

INTERVENCION PSICOLOGICA

EN PACIENTES DE CANCER

El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el cáncer va a depender:

- del grado de patología a nivel clínico
- de los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.)
- del nivel y modo de información que reciba
- del apoyo social y recursos ambientales
- así como de las competencias del paciente para hacer frente al estrés y la disponibilidad de tratamiento psicológico

Las líneas de intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes:

- *Intervenciones preventivas:* Eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.
- *Información adecuada al paciente:* Contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.
- *Preparación a la hospitalización y tratamientos:* Con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
- *Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer:* Con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.
- *Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del Cáncer.* En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son:
 - Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar.
 - Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc.
 - Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc.
 - Dolor crónico producto de la patología del cáncer.
 - Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer.
 - Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama.
 - Adaptación a amputaciones, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.
- *Intervención en la fase terminal:* Con el objetivo de paliar el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.
- *Selección y entrenamiento de personal voluntario:* Que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones

médicas y psicológicas.

- *Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería:* Dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

1. INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CÁNCER

Un tema prioritario es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aunque hasta la década de los sesenta la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes de cáncer del trastorno que padecían, la tendencia en los últimos años se ha invertido, en algunos países, como Estados Unidos, por imperativos legales, en otros por razones diversas entre las que se incluyen la demanda de los propios pacientes y la adopción de un modelo de atención médica más centrado en el papel activo del paciente. Probablemente, también sea importante el haber constatado que los pacientes informados correctamente muestran una mejor adaptación social a largo plazo, aunque no de forma inmediata.

Los efectos positivos de la información al paciente de cáncer dependen del contenido de la información, de cómo y de cuándo se emita. Respecto al contenido de la información ésta debe incluir al menos:

- El diagnóstico y características clínicas del cáncer.
- Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las razones por las que se aplican y los efectos benéficos que comportan.
- Efectos colaterales de los tratamientos, tipos e incidencia y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómitos, etc.

En cuanto al cómo y el cuándo:

- La información ha de ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes

momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre.

- Debe estar administrada por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicados por el médico, mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo. Inicialmente, la información se dará por medio de conversación, pudiendo complementarse mediante folletos, películas o información provenientes de otras personas que hayan pasado por una experiencia similar (en este caso es imprescindible un entrenamiento específico de esas personas).

– Debe ser congruente, de forma que lo que se le dice al paciente a través de los

distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la

comunicación tanto del diagnóstico, como del pronóstico y efectos de los

tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente a su pareja y a los

familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del

equipo de intervención asegurará dicha congruencia.

- Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente. La investigación ha revelado

distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes, algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de la enfermedad. En este caso, una información reiterada y exhaustiva puede serles negativa, mientras que otros prefieren buscar cuanto más información mejor, por lo que se les debe facilitar la máxima posible.

- La información ha de estar estructurada integrando un esquema conceptual de lo que significa el cáncer, pues en muchos casos es necesario hacer comprender al paciente que el concepto que tiene sobre el cáncer es incorrecto e inadaptivo. Asimismo hay que insistir en las posibilidades de intervención actuales, insistiendo en las elevadas tasas de recuperación que se consiguen, y destacar la importancia de la actuación que debe llevar a cabo el propio paciente.

En todo caso, la información ha de ser realista y hay que abstenerse de ofrecer panaceas, ni expectativas positivas infundadas.

La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso: la ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado.

2. PREPARACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE CÁNCER.

La aplicación de cirugía, con el propósito de eliminar las fuentes tumorales, es uno de los primeros y más efectivos tratamientos en oncología. Sin embargo, es al mismo tiempo que una garantía de curación, un fuerte estresor para muchos pacientes ya que provoca, en ellos y sus familiares cercanos, reacciones de miedo a la muerte, a la desfiguración, dolor, pérdida de control, etc. Se distinguen cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía:

- el peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es la amenaza de la anestesia

general, incisión, amputación, etc. ;

- los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad

para la actividad física y la ambulación;

- la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades

recreativas, deberes familiares y ocupacionales;

- aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y

signos de enfermedad, así como la perspectiva de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.).

Las intervenciones adecuadas para la preparación quirúrgica incluyen las siguientes áreas:

- *Información de procedimiento:* Si ha aportar información precisa de lo que se le va

A hacer al paciente, el momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a reducir el *distress* y minimizará la incertidumbre.

- *Información subjetiva y de sensaciones:* Se ha de ofrecer información al paciente

Sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, el los que se distinguen de aquellas producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos. Se trata de que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y que sean percibidas correctamente y no como signos de alarma. La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se ha de dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

c) *Estrategias de afrontamiento específicas:* Dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción. Entre las *estrategias orientadas al problema* se aplican frecuentemente: entrenamiento en respiración profunda,

relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para facilitar la recuperación de capacidades físicas. Entre las *estrategias de afrontamiento centradas en emociones:* petición apropiada de la medicación,

distracción cognitiva, visualización, atención orientada a los aspectos positivos,

interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional. Los pacientes han

de ser entrenados en estas técnicas, y expuestos en imaginación o en vivo

gradualmente a estímulos que permitan la práctica y habituación a los estímulos

estresantes relacionados con la cirugía.

3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Los objetivos en este momento implican:

- reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas
- facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo
- promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer
- desarrollar estrategias de resolución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer
- facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares
- estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales

Los procedimientos de intervención que se han aplicado con mayor profusión han sido fundamentalmente programas cognitivo–conductuales.

• **Comienzo de la terapia (2–4 sesiones)**

- *Alivio de síntomas:* El terapeuta enseña al paciente a desarrollar estrategias de

afrontamiento para los problemas inmediatos como malestar emocional,

depresión, ansiedad o crisis vitales. Se utilizan técnicas como resolución de problemas, técnicas de distracción, relajación, asignación de tareas graduales y secuenciación de actividades.

- *Vivir una vida ordinaria:* El terapeuta explica los principios para maximizar la

calidad de vida. Se trata de ayudar al paciente y a su pareja a planificar y usar el tiempo disponible tan activa y recompensantemente como se pueda. Se aplican técnicas de secuenciación y planificación diaria, que incluyen actividades de maestría y placer, que ayudan a estimular el sentido de control del paciente, al observar que puede realizar un amplio rango de actividades, y su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.

- *Enseñar el modelo cognitivo:* Se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de su vida diaria.
- *Estimular la expresión manifiesta de sentimientos:* Se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son buenas o malas, simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y, posteriormente, la forma de hacerles frente.
- **Fase intermedia (3–6 sesiones):** Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en dichos aspectos cognitivos siguiendo estos pasos:
- *Enseñar a desafiar pensamientos automáticos y principios básicos de pruebas de*

realidad para aplicarlos a sus problemas emocionales.

- *Continuar el uso del proceso de resolución de problemas:* Ahora, a diferencia del

primer nivel, el objetivo se centra en reducir el estrés emocional ante temas menos

urgentes pero igualmente importantes, por ejemplo, aislamiento social, problemas de comunicación con la pareja, dificultades en afrontar posibles consecuencias del cáncer, etc. El paciente y su pareja adoptan un papel activo en resolución de problemas conforme la terapia avanza.

- **Terminación de la terapia (1–3 sesiones):** Esta fase se compone de los siguientes

elementos:

- *Prevención de recaídas:* Se discuten y entrenan las estrategias a utilizar ante el

posible retorno de problemas emocionales.

- *Planificar el futuro:* Según progresa la terapia se abordan metas a más largo plazo.

Se estimula a las parejas a establecer metas realistas para 3, 6 ó 12 meses por delante y a hacer planes prácticos para alcanzarlas.

- *Identificar supuestos subyacentes:* Al seleccionar pacientes es apropiado explorar

creencias que dan lugar a sus problemas emocionales y ayudarles a cambiar reglas y supuestos que relacionan su modo de estar en el mundo.

La investigación acerca de los tratamientos cognitivo–conductuales en cáncer, aunque escasa, muestra consistentemente que las intervenciones cortas (de menos de 10 sesiones) aplicadas tras el diagnóstico de cáncer son altamente beneficiosas, tanto a corto plazo como a largo plazo para producir un afrontamiento positivo de los pacientes de este acontecimiento estresante, que les lleva a disminuir problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida.

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS REACCIONES CONDICIONADA A LA QUIMIOTERAPIA

Si bien el tratamiento con quimioterapia es enormemente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes de los cuales son la ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25% y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del mismo.

Tan frecuentes y conocidos son estos fenómenos que los pacientes que comienzan la terapia generalmente presentan ya una cierta aprensión por este tipo de procedimientos.

Los programas de tratamiento psicológico más empleados han sido los siguientes:

- *Hipnosis*: Consiste en la inducción de la hipnosis, con sugerencias de relajación

profunda y visualización de escenas placenteras. Para asegurar su eficacia se ha de practicar fuera de la sesión.

- *Relajación muscular progresiva con imaginación*: Consiste en que antes y durante

la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva e imaginación de escenas relajantes. El terapeuta debe aplicar la relajación durante las 4 primeras infusiones, después debe aplicarla el sujeto solo y practicar fuera de la sesión. Eficacia 50% de reducción en náuseas y vómitos.

- *Biofeedback–EMG con imaginación*: Consiste en la aplicación de biofeedback de

tensión muscular, en localizaciones múltiples, en conjunción con entrenamiento en relajación e imaginación durante las infusiones. Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Los resultados de estas intervenciones se han mostrado eficaces.

- *Desensibilización sistemática*: Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. Un aspecto importante es que la efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de la eficacia de este procedimiento.
- *Técnicas de control atencional*: Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras (televisión, contar historias, etc.) durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico. El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida, que se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de las reacciones condicionadas. Además, son muy atractivos para los niños y adolescentes, y es una intervención muy económica, ya que requiere poco entrenamiento.

5. CONTROL DEL DOLOR

El dolor en cáncer está fuertemente influenciado por dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales, además de los aspectos somáticos, por lo cual el tratamiento adecuado debe implicar tanto intervenciones médicas como psicológicas. En pacientes de cáncer el dolor es un problema usual, si bien su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, de forma que el dolor moderado a severo puede afectar al 40–50% de los pacientes en el diagnóstico inicial; al 35–40% en estados intermedios, y en el cáncer avanzado al 60–85% de los pacientes. Algunos estudios indican que pacientes con metástasis tienen un riesgo de 1:5 a 1:3 de padecer dolor significativo, que aumenta a 2:3 y 4:5 cuando la enfermedad se encuentra en estados finales.

La etiología del dolor de cáncer puede clasificarse en:

- dolor agudo, provocado por los tratamientos y pruebas diagnósticas del cáncer.

- dolor del cáncer.
- dolor crónico de origen no maligno.

La evaluación del dolor ha de comprender las dimensiones:

- conductuales –niveles de actividades o hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados –;
- sensoriales y fisiológicos, (intensidad y características del dolor);
- cognitivas –patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales –;
- así como el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social y síntomas afectivos concurrentes.

Las intervenciones psicológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han aplicado técnicas de hipnosis, relajación progresiva y biofeedback.

Se han llevado a cabo programas de condicionamiento operante que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de quejas y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario.

Por último, los programas que recientemente han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo–conductuales, en especial los programas de inoculación del estrés, que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:

- Educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.
- Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención, graduación de tareas y habilidades sociales y detención de pensamiento, resolución de problemas y control de dialogo interno.
- Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.
- Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

A la hora de diseñar las técnicas de intervención hay que tener presente la magnitud y características del dolor y los recursos o capacidades cognitivas que posee el paciente. En el dolor asociado al cáncer estas técnicas han de aplicarse en combinación con las intervenciones farmacológicas, ya que en el caso de dolor continuo y/o de alta intensidad las técnicas de relajación o redirección de la atención no son aplicables.

Con el objeto de disminuir la ansiedad y el estrés ante procedimientos diagnósticos o de tratamiento que implican dolor agudo tales como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea, sobre todo en niños.

6. INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL.

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cercanos en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por más tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un lapso corto de tiempo. Como características de la situación terminal se han señalado:

- enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta relativamente estable
- ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos
- pronóstico de vida probable inferior a 6 meses

- impacto emocional intenso sobre el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitado por la proximidad de la muerte, y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

La atención puede dispensarse mediante unidades de cuidados paliativos que son servicios hospitalarios especializados en este tipo de atención, que han de estar integrados por equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como voluntarios. De forma alternativa la atención puede ser domiciliaria.

En primer lugar, los cuidados paliativos han de orientarse al control de los síntomas físicos: dolor, fatiga, debilidad, problemas del sueño, anorexia, etc.

Los objetivos generales del tratamiento psicológico se centran en tres áreas fundamentales:

- Respecto al enfermo terminal:
 - Reducir la soledad y el aislamiento del paciente.
 - Aumentar su control sobre el entorno y su autonomía.
 - Reducir la apreciación de amenaza.
 - Aumentar la autoestima.
 - Disminuir la ansiedad y depresión.
 - Control de síntomas.
- Respecto a la familia son dos los objetivos:
 - Soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual y para la pérdida inminente.
 - Soporte informativo de los recursos que pueden usar.
- Respecto del personal sanitario, hay dos objetivos:
 - Ayudar al manejo de sus propias emociones ante la situación terminal.
 - Formación para la detección de las necesidades reales del paciente terminal.

Para conseguir estos objetivos ha de hacerse uso de técnicas cognitivo–conductuales: inoculación de estrés, relajación, hipnosis, técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas, etc. La cooperación de voluntarios que hayan tenido familiares con cáncer, bien entrenados y seleccionados, es un elemento de aprendizaje vicario de respuestas de afrontamiento que es muy útil.

Psiconcología