá, Ibáñez, 1987, 1991; Ibáñez, 1988; Ibáñez, Durá, 1986; Ibáñez, Andreu, Durá, 1987). Todas estas premisas también deben tenerse en cuenta, a la hora de proporcionar información a la persona que acude al *screening*, tanto en relación a las pruebas que se le van a realizar (utilización de aparatos, análisis de sangre, citología, etc.) como a la comunicación de resultados positivos o negativos (ausencia o presencia de cáncer).

Atendiendo a esto, no estaría de más que se realizará al mismo tiempo que el cribado médico una especie de cribado psicológico respecto a la ansiedad y depresión, ya que esto nos podría servir de pista en el caso de que la persona se convirtiese en un potencial usuario de los servicios de asistencia psicológica. A este respecto la utilización del HAD de Zigmond y Snaith (1983) que sólo se tarda entre cinco o siete minutos en pasarse, el CEC que nos permite detectar la represión de sentimientos o pensamientos y/ o conductas ansiosas, depresivas o de ira (todas ellas relacionadas con el modo de reaccionar ante un diagnóstico de cáncer) o una simple escala analógica visual nos proporcionaría información suficiente para tener un conocimiento somero del estatus psicológico del enfermo. Además, tales cribados nos permitirían detectar que personas podrían tener problemas al ser diagnosticadas como un falso positivo y quienes iban a tener más problemas psicológicos en el caso de que se retrasase, por algún motivo, bien la confirmación diagnóstica bien el tratamiento quirúrgico o médico, así como el tipo de respuesta que podrían presentar ante un diagnóstico de cáncer.

Quizá tanto el problema de los falsos positivos como el del retraso en recibir tratamiento, sean dos de los problemas que más preocupan a los especialistas en oncología que trabajan directamente en los planes nacionales oncológicos, Los médicos son los primeros en detectar síntomas de ansiedad y/o depresión en aquellas personas a las que se les comunica la necesidad de seguir adelante con más procedimientos diagnósticos, al miedo a las pruebas se asocia el miedo al posible diagnóstico de cáncer –ahora más probable que antes. Hemos de insistir, de nuevo, en que el cómo se proporcione esta información puede ser un amortiguador del miedo que se activa ante la posibilidad de una confirmación diagnóstica. Asimismo, es conveniente hacer una evaluación cuidadosa de los síntomas de ansiedad y/o depresión que aparecen en el caso de tener que hacer más pruebas, ya que las personas que respondan con ansiedad y/o depresión ante la demanda de nuevos test diagnósticos, es probable que tengan este tipo de respuesta ante un diagnóstico de cáncer. Además de la evaluación, el psicólogo puede, en estos momentos, ayudar a los enfermos a afrontar de una manera más adaptativa el hecho de tener que realizar más pruebas, la utilización de técnicas de relajación para el control de la ansiedad, las técnicas de prevención de respuesta o las técnicas de control de pensamiento para

amortiguar la depresión, son un claro ejemplo del papel del psicólogo dentro del equipo multidisciplinar.

Lo mismo puede decirse del período que transcurre entre diagnóstico y tratamiento. A pesar de que en los planes oncológicos nacionales está previsto que este tiempo sea muy pequeño, es indudable que la espera angustiada que supone el conocimiento del diagnóstico y el conocimiento que se tiene del tipo de intervenciones (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) que se van a llevar a cabo, hace que los niveles de ansiedad de la persona, por muy tranquila que ésta sea, estén por encima de lo normal. De nuevo una buena evaluación el enfermo nos puede permitir diseñar una estrategia de intervención que nos permita ayudar al enfermo a que tenga y procese la información médica de una forma adecuada. Esto pasa por algunos consejos simples como enseñar al enfermo a que vaya a la consulta acompañado de otra persona, para que sus niveles de ansiedad no interfieran con la comprensión de la información médica que se le está proporcionando; que además lleve, por escrito si le es posible, todas las dudas y miedos que tiene para consultarlos al médico, que comente con las personas de su confianza este tipo de informaciones sin intentar reprimir sus emociones, aunque si controlándolas, hasta técnicas psicoterapéuticas más sofisticadas. Asimismo, el psicólogo también puede ayudar al médico a saber que tipo de información puede procesar el enfermo en ese instante y cuál es la manera más conveniente de suministrarla. También son estas las circunstancias adecuadas para que el enfermo tenga conocimiento de la existencia de unidades de Psico-oncología, en los servicios de oncología, que en todo momento pueden ayudarle a superar sus momentos de crisis –de hecho, las técnicas de *intervención en crisis* pueden resultar muy eficaces en el tratamiento del enfermo y su familia en este período. De la misma manera, puede entrar en contacto con el servicio de voluntariado, debido a que, en muchos casos, es más importante la información proporcionada por una persona que pasó por una situación similar a la del enfermo que la que le puede facilitar el personal sanitario, sobre todo en lo que hace referencia al tipo de sensaciones que puede sentir después de la operación o por el procedimiento diagnóstico que se va a utilizar.

En este tipo de prevención, el análisis de las causas del porqué hay personas que acuden a las campañas de cribado mientras que otras se resisten a hacerlo, es un tema de gran importancia y que, por el momento, no cuenta con demasiada evidencia empírica (Durá et al., 2004). Como hemos señalado anteriormente, los modelos de Creencias en la Salud y los de Acción Planificada, son los que más se han puesto a prueba para responder a estas cuestiones, además de ellos, se han utilizado variables procedentes de otras teorías como la de la *Autoeficacia* de Bandura o la del *Locus de Control* de Rotter, hasta el punto de que últimamente se han integrado algunas de las variables de estas teorías en los modelos mencionados anteriormente.

A este respecto, es un lugar común mantener que si el médico de familia (cabecera) predispone positivamente a sus pacientes hacia los programas de cribado, estos van a manifestar una mayor tendencia a acudir a dichas campañas. Esto no se ha comprobado en la comunidad valenciana, donde el hecho de que las campañas de cribado se realicen, por el momento, al margen del sistema de atención primaria, parece minimizar el papel del médico de familia como informador de los beneficios potenciales que se pueden obtener si se consigue una detección precoz del cáncer. Por otro lado, facilitar la superación de barreras que dificulten la asistencia al programa, barreras como lejanía del centro, tipo de horario de atención, información sobre el procedimiento etcétera, han mostrado resultar muy eficaces para que la gente pueda seguir un programa de cribado, no pareciendo tener gran importancia el tema del miedo al dolor que parece contrarrestarse con los beneficios percibidos que espera obtener el enfermo, especialmente el que si tiene cáncer éste sea curable y, por otro lado, emocionalmente, los enfermos parecen pensar que es mejor saber lo que se tiene que morir de ignorancia.

Por último, las variables de tipo cognitivo parecen ser los mejores predictores y también son las que discriminan mejor entre los grupos que responden o no a una campaña de cribado; además de las variables propias de los modelos citados anteriormente, se incluyen de igual modo tanto las variables relacionadas con la auto-eficacia, sobre todo los niveles de competencia –es decir, el saber que uno puede hacer algo por su salud– como las relacionadas con el locus de control, ya que la creencia de que la salud depende de la suerte no parece jugar ningún papel a la hora de acudir o no a un programa de detección precoz del cáncer.

No podemos dejar de hacer una mención especial, en este apartado, al tema del Consejo Genético y del Cáncer Familiar. La tarea del psicólogo aunque clara limita con los problemas éticos que se presentan en estos casos. Es función del psicólogo, fundamentalmente, proporcionar apoyo y guía tanto al posible enfermo como a los familiares del mismo. Las habilidades en comunicación son muy importantes ya que el enfermo o su familia debe de adoptar una serie de decisiones que pueden ser de vital importancia. Son herramientas adecuadas, en estos casos, las técnicas de solución de problemas que permitan al posible usuario una toma de soluciones más razonable, aunque sin olvidar los aspectos emocionales que intervienen en este tipo de decisiones, el *counseling* (Arranz, Cancio, 2000), la intervención en crisis y sobre todo la detección de posibles problemas psicológicos y de las estrategias de afrontamiento que pueda utilizar el sujeto, dado que esto último puede proporcionarnos información sobre la necesidad o no de intervenciones psicológicas más específicas (Ibáñez, Romero, 1994; Font, 2004; ) Si la prevención secundaria y primaria del cáncer son fundamentales tanto a la hora de reducir la mortalidad de la población por estas enfermedades, como para disminuir los niveles de incidencia y prevalencia de la misma,

también es importante la atención psicológica en el momento de la *Asistencia Sanitaria* al enfermo; es decir, una vez establecido claramente el diagnóstico de cáncer.

4. La *Asistencia Sanitaria*. Las tareas psicológicas que, desde nuestro punto de vista, parecen más importantes en estos momentos, no están encaminadas únicamente a detectar la existencia de problemas psicológicos o no en el enfermo, sino también a valorar las estrategias de afrontamiento que puede utilizar ante la enfermedad y la calidad de vida que va a poder llevar o no a partir de la aparición de la misma, sin olvidar, por supuesto el tema de las últimas etapas de la vida, es decir, el tema del afrontamiento de la muerte y los cuidados paliativos.

Hemos expuesto en diversas ocasiones (Ibáñez, 1989, 1996) siguiendo lo ya señalado por Holland (1989) y cuyo resumen se observa en la Figura 2, que el proceso de un diagnóstico de cáncer es un fenómeno complejo y que tiene distintos tipos de resultados, dependiendo no sólo del estadio de la enfermedad sino también de la respuesta a los distintos tipos de tratamiento que se pueden y suelen suministrar, incluido el tema de si el enfermo/a sigue tomando o no medicación a largo plazo. En cualquier caso, el psicólogo debe intervenir en este momento tanto para realizar una evaluación cuidadosa como para utilizar las terapias psicológicas más útiles en este tipo de enfermos. Debe de tenerse en cuenta que, en este período, desde la confirmación diagnóstica hasta la finalización del tratamiento, los problemas más frecuentes a los que debe enfrentarse el enfermo son, de forma sucinta, al principio estados de disforia y ansiedad, o bien la aparición de síntomas depresivos tales como las dificultades de concentración y el continuar con las actividades diaria, junto a problemas de adaptación tanto al ambiente familiar como al social y al laboral.

Posteriormente a la intervención quirúrgica, en caso de que la hubiere, si el enfermo tiene que someterse a radioterapia empiezan a aparecer los miedos, entre los que conviene destacar el miedo al aparato, a la recidiva, a la posible quemadura, a la bondad o maldad de las radiaciones emitidas por el aparato, y un largo etcétera al que tiene que enfrentarse el enfermo; en el caso de la quimioterapia, aparece el consabido miedo al gotero y a sus efectos secundarios (anorexia, náuseas, gingivitis, alopecia, etc.) que se asocian al miedo a la posible recidiva, a la muerte, al desconocimiento de las causas que han producido la enfermedad y al cómo se resolverá la misma. A pesar de ello, no es frecuente que surjan auténticos problemas clínicos, tales como trastornos de ansiedad y/o depresión, según diversos autores la cifra no sobrepasa el 25% y, en muchos casos, el trastorno ya había hecho su aparición antes del comienzo del cáncer, sin embargo, si es frecuente que aparezcan trastornos de adaptación, según DSM-IV que, como se especifica en los criterios, no suelen sobrepasar los 6 meses posteriores al diagnóstico de la enfermedad, pero que no por ello deben de dejar de ser atendidos.

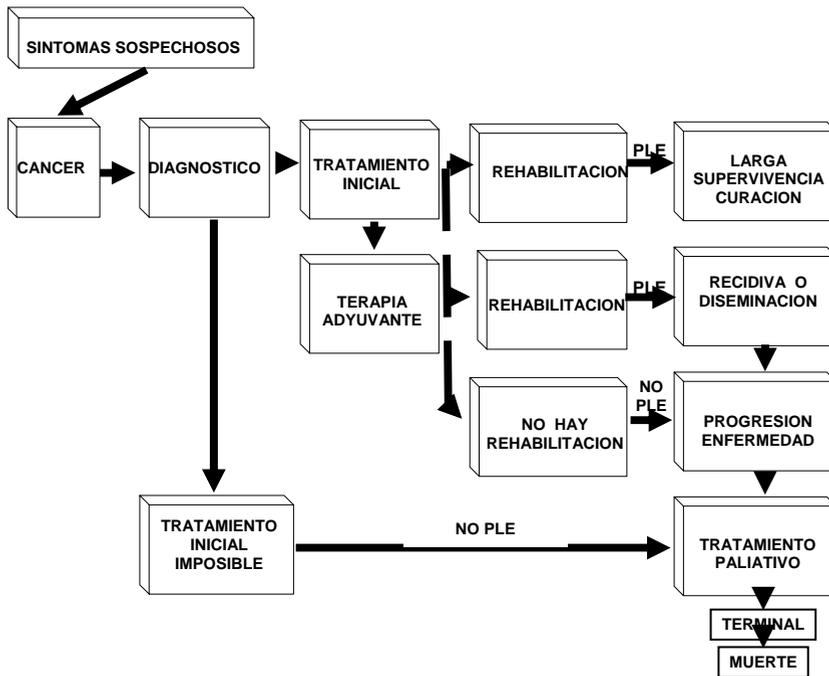


FIGURA 2

Como señalan en su magnífica revisión Blanco y Antequera (2000) en relación con los instrumentos de evaluación utilizados con enfermos de cáncer, en esta ocasión también es imprescindible evaluar una serie de cuestiones directamente relacionadas con la enfermedad, las posibles estrategias de afrontamiento que manejan los enfermos, las distintas escalas de síntomas directamente relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, las reacciones emocionales y un largo etcétera nos van a proporcionar una información imprescindible para conocer la problemática del enfermo, así como su necesidad o no de asistencia psicológica. No podemos olvidar que el cáncer es una enfermedad crónica, y

como tal va a requerir durante largos períodos de tiempo la asistencia, más menos continuada, a un centro hospitalario para las distintas revisiones, éste hecho puede condicionar o no la vida del enfermo y el psicólogo puede contribuir a mejorar dicha adaptación, para ello necesita una evaluación cuidadosa del enfermo y de su entorno.

Entre las psicoterapias más utilizadas, en esta fase de la enfermedad, se encuentran desde las de grupo hasta las individuales, siendo las más conocidas, la de los Simonton (1978) reformulada por Achterberg; la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer (1989), la de Temoshok (1992), la de Spiegel (1995) y un largo etcétera, casi todas ellas se fundamentan en la relajación, el control de pensamientos negativos, la solución de problemas, la promoción de pensamientos positivos, la prevención de respuestas y la expresión adecuada de las emociones. Junto a ellas existen una serie de terapias específicas para cada uno de los problemas que va planteando el enfermo con cáncer a lo largo de su evolución –dolor, náuseas y vómitos anticipatorios, mejoría de las estrategias de afrontamiento, muerte de un hijo, etc. Para una revisión en profundidad ver Ibáñez, Durá (1990) y Font (2004).

5. *El Período de Supervivencia.* El cáncer se considera una enfermedad crónica y por tanto, no puede resultarnos extraño ahora que cuando el papel del psicólogo parecía agotado, ha intervenido en la educación, en la información, en la evaluación y tratamiento del enfermo con cáncer, aparezca ante sus ojos una nueva área que le pone de manifiesto que la asistencia psicológica no finaliza ni en el período libre de enfermedad (PLE) ni en la fase terminal, puesto que parece que los supervivientes pueden presentar *Trastorno por Estrés Postraumático* –el DSM-IV incluye el tener una enfermedad amenazante para la vida como uno de los estresores capaces de provocar el trastorno– o, al menos, síntomas del mismo. Es este el momento adecuado para recordar lo que señaló Pinillos en la I Reunión Nacional de Psico-Oncología, celebrada en Barcelona en 1984, el cáncer es una experiencia imborrable y el que haya pasado por ella no podrá olvidarla a lo largo de toda su vida. Es decir, además del denominado síndrome de Damocles, según el cual el enfermo con cáncer teme continuamente la re-aparición de la enfermedad, puede aparecer un *trastorno por estrés postraumático* que, en cierta medida, es probable que explique, al menos en parte, el síndrome de Damocles. Dicho de otro modo, es probable que el miedo a volver a tener cáncer se deba a que el enfermo sea incapaz de olvidar que tuvo la enfermedad o algunos aspectos de la misma por muchos años de supervivencia que tenga, dicho de otro modo, al igual que planteaba Freud con los enfermos histéricos, parece que los enfermos con cáncer padecen de reminiscencias relacionadas con la enfermedad.

Juegan aquí también un papel importante las estrategias de afrontamiento, ya que tal y como está definido el trastorno por estrés postraumático, éste aparecerá con mayor frecuencia en aquellas personas que ante el diagnóstico de cáncer hayan respondido con estrategias de desamparo/desesperanza, que hayan alterado la evolución de su vida cotidiana y que, de alguna manera, no hayan podido manifestar su reacción ante la enfermedad; siguiendo a Pennebaker (1990) podríamos decir que no han sido capaces de «confesar» en su momento, la angustia, temor, ira, etc. que el diagnóstico de cáncer les ha producido, lo que les lleva a re-experimentarlo de forma continua.

Es importante tener en cuenta, como señalamos anteriormente, que el tener una enfermedad oncológica supone un condicionamiento clásico respecto a los síntomas que se mantiene mediante condicionamiento operante. Es decir, una vez que se tuvo la enfermedad, la sociedad, los medios masivos de comunicación e incluso otras enfermedades que pueda padecer el enfermo son «estímulos» que ponen en marcha las reacciones que se tuvieron al tener la enfermedad por primera vez, lo que hace que el enfermo «rememore» con frecuencia su experiencia.

A pesar de ello, no hay datos suficientes por ahora como para mantener la necesidad de una atención psicológica especial a los supervivientes de una enfermedad oncológica, aunque en aquellos casos en los que aparezcan síntomas claros de estrés postraumático pueden utilizarse las terapias psicológicas habituales incluida, en algunos casos, la hipnoterapia o la sugestión hipnótica, sobre todo para conseguir que el enfermo «olvide» lo negativo de la enfermedad o lo que le ha traumatizado.

6. En el caso de *Enfermedad Terminal y Muerte*, es decir, que la enfermedad no evolucione de forma satisfactoria, o que se produzca una recidiva mortal o bien que desde un comienzo no haya posibilidades de recuperación, se produce una progresión del cáncer hasta que se convierte en enfermedad terminal –no hay posibilidad ni técnica ni científica de recuperación– y el enfermo se enfrenta a la muerte.

También en esta fase es muy importante el papel del psicólogo, tanto en la atención al enfermo como a los familiares, pero no se debe de olvidar de lo importante que es respetar la intimidad y deseos de los mismos. Es decir, en la sociedad contemporánea en la que la muerte se ha convertido en algo tabú, que hay que ocultar ya que resulta desagradable, es posible que el enfermo se sienta o se vea realmente solo y necesite de la ayuda del psicólogo o de un voluntario o de alguna persona significativa que pueda paliar el abandono y/o soledad de la familia, pero en muchas ocasiones y siempre que esto sea posible, el papel del psicólogo debe consistir en ayudar a la familia a comunicarse con el enfermo, a que éste pueda expresar sus miedos o bien pueda hablar de la muerte, de su muerte, con total libertad y dándole al tema la importancia y

trascendencia que realmente tiene, sin olvidar los aspectos religiosos que cobran en este momento una vital importancia.

El negar lo evidente, como ocurre en la famosa obra *La Sonata de Kreutzer* de Tolstoi, no sólo agrava el sufrimiento sino que además lleva, al enfermo, a la soledad más absoluta. Debemos recordar que el enfrentarse a la muerte implica, tal y cómo se ha visto en numerosos trabajos empíricos, miedo a la propia enfermedad, miedo al futuro (¿qué habrá después? es una pregunta frecuente en enfermos terminales) miedo a la pérdida, a la degeneración que la muerte entraña, al final de la vida, a la donación de órganos, a la separación de los otros y un largo etcétera que implican muchas horas de pensamiento por parte de los hombres sobre la muerte. No podemos olvidar, además, que el actor de la muerte es el propio enfermo, no el psicólogo y que, como tal, tiene derecho a elegir su propia forma de morir; resulta elegante y atractiva la figura de Sócrates comentando su propia muerte, mientras que «morir rabiando» y deseando no morir puede resultar poco atractivo, pero el enfermo tiene su derecho a hacerlo y no por ello la muerte pierde su cualidad de ser el último acto de un ser humano. En muchas ocasiones se ha confundido el «morir dignamente» con un acto estético y no podemos olvidar que es más un suceso ético.

La existencia de Hospitales para Enfermos Terminales (*Hôspice*) así como las unidades de asistencia domiciliaria, facilitan la tarea del psicólogo que cuenta, de este modo, con un equipo multidisciplinar capaz de proporcionarle el apoyo y conocimiento que necesita y que a su vez se aprovecha de sus habilidades para facilitar a la familia no sólo el contacto con el enfermo sino también el soporte necesario para poder superar las situaciones de duelo con normalidad.

Las tareas del psicólogo, en estos momentos, consisten en ayudar a la gente a superar el sentimiento de pérdida, tanto en el enfermo como en familiares, y que suele aparecer ante el proceso de muerte. Es importante, para ello, que el psicólogo esté familiarizado con las situaciones de pena, luto, duelo, etcétera que se dan en nuestra cultura y, asimismo, que tenga la suficiente preparación para saber enfocar estos problemas de una forma profesional y humana al mismo tiempo. El *counseling* es una forma rápida y útil para resolver este tipo de problemática y en el caso de duelo patológico se pueden utilizar otro tipo de intervenciones incluida la hipnoterapia, pero recordando siempre que estamos hablando de un proceso; es decir, que existen una fases que superar, aún cuando éstas no están muy bien delimitadas, y que la superación de las mismas requiere tiempo (ver [www.cancer.gov-Pérdida](http://www.cancer.gov-Pérdida), Pena y Pesar).

### **Otras Funciones del Psicólogo en los Planes Oncológicos Nacionales**

Podría parecer que con lo expuesto hasta aquí habían finalizado las tareas del psicólogo en los planes oncológicos, nada más lejos de la realidad. El psicólogo especializado en oncología necesita conocer también todos los problemas que se derivan del trabajo con enfermos oncológicos, desde el síndrome del quemado (*burnout*) de los profesionales sanitarios (Bernardo, 2004) hasta la problemática del trabajo en equipo, pasando por el conocimiento de sus propias limitaciones. Asimismo, debe conocer las tareas de formación del voluntariado, la creación de grupos de apoyo así como la de redes sociales que aporten el apoyo social imprescindible cuando sea necesario (Ibáñez, et al., 1993).

Por otro lado, el psicólogo trabajando en una unidad de oncología o de psico-oncología, debe tener un conocimiento suficiente del hospital como organización social (Seoane, 1989) que le permita superar los distintos niveles burocráticos que implica el trabajo en una institución de esas características. Es decir, el psicólogo está preparado, en principio, para poder realizar un trabajo organizacional y, por tanto, debe saber superar las distintas barreras que puedan aparecer en la institución cuando inicie su incorporación a los equipos de trabajo.

De lo dicho hasta aquí, se deducen varias consecuencias en cuanto a la formación que el psico-oncólogo debe lograr. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el psico-oncólogo no es un psicólogo clínico, aunque debe tener formación en psicología clínica para poder evaluar y tratar los distintos problemas psicológicos que presente el enfermo. En segundo lugar, el psico-oncólogo no es un psicólogo educativo, aunque debe tener conocimientos suficientes para poder formar tanto a niños como adultos, no sólo en la prevención del tabaquismo sino también en la educación para la salud. En tercer lugar, el psico-oncólogo no es un psicólogo organizacional aunque debe tener suficientes conocimientos como para poder adaptarse a las instituciones y saber manejar las situaciones conflictivas que se puedan producir en la misma. Por todo ello, el psico-oncólogo debería tener una buena formación en psicología básica así como en sus distintas aplicaciones, sería un error considerar que la tarea del psicólogo en los planes oncológicos nacionales, se limita a atender las necesidades del enfermo una vez que a éste se le diagnóstica la enfermedad. Su participación debe comenzar desde el inicio del plan oncológico, tanto en las fases de detección de tumores (epidemiología) como en las tareas de prevención (primaria y secundaria) así como en la asistencia sanitaria al enfermo (tanto en las fases agudas de la enfermedad como en las crónicas y en la supervivencia y muerte) puesto que debería ser un miembro más del mismo. Así parece haberlo entendido Cruzado (2003) si se analiza con detenimiento el programa del master en Psico-Oncología que lleva a cabo en la Universidad Complutense de Madrid.

Además, también es tarea del psicólogo, junto a los demás miembros del equipo, diseñar las bases que se han de seguir para la formación del voluntariado en oncología, así como la formación de los voluntarios siguiendo las distintas fases en las que estos van a mantener contacto con los enfermos con cáncer.

Por último, si bien es cierto que en los últimos años la investigación biomédica ha ido dejando de lado la influencia que los factores psicológicos parecían jugar tanto en el desarrollo de los tumores como en las tasas de supervivencia a los mismos, tampoco podemos olvidar los resultados de la investigación psico-neuro-inmunológica en la que se subraya la importancia que tanto el estrés agudo como el crónico tienen en la aparición de las enfermedades. Es, por tanto, tarea del psicólogo también investigar las relaciones existentes entre distintos factores psicológicos y el organismo humano, teniendo presente un marco bio-psico-social en el que enmarcar tanto sus investigaciones como sus resultados.

En definitiva, el psicólogo puede realizar diversas tareas en los planes oncológicos nacionales, pero para ello ha de saber, no sólo reivindicar su papel, algo de lo que se olvida en algunas ocasiones desempeñando roles que no le corresponden, sino también dar respuesta a los distintos problemas que el resto del equipo así como el enfermo y la sociedad le demandan.

## **Referencias**

- Andreu, Y.-Durá, E.-Galdón, M.J. (1999): Eficacia de un programa de entrenamiento en auto-exploración. El papel de las creencias de salud. *Boletín de Psicología*, 1999, 65, 7-30.
- Arranz, P.-Cancio, H. (2000): Counseling: Habilidades de información y comunicación con el enfermo oncológico. En Gil, F. (Ed) *Manual de Psico-Oncología*. Madrid, Nova Sidonia, 2000.
- Ibáñez, E., Durá, E. (1986): La Relación Médico-paciente en Psicología Oncológica. En Ibáñez-Belloch (Ed) (1989): *Psicología y Medicina*. Valencia, Promolibro, 1986 (pp.9-21).
- Blanco, A.-Antequera, R. (2000): Evaluación Psicológica en Oncología. *Boletín de Psicología*, 2000, 67, 65-115.
- Durá, E., Andreu, Y.-Galdón, M.J, Tuells, J. (2004): Razones de no asistencia a un programa de cribado mamográfico. *Psicooncología*, 2004, 1:31,50.
- Durá, E., Ibáñez, E. (1987): Algunas Consideraciones y un Modelo acerca del tema de la información en Psicología Oncológica. En Ibáñez (Ed): *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia, Promolibro, 1987 (pp.73-96).
- Durá, E., Ibáñez, E. (1991): The Psychological Effects of the one Information Program involving Spanish Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1991, 9, 3, 45-56
- Epostein, S.S. (1980): *The Politics of Cancer*. S. Francisco, Sierra Club Books.

- Font,A.-Rodríguez,E.(2004): Eficacia de la terapia de grupo en el cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 2004, 1:87-98.
- Greer,S.-Morris,T.(1975): Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A Controlled Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 1975, 19, 147-153.
- Greer,S.,Morris,T.-Pettingale,K.W.(1979): Psychological Response to Breast Cancer. Effect on Outcome. *Lancet*, 1979, 2, 785-787.
- Greer,S.,Watson,M.(1985): Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations. *Social Science and Medicine*, 1985, 20, 773-777.
- Holland,J.C.,J.H.Rowland(eds.)(1989): *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York, Oxford, Oxford University Press.
- Ibáñez,E.(1996): Breve Historia de la Psicooncología. En Usieto, R.(Ed): *Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mama*. Madrid , CESA, 1996 (pp.91-115)
- Ibáñez E.-Rosbund,A.-Romero,R.(1993): Soporte Social y Afrontamiento Afectivo en la Enfermedad Cancerosa. En Dario Páez: *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Valencia, Promolibro.
- Ibáñez,E.(1988): La Información como Estrategia de Dominio del Estrés en pacientes aquejados de Cáncer. En Ibáñez (Ed.): *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia, Promolibro, 1988 (pp.97-116).
- Ibáñez,E.-Durá,E.(1990): Tratamientos Psicológicos Específicos para el paciente oncológico: Una revisión. *Cadernos de Psicología*, 1990, 9, 21-28.
- Ibáñez,E.,Andreu.Y.-Durá,E.(1988): Información y Educación al paciente oncológico. *Enfermería Oncológica*, 1988, 8, 6-9.
- Ibáñez,E.-Romero,R.-Andreu,Y.(1992): Personalidad tipo C. Una revisión Crítica. *Boletín de Psicología*, 1992, 35, 49-79.
- Ibáñez,E.(1991): Estilos de Vida y Enfermedad. Historia y Vicisitudes de un concepto. En Ibáñez (Ed.): *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia, Promolibro, 1991 (pp.11-21).
- Ibáñez,E.(1989): Psicología Oncológica: un panorama a vuelapluma. En E.Echeburúa (dir.): *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián, Universidad del País Vasco.
- Ibáñez,E.-Romero,R(1994).: Sistemas y Asociaciones de Auto-ayuda. En *XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Madrid, Editorial Libro del Año.
- Leventhal,H.-Meyer,D.-Nerenz,D.(1980): The Common Sense Representation of Illness Danger. En Rachman (Ed): *Contributions to Medical Psychology* (Vol.II). London, Pergamon.
- Moorey,S.-Greer,S.(1989): *Psychological Therapy for patients with cancer*. London, Heinemann Medical Books.
- Pennebaker,J.(1990): *Opening Up. The healing power of confiding in others*. New York, Morrow.
- Seoane,J.(1989): El Hospital como organización social. En Ibáñez, et al. (Eds): *Psicología y Medicina*. Promolibro, Valencia.
- Seoane,J.(en prensa): Psicología: El siglo XX como Psicología. En Garrido, M. (Ed): *El Legado Filosófico del Siglo XX*. Madrid, Tecnos.
- Simonton,O.C.-Simonton,S.-Creighton,J.(1978): *Getting well again*. Los Angeles, J.P.Tarcher.
- Sontag,S.(1977-78): *La Enfermedad y sus Metáforas*. Barcelona, Muchnik (1985).
- Spiegel,D.(1995): Essentials of Psychotherapeutic Intervention for cancer patients. *Support Care Cancer*, 1995, 3: 252-56.
- Temoshok,L.,Dreher,H.(1992): *The Type C Connection*.. New York, Random House.

Temoshok,L.(1987): Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 1987, 6, 545-567.

Zigmond,A.S.-Snaith,R.P.(1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, 361-370.