

INTERVENCIÓN PSICOLOGICA EN ENFERMOS DE CANCER: PLANTEAMIENTOS DEL PRESENTE, DESEOS DE FUTURO

Elena Ibáñez- José Soriano
Universidad de Valencia

RESUMEN

En el presente trabajo se hace un análisis de los principales planteamientos acerca de la Filosofía y Tareas que debe cumplir la intervención psicológica en enfermos de cáncer. Posteriormente se intenta comprobar en que medida dichos principios se tienen en cuenta en los trabajos de investigación. Para ello se analizan las últimas publicaciones recogidas en los principales repertorios bibliográficos. La principal conclusión es que, en este campo, como en otros muchos de la psicología, la investigación tiene unas reglas propias alejadas de los fines para los que fue propuesta.

Palabras Clave: intervención psicológica en cáncer, psico-oncología

ABSTRACT

In the present work is made an analysis of the main positions about the Philosophy and Tasks that it should complete the psychological intervention in patients of cancer. Later on he/she tries to be proven in that measured this principles are had in bill in the investigation works. The last publications picked up in the main bibliographical repertoires give as conclusion that, in this field, like in other many of the psychology, the investigation has its own rules that remain far from the ends for those that it was proposed.

Key Words: psychological intervention in cancer patients, psycho-oncology

LA FILOSOFÍA DE LA INTERVENCIÓN

Fawzy planteaba en el dos mil cinco que «El cuidado psicosocial debe ser una parte integral del tratamiento del cáncer, ya que puede ofrecer intervenciones eficaces para manejar y tratar problemas complejos con los que se encuentran los enfermos a lo largo de su experiencia de enfermedad» Es decir, que el tratamiento integral del enfermo oncológico implica atender, también, a su salud mental, y utilizar los medios psicológicos de los que se dispone para mejorar y aumentar la calidad de vida del mismo.

En este sentido, la intervención psicológica en el enfermo de cáncer no es un tema nuevo pues, como ya vimos en otros artículos, es a finales de los setenta cuando los Simonton introdujeron la *visualización* como una técnica eficaz para ayudar a los enfermos a luchar contra el cáncer y, asimismo, Avery Weisman en 1975 señalaba que « ...además del tratamiento y actividad biológica del cáncer, la problemática psicosocial puede influir tanto sobre la calidad como sobre la cantidad de vida...» Es decir, prácticamente desde mediados del siglo XX el cáncer es considerado una enfermedad bio-psico-social, a pesar de que Engel aún no hubiera establecido su popular manifiesto acerca de la visión bio-psico-social del enfermar humano. Por ello el tratamiento médico no cubre todas las expectativas si no se atiende o se tratan los problemas psicológicos que el enfermo presenta bien con anterioridad a la aparición de la enfermedad o bien como consecuencia de la misma.

A pesar de ello, tanto el estigma de la enfermedad oncológica como el miedo que se tiene, en general, a ser tratado como un enfermo mental, contribuyó a que la incorporación del tratamiento psicológico, al enfermo oncológico, fuese una de las áreas que más tardó en desarrollarse en la propia psico-oncología, y eso a pesar de los trabajos pioneros de Spiegel y del propio Fawzy demostrando que la intervención psicológica mejoraba la supervivencia de los enfermos con cáncer. Pero esto mismo llevó, al mismo tiempo, a que se crearan unidades de psico-oncología en los mismos servicios

de oncología, permitiendo, de esa manera, que los enfermos recibieran tratamiento psicológico en el mismo lugar en el que recibían tratamiento médico. A ello colaboró también, la denominada *psiquiatría de enlace* que permitía atender a los enfermos con problemas médicos en los servicios de su propia especialidad, y no en los de psiquiatría como ocurría anteriormente. Es decir, el enfermo recibe la atención psicológica y/o psiquiátrica al mismo tiempo que recibe el tratamiento médico para su enfermedad.

PLANTEAMIENTOS Y OBJETIVOS

La mayor parte de los estudios que analizan la importancia de la intervención psicológica para los enfermos de cáncer, están lejos de satisfacer las normas standard de la investigación científica. Problemas de diseño, de tamaño de las muestras, de falta de aleatorización de los grupos, de especificación de la terapia o de los datos médicos del grupo a ser tratado, problemas de los grupos control y un largo etcétera, son sólo un ejemplo de la falta de criterios a la hora de realizar una investigación que ponga de manifiesto la importancia y relevancia de la intervención psicológica en los enfermos de cáncer. De la misma categoría es el tema de los planteamientos y objetivos de la intervención. Es decir, son pocos los trabajos que especifican la hipótesis a comprobar y el por qué de dicha hipótesis.

En este sentido, nos encontramos con que son distintos los objetivos que se intentan conseguir en diferentes trabajos, así mientras que algunos autores consideran que la finalidad de la intervención es tratar las distintas patologías psicológicas que pueden aparecer en los enfermos de cáncer (Selick, et al., 1999; Larson, et al, 2000; Baider, et al. 2001, Carlson, et al., 2003) otros autores (Temoshok, 1992; Spiegel, 1983, 1989; Fawzy, 1993; 2005) intentan demostrar que la intervención psicológica tienen un efecto beneficioso sobre la supervivencia. Por otro lado, mientras unos utilizan intervenciones psicológicas específicas (Moorey y Greer; 1989; Baider, et al. 2001) otros consideran que las intervenciones cognitivo-conductuales o las terapias de grupo utilizadas habitualmente también son útiles para los enfermos de cáncer (Taylor, et al. 2003; Shields, et al., 2004)

A pesar de dichas discrepancias, la mayor parte de autores están de acuerdo en que existen unos planteamientos y objetivos comunes, que son los que guían al terapeuta a intervenir cuando así lo considera necesario. Entre los criterios más comunes están aquellos que, siguiendo a Fawzy (2005) podríamos resumir en la Tabla 1:

Tabla 1 *Objetivos de la Intervención Psicológica en Enfermos de Cáncer (modificado de Fawzy, 2005)*

- Proporcionar consejo genérico y esperar y ver si algún enfermo experimenta alguna dificultad emocional seria; entonces intervenir.
- Identificar a aquellos enfermos que tienen un alto grado de distress y un ajuste pobre; entonces intervenir.
- Intervenir en cualquier persona que tenga necesidad de ello.
- Intervenir en poblaciones específicas de pacientes con necesidades específicas.
- Intervenir en la familia o ambiente cercano del enfermo para producir los cambios necesarios para que éste pueda adaptarse convenientemente a su estado de enfermedad.
- Intervenir en los supervivientes que presenten problemas psicológicos de adaptación o de Estrés Postraumático.

Todos estos objetivos han hecho, por un lado, que se desarrollen terapias específicas para los enfermos de cáncer y sus problemas y, por otro lado, que aparezcan unas metas específicas en el tratamiento de estos enfermos, metas relacionadas no sólo con la enfermedad sino también con los tratamientos médicos

Atendiendo a los objetivos señalados por Fawzy, debemos tener en cuenta que la intervención psicológica en los enfermos con cáncer afecta a todas las áreas de su vida. Es decir, en primer lugar es necesario incorporar la intervención psicológica dentro del protocolo de tratamiento integral del enfermo (Ibáñez, 2004), éste debe saber, desde un principio, que cuenta con un equipo de profesionales dispuestos a proporcionarle ayuda en cualquier momento que lo necesite, por ello es importante que el equipo que va a realizar la intervención forme parte o esté en contacto directo con el equipo oncológico que va a tratar o está tratando al enfermo, sólo así podrá darse cuenta de quien y cuando se necesita la intervención, también que tipo de

intervención es la más adecuada según el caso, y asimismo sabrá qué persona o personas necesitan ayuda y en que momento. Es decir, la atención integral al enfermo con cáncer no termina con el tratamiento médico del enfermo sino que tiene que abarcar también a sus relaciones interpersonales, desde la familia, a la pareja y, en ocasiones a los amigos más próximos. En este sentido, el terapeuta tiene que estar atento a qué persona necesita de la intervención así como a de qué manera influyen las personas que rodean al enfermo sobre el bienestar tanto físico como psicológico del mismo..

También es un objetivo de la intervención la prevención y por supuesto, el terapeuta que trabaja con enfermos oncológicos, debe de estar dispuesto a tratar a poblaciones específicas como son aquellas que acuden a las campañas de cribado y, por tanto, se exponen voluntariamente a un estresor como es el cáncer. Se deben tener en cuenta, en este caso, los problemas de ansiedad que los falsos positivos producen necesariamente en estas campañas, y también el hecho de que acudir a un programa de prevención y estar sano, en un momento determinado, no excluye la posibilidad de tener cáncer. Es decir, el tema de qué información se debe proporcionar a estas personas, quién debe proporcionar dicha información, así como el cómo y el cuándo son problemas específicos que requieren de una intervención psicológica adecuada.

No ajeno a esta problemática es el tema del cáncer familiar y del consejo genético. Como señalaba Fawzy, es ésta una población muy específica y que, en principio, no sólo puede requerir ayuda cuando va a realizarse las pruebas necesarias para comprobar su problemática genética, sino que, además, puede requerir asistencia posteriormente al enterarse de que su riesgo de contraer un cáncer es alto, o en el momento en que se le presenta la enfermedad. Como se ha señalado anteriormente, a pesar de que el número de cánceres que responden a problemas genéticos y/o familiares es muy pequeño, las personas que se someten a consejo genético suelen presentar problemas tanto de demasiada confianza en su no-riesgo de mutación (lo cual no quiere decir que no vayan a tener cáncer) cómo de malestar emocional cuando se confirma la sospecha de que se es portador de un gen mutado (lo cual no quiere decir que se vaya a tener cáncer); es decir, a pesar del bajo porcentaje de cáncere-

res cuyo origen genético se conoce en la actualidad, el riesgo de que la población que se somete a consejo genético presente problemas psicológicos es muy alto.

Junto a la problemática del consejo genético, también son objetivos específicos los distintos síntomas o problemas que presenta el enfermo a lo largo de la evolución de la enfermedad, por ejemplo, las náuseas y vómitos anticipatorios, los problemas de alimentación, el miedo a la pérdida de peso, las parestesias, el linfedema que se puede producir en algunos cánceres, etcétera son algunos ejemplos de situaciones específicas que pueden requerir de intervención psicológica.

En definitiva, los objetivos de la intervención psicológica son, por un lado, mejorar la calidad de vida del enfermo con cáncer y de quienes le rodean; por otro lado, mejorar la cantidad de vida con una calidad adecuada, siempre que sea posible.

LAS METAS DE LA INTERVENCIÓN

Jummie C. Holland señalaba en el 2002, que el tratamiento psicológico del enfermo de cáncer sufrió varios retrasos debido a una serie de barreras que dificultaban esa intervención. Entre esas barreras, señalaba el problema que supone el ser considerado enfermo de cáncer por un lado y, por otro lado, el estigma que suponía ser considerado «enfermo mental». Es decir, según la autora, ya es suficientemente grave y traumático para una persona ser diagnosticada de cáncer para que encima se le añada el estigma de ser considerada enferma mental. Esto hizo que tanto oncólogos como enfermos evitaran recurrir a las unidades de salud mental, sin embargo, también facilitó el que fuesen los propios oncólogos (caso de Simonton) y las denominadas unidades de enlace (dentro de los servicios de psiquiatría) los que se dedicaron a construir terapias psicológicas específicas para este tipo de enfermos (Greer, Moorey, etc.), tanto para los problemas psicológicos derivados de su enfermedad como para los que aparecían como consecuencia del tratamiento quimioterapéutico de la misma, es decir, las náuseas y vómitos anticipatorios..

Indudablemente las metas de la intervención se han ido modificando a medida que la Psico-oncología ha ido adquiriendo mayor

significado y mayor importancia dentro del ámbito de la Medicina, así las primeras metas señaladas por Holland en 1991 pronto se vieron ampliadas por las nuevas aportaciones de la psicología, y por otro tipo de aportaciones como fueron la *ley de los derechos de los enfermos*, que contribuyó a que éstos tuvieran una información más adecuada a su proceso de enfermar.

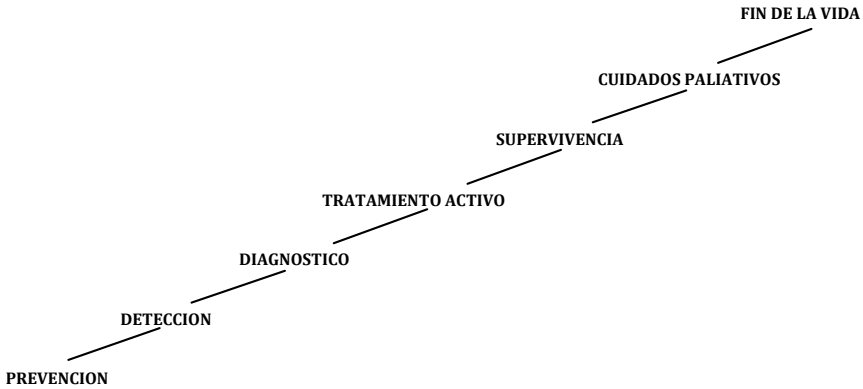
Junto a ello, temas como la *calidad de vida* y, también, porque no, la *calidad de muerte*, se convirtieron en metas de la intervención psicológica, ya que, como se está subrayando continuamente a lo largo de este trabajo, la atención integral al enfermo oncológico se convirtió en una de las metas fundamentales de todos los planes oncológicos nacionales (Ibáñez, 2004). Es decir, prácticamente desde que la quimioterapia se convirtió en una herramienta más en el arsenal contra el cáncer, con lo que esto implicó de aumento en los años de supervivencia de los enfermos, los problemas psicológicos de las personas con cáncer, antes, durante y después de la aparición del mismo, se convirtió en una meta no sólo de los psicólogos sino también de todo el equipo dedicado al cuidado del enfermo. Últimamente, con los avances logrados tanto en el campo de la medicina como en el de la Salud Mental en general, el tema de los supervivientes de cáncer y los problemas de estrés postraumático que pueden presentar, al considerarse que el padecer cáncer es un estresor importante, se ha convertido en un nuevo campo de estudio e investigación tanto a niveles epidemiológicos como de intervención (Ver Tabla 2)

Tabla 2. *Metas de la Intervención (modificado de Holland, 1989)*

- Disminuir la alienación mediante la comunicación con otros que están en una situación similar
- Reducir la ansiedad acerca de los tratamientos
- Clarificar equívocos e informaciones mal dadas
- Aprender de los sentimientos de soledad, desesperanza y ser rechazado por otros
- Aumentar la adherencia a los tratamientos médicos
- Disminuir el Stress
- Mejorar las Estrategias de Afrontamiento
- Mejorar los Parámetros Psicofisiológicos
- Aumentar los efectos del tratamiento médico a largo-plazo, incluidos la disminución de la recurrencia y el aumento de la supervivencia
- Atender a las necesidades y problemas de la familia del enfermo de cáncer
- Mejorar la calidad de vida y de muerte de los enfermos
- Mejorar la calidad de vida de los supervivientes

En este sentido, las meta final de la intervención sería no sólo la restitución ad integrum como preconizaba la medicina clásica, sino más aún, el poder disfrutar de una buena calidad de vida y de muerte. La Psico-oncología como disciplina, por tanto, no se ocupa exclusivamente de los momentos de la enfermedad, sino que también procura ofrecer atención a aquellas personas que, debido al proceso de enfermedad, se ven ante la perspectiva de la muerte. Siguiendo a Holland (2003) las metas actuales del Psico-oncólogo las podemos representar como un continuo que empieza con la prevención del cáncer y finaliza cuando se acaba la vida del enfermo (Ver Figura 1) pasando por las distintas fases de diagnóstico, tratamiento, supervivencia y/o cuidados paliativos y final de la vida. Es decir, las metas de la intervención dependen del continuo de salud-enfermedad presente en cualquier patología médica. Dicho de otro modo, las metas de la intervención incluyen desde mantener el status funcional de salud, tal y como ésta es definida por la OMS, hasta la recuperación de la misma una vez que se ha perdido y/o la muerte como consecuencia de la misma

Figura 1. *Períodos de actuación del Psico-oncólogo*



LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS DE CÁNCER (1995-2005)

Una de las maneras que tiene la ciencia actual para comprobar el buen estado de salud de una disciplina es ver, por un lado, cuantos artículos se publican sobre el tema y, por otro lado, ver cuantos especialistas (autores) se dedican al mismo. Es decir, lo que se conoce como análisis bibliométrico de la disciplina. A pesar de que es cierto, que dichos análisis hablan más del conocimiento científico acumulado (es decir de la forma del conocimiento) que del auténtico conocimiento (contenido del conocimiento) también es cierto que nos permiten tener una rápida visión del campo y entender, con una simple mirada, los cambios que ha sufrido el mismo en el transcurrir del tiempo. Aunque, como se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones, la interpretación de los datos, así obtenidos, requiere una amplia especialización sobre el tema para poder entender el significado que se oculta tras los mismos.

Para este análisis se parte de los datos obtenidos en la década 1995-2005 en dos repertorios bibliográficos de reconocido prestigio el MedLine y el Psyclist, aunque para la interpretación de los mismos se utilizan datos tanto procedentes de éste análisis, como de investigaciones previas y que se pueden encontrar en Ibáñez, Valiente y Soriano (2002) No es raro pues, que siendo los datos procedentes

únicamente de la última década nos puedan parecer pocos en número. De todas formas, debe de tenerse en cuenta que son datos no de la Psico-oncología en general, sino de *Intervención psicológica en enfermos de cáncer*, siendo las palabras claves utilizadas (Intervención Psicológica; terapia psicológica; psicoterapia y tratamiento psicológico). El número total de artículos obtenidos asciende a ochocientos ochenta y ocho, y el número total de autores que escriben sobre el tema, en estos últimos diez años, es de mil doscientos sesenta y cuatro, lo que equivale a unos dos autores por artículo, lo cual está muy bien para una ciencia joven, aunque pone de manifiesto la carencia, todavía, de auténticos equipos de investigación trabajando en esta disciplina.

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

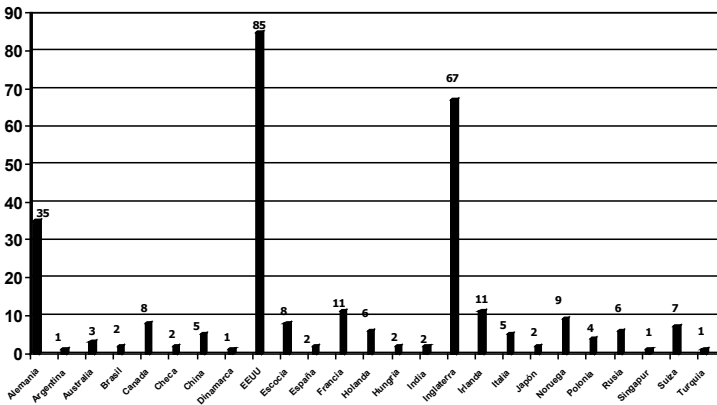
Además del número de artículos y del número de autores que publican existen otros índices importantes en el campo de la bibliometría ¿qué se publica? ¿quién lo publica? ¿en qué país se publica? son sólo algunas de las preguntas más habituales a las que vamos a intentar dar respuesta.

Respecto a donde se publica, como podemos ver en el **Gráfico 1** EE.UU. es el país con un mayor número de publicaciones (85) seguido de Inglaterra (67) y Alemania (35) Otros países en los que también se observa una cierta productividad son Irlanda (11) y Francia (11) seguidos de Noruega (9) Canadá (8) Escocia (8) y Suiza (7) Como puede verse España sólo tienes dos artículos recogidos en estos diez años, lo que implica la poca relevancia que tienen las publicaciones en castellano en estos dos repertorios y no, como suele pensarse, la baja productividad de nuestros investigadores en esta área.

Se trata, por tanto, de un predominio de países anglosajones, a pesar de las excepciones de Alemania y Francia, lo que indica que la mayor parte de las publicaciones están en lengua inglesa. Llama también la atención, el que haya representación de prácticamente todos los países, incluidos India, Japón, China y Rusia (sólo faltan los países árabes, a excepción de Turquía, junto el África Negra y Oceanía) lo que implica la importancia que tiene la atención psicológica a los enfermos de cáncer en todo el mundo, o si se prefiere la globa-

lización de la intervención psicológica en los enfermos con cáncer, pero como ocurre con todos los problemas de la globalización se excluye al Tercer mundo y no porqué tengan una baja incidencia de cánceres sino más bien por la poca relevancia que se les concede en el mundo en general, lo que hace que su producción científica sea prácticamente nula en todos los campos.

Gráfico 1. Número de artículos publicados por cada país

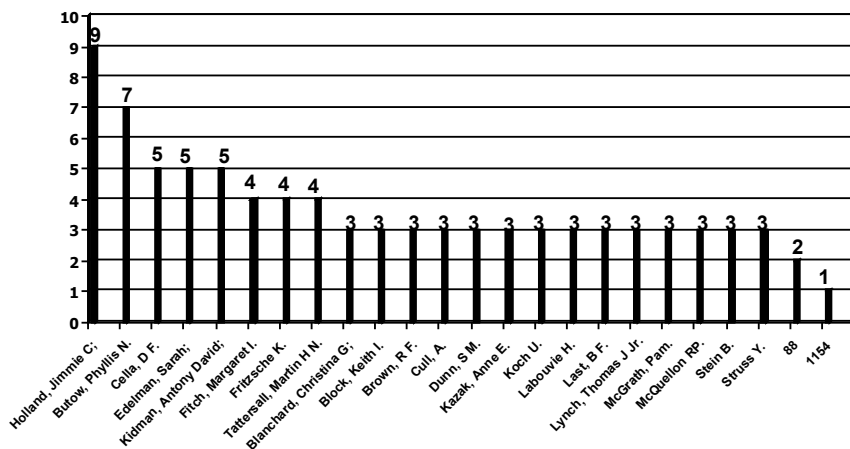


En cuanto a los autores más productivos como puede verse en el **Gráfico 2** son, casi todos, de EE.UU. y/o universidades americanas. Encontramos, en primer lugar a Jimmie C. Holland una clara pionera de la Psico-Oncología en su país y primera presidenta de la *Sociedad Internacional de Psico-Oncología* (IPOS) creada en mil novecientos ochenta y cuatro. Holland, como señalamos anteriormente, es también la persona que junto a Rowland publican el primer Manual de Psico-oncología (*Handbook of Psychooncology*) en 1989 y que fue el libro de referencia de todos los investigadores interesados en este campo, sirviendo de base para los manuales de autores españoles como son los Manuales de *Psico-oncología* de Gil; García-Camba o María Dié, junto al trabajo pionero de Bayés, autor que publicó su *Manual de Psicología Oncológica* antes de la aparición del de Holland.

Resumir el trabajo de Holland es una tarea inacabable ya que la autora no sólo ha publicado artículos y manuales científicos, sino

que además realizaba un importante trabajo clínico en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, además de publicar una serie de artículos y entrevistas en revistas americanas y europeas dando a conocer la importancia de los factores psicológicos en la prevención, tratamiento y seguimiento de la enfermedad cancerosa. Es decir, se puede considerar a Jimmie Holland como la auténtica creadora de la Psico-Oncología, no sólo en su país sino en todo el mundo, ya que bajo su dirección se formaron investigadores de todos los países.

Grafico 2. Número de artículos de los autores más productivos



Aparece también Cella, autor célebre por sus trabajos sobre *calidad de vida* en el enfermo oncológico. Cella construyó en EE.UU., al mismo tiempo que Aaronson en Europa, el primer cuestionario de *calidad de vida* en el que se tiene en cuenta la localización del tumor. Cella también es uno de los co-editores del *Journal of Psychosocial Oncology*, primera revista dedicada a publicar artículos sobre psico-oncología, sobre todo atendiendo a los aspectos de «cuidado» de estos enfermos (se publican en la misma una gran cantidad de artículos de enfermería), así como preocupada por los problemas más espirituales de los mismos y por la problemática de la muerte.

El nombre de Christine C. Blanchard también es muy importante ya que se dedica, fundamentalmente, a analizar los problemas psico-

lógicos que aparecen en los enfermos de cáncer como consecuencia de la enfermedad. En este sentido, Blanchard forma parte de uno de los equipos de investigación centrados en analizar la prevalencia e incidencia de los trastornos psiquiátricos en enfermos con cáncer.

En general, la contribución de la mayor parte de autores es pequeña, existiendo una gran mayoría de ellos que sólo publican un artículo sobre intervención psicológica en enfermos de cáncer, lo que quiere decir que este apartado de nuestra disciplina está presidido por autores denominados *transeúntes*; es decir, autores que escriben un único artículo sobre el tema, siendo su preocupación fundamental otros campos, esto es bastante frecuente cuando comienza a iniciarse un campo, como parece ocurrir con la intervención psicológica en el campo de la psico-oncología.

A pesar de ello, llama la atención la falta de nombres relevantes en el campo de la intervención psicológica en enfermos de cáncer, como son los de Spiegel, uno de los pioneros en este área, o el de Fawzy uno de los primeros en llevar a cabo trabajos de investigación controlados para poner de manifiesto la importancia de la intervención psicológica sobre la supervivencia. Greer y Moorey son también grandes ausentes cuando a ellos se debe la *terapia psicológica adyuvante* (ver Romero en esta unidad), tratamiento cognitivo-conductual específico para el tratamiento individual de los enfermos con cáncer, o el de Baider que, desde Israel ha unido su formación psicodinámica al tratamiento hipnoterapéutico de los enfermos con cáncer.

ANÁLISIS DE CONTENIDO

Pero ¿sobre que se escribe? Indudablemente sobre intervención psicológica en enfermos de cáncer, pero eso a pesar de lo que hemos dicho hasta aquí, quiere decir muy poco ¿qué cánceres? ¿qué intervenciones? Para ello debemos de penetrar en el contenido de los artículos, nos encontramos así con que prácticamente en la mayoría de ellos no se indica la localización del tumor, concretamente, en 238 de ellos no se especifica ni que localización tiene el tumor ni en que tipo de estadio se encuentran los enfermos. Sin embargo, lo que si nos encontramos es que en los dos tumores, donde

más investigaciones se han realizado, son en mama y en cáncer ginecológico, lo que puede indicar, o bien la mayor prevalencia de trastornos psicológicos en las mujeres que padecen cáncer, o bien, la mayor facilidad con que acceden las mujeres a convertirse en sujetos experimentales o, si se prefiere, a colaborar en los estudios experimentales. También pudiera ser, como señalamos en otros lugares, que los cánceres de mama y ginecológico sean dos tipos de tumores que ocupan un lugar intermedio a todos los niveles; es decir, a pesar de no ser totalmente curables tienen unas buenas tasas de supervivencia; aún cuando no están genéticamente determinados, en algunos casos existe un factor genético claramente establecido; en muchos casos se ve alterada la imagen corporal, aunque a veces esto no causa ningún problema; los hay hormono-dependientes y no-hormono-dependientes, lo que implica la utilización de distintas modalidades de tratamiento; se utiliza para tratarlos todo tipo de arsenal terapéutico, cirugía, radioterapia, quimioterapia, vacunas, terapias génicas, etcétera y, ambos, afectan principalmente, a mujeres, aunque el de mama también puede aparecer en varones.

Otro tumor que aparece especificado es la leucemia, tanto en niños como en adultos, pero en la mayor parte de los artículos se habla de leucemia infantil y la intervención se realiza, principalmente sobre la familia, considerando que tienen más problemas psicológicos los padres de los niños que ellos mismos.

Aparecen, en siguiente orden de citas, los cánceres de sistema nervioso central, aunque sin especificar la localización concreta. En la mayor parte de trabajos en los que se citan a este tipo de enfermos, el tema a tratar es el del delirium bien producido por la propia enfermedad o por la radioterapia utilizada para su tratamiento, en cualquier caso estaríamos hablando del tratamiento de delirios de causa orgánica conocida. También se citan, en 6 trabajos, la problemática de los cánceres de cabeza y cuello, pero en estos casos parece que la intervención psicológica está más encaminada a resolver problemas psicológicos existentes en los enfermos antes de la aparición del cáncer, que problemas debidos realmente a la enfermedad oncológica.

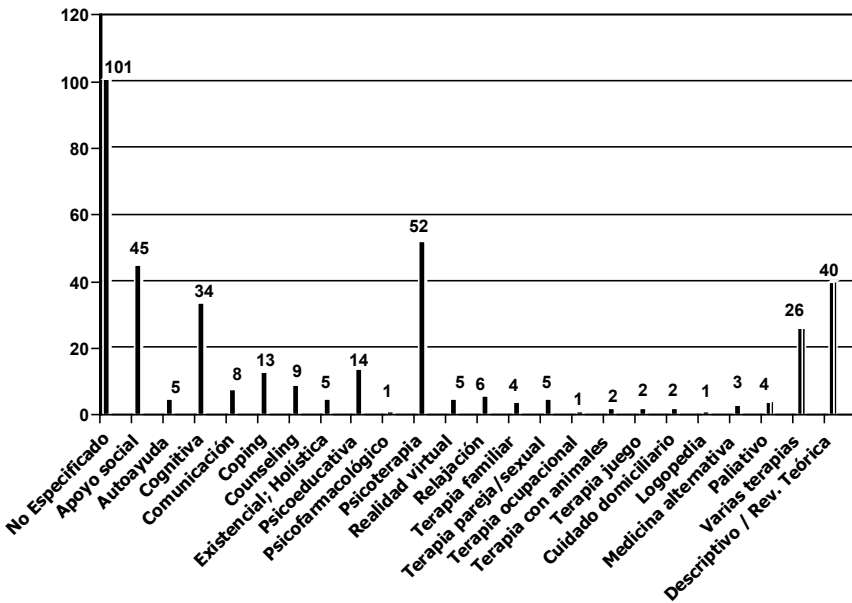
Con todo, en la mayor parte de trabajos o bien no se especifica la localización del tumor (en 238 trabajos) o bien se aplica un mismo

procedimiento terapéutico a personas con tumores en distintas localizaciones (Baider, 2003) todo ello a pesar de que ya es un lugar común, el señalar tanto los diferentes comportamientos de hombres y mujeres ante la enfermedad, como las distintas repercusiones que la enfermedad tiene sobre la familia y los que la rodean (Baider, 2005)

Es decir, a la psico-oncología le ocurre lo que a las ciencias jóvenes, hay una gran abundancia de trabajos y de datos, pero hay poca sistematización, poco orden y, sobre todo, poca integración.

En cuanto a las intervenciones utilizadas, como puede verse en el **Gráfico 3**, en su mayoría tampoco aparecen especificadas, y cuando se hace se habla, en la mayor parte de los casos, de psicoterapia en general (52 trabajos) sin especificar el tipo de la misma.

Gráfico 3. Tipo de Intervenciones utilizadas



A pesar de ello, son varios los trabajos en los que se describe de qué terapia se trata; observamos así que en 45 trabajos se habla de *apoyo social* y que en 34 se habla de *terapia cognitiva*, el inconveniente, en este último caso, es que revisando los artículos nos

encontramos con que en ellos se combina la terapia de Beck con la expresión de emociones o con las actividades diarias; es decir, tanto la terapia de Spiegel como la de Fawzy o la de Moorey y Greer aparecen bajo el rótulo de terapia cognitiva cuando, como puede comprobarse en esta misma unidad, son terapias muy distintas en las que se combinan diferentes técnicas terapéuticas y varias perspectivas teóricas.. Por otro lado, en la mayor parte de los trabajos no se especifica si la terapia se aplicó de forma individual o colectiva, aspecto este de suma importancia, sobre todo cuando hablamos de enfermos con distintas localizaciones.

Por otro lado, y como podemos comprobar en el gráfico, son varios los artículos que se dedican a revisar los trabajos realizados sobre intervención psicológica en enfermos de cáncer (hay 40) no siendo ajeno a esto, como veremos posteriormente, los distintos problemas de todo tipo que presentan este tipo de investigaciones. Junto a ello nos encontramos con una serie de trabajos en los que se utiliza una combinación de terapias, desde la cognitivo-conductual hasta la hipnoterapia incluyéndose, en algunos casos, los programas psicoeducativos que, por otra parte, están representados por sí solos en 14 de los trabajos recensionados.

En una de estas revisiones (Sellick, 1999) se analizan los trabajos que tienen como finalidad reducir la depresión en enfermos de cáncer. En dicho artículo los autores comentan que de los artículos revisados, entre 1982 a 1999, sólo diez cumplen los requisitos metodológicos mínimos requeridos; a saber, estudio con distribución aleatoria de los grupos, existencia de grupo experimental y grupo control, criterios adecuados para medir los resultados, criterios claramente objetivos, análisis estadístico apropiado. Sin embargo, de los diez artículos revisados, sólo en tres se especificaba el tipo de aleatorización realizado (Bridge et al., 1988; Holland, 1991; Burton, et al., 1995), no especificándose, en ninguno, si había existido algún sesgo en la distribución. Únicamente en cuatro se había completado el seguimiento de los enfermos en el plazo especificado en el trabajo (Bridge, et al., 1988; Holland, 1991; Greer, et al. 1992; McArdle, et al., 1995), en siete de los diez se especificaban los criterios de inclusión/exclusión de los enfermos (Linn, et al, 1982; Cain, et al., 1986; Bridge, et al, 1988; Holland, et al, 1991; Greer, et al., 1992; Edgar, et

al, 1992; Moorey, et al., 1993) y sólo en dos hubo una evaluación «a ciegas» de los resultados (Cain et al, 1986; Edgar et al, 1992) Por supuesto, en cuatro de los estudios (Bridge et al., 1988; Edgar, et al, 1992; McArdle, et al., 1995 Burton, et al., 1995) la muestra estaba compuesta por enfermas de cáncer de mama, en uno (Cain, et al., 1986) eran mujeres con cáncer ginecológico y en el resto la muestra era mixta, es decir, se incluían cánceres de distintas localizaciones, estadios y tratamientos.

En cuanto al tipo de terapia utilizada, nos encontramos con que en cuatro de los trabajos se utiliza terapia cognitivo-conductual estructurada (Cain, et al., 1986; Greer, et al., 1992; Edgar, et al. 1992 y Moorey, et al., 1993) teniendo en cuenta que los trabajos de Greer y Moorey utilizan el mismo tipo de terapia la *terapia psicológica adyuvante* (ver Romero) en tres de ellos se construyen terapias *ad hoc* (Linn, et al, 1986; Burton, et al., 1995 y McArdle, et al., 1996) y en los tres restante se utilizan terapias conductuales (Bridge, et al., 1988; Holland, et al., 1991 y Decker, et al., 1992) principalmente técnicas de relajación e imaginación controlada.

En otra de esas revisiones, Ross y colaboradores (2002) encontraron, entre los años 1982-2002, ocho estudios aleatorizados (Linn, et al., 1982; Spiegel, et al., 1989; Fawzy, et al., 1993; Illyckyj et al., 1994; Edelman, et al., 1999; Kuchler et al., 1999; McCorkle et al., 2000) en los que se comparaban los enfermos de cáncer que recibían intervención psicosocial con un grupo control (enfermos en lista de espera, principalmente), evaluándose al final de la intervención, o un mes después de la misma, el efecto sobre la supervivencia y otras variables como ansiedad, depresión, dolor, calidad de vida, etc. El seguimiento variaba entre uno a diez años y la mayor parte de la muestra de pacientes (en tres de los ocho estudios) eran mujeres con cáncer de mama, en uno de ellos (Fawzy, 1993) eran enfermos de melanoma, en otro (Kuchler et al., 1999) se trataba de enfermos con cáncer gastrointestinal y en el resto se entremezclaban distintos tipos de cánceres. En cuanto a las intervenciones fueron variadas, siendo lo más frecuente la terapia de grupo de Spiegel y los programas psicoeducativos, mientras que a nivel individual se aplicaron técnicas conductuales, principalmente relajación, y técnicas cognitivo-conductuales, principalmente control de pensamientos negativos.

En el mismo trabajo se analizan doce estudios, en los que está garantizada la distribución aleatoria de la muestra, sobre la influencia de la intervención psicosocial sobre distintas variables, principalmente depresión, ansiedad, dolor y calidad de vida, entre otras. En este caso ya no es tan evidente la existencia de grupos control, asimismo en muchos de ellos no se especifica el tiempo de seguimiento y sólo en seis de ellos se especifica la localización del tumor (tres de mama, vejiga, melanoma y Hodking) En cuanto al tipo de terapia la mayor parte consistieron en terapia de grupo expresiva (Spiegel) combinada o no con programas psicoeducativos acerca de la enfermedad.

Por último, y en el mismo trabajo, se analizan once trabajos en los que se comparan dos tipos distintos de intervenciones y con un grupo control, estando las muestras correctamente aleatorizadas. Las variables de resultado que se evalúan son ansiedad, depresión, calidad de vida y dolor. En cuanto a las técnicas terapéuticas que se valoran son, principalmente, terapia de grupo (programas psicoeducativos o terapia de grupo expresiva) versus terapias individuales, fundamentalmente terapia conductual o cognitiva-conductual.

No obstante, llama la atención en esta revisión, la tremenda variedad de los tiempos de seguimiento (de 1 a 11 años) la gran diversidad de cuestionarios utilizados (desde trabajos en los que se evalúan variables psicológicas de todo tipo, hasta trabajos en los que únicamente se valora la calidad de vida) y, por último, la diferencia tanto en el número de sesiones como en la duración de las mismas (de 35 minutos a 4 horas a la semana y de 1 sesión al mes a 5 sesiones semanales)

Lo claramente satisfactorio y concluyente, tanto en este último artículo de revisión como en el anterior, es que en todos los casos, independientemente de los problemas metodológicos, la psicoterapia de cualquier tipo demostró mejorar el estado, al menos psicológico, del enfermo y, en algunos casos, hasta demostró mejorar la supervivencia del mismo así como su dolor y calidad de vida. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de ofertar intervención psicológica a los enfermos de cáncer, de cualquier localización, estadio y fase de la enfermedad, incluidos los supervivientes y los familiares de los enfermos.

LA PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Como hemos visto, la intervención psicológica en enfermos de cáncer no está exenta de problemas, a pesar de ello parece que va a ser el tema más importante de la primera década del siglo XXI. El descubrimiento, realizado ya en la década de los ochenta, de que la intervención psicológica puede mejorar la supervivencia de los enfermos, o al menos la calidad de vida de los mismos, la ha convertido en un artículo de primera necesidad en el campo de la psico-oncología; más aún, una gran parte de los autores pioneros en este campo se han visto en la necesidad de diseñar nuevas estrategias terapéuticas para aplicar a estos enfermos, tal es el caso de Moorey y Greer o de Fawzy o de Holland, sin ir más lejos. Los fundamentos de la mayor parte de estas nuevas psicoterapias han sido, por un lado, el concepto de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman y, por otro lado, tanto los programas psicoeducativos utilizados en salud mental, como la terapia cognitivo de Beck, las técnicas conductuales como la relajación y los trabajos en los que se subraya la expresión de emociones, como los de Pennebaker o Temoshok. En todos los casos, el trabajo del terapeuta se centra, fundamentalmente, en proporcionar al enfermo estrategias de afrontamiento más adaptativas, por ejemplo, mayor espíritu de lucha, o bien un mayor control sobre sus pensamientos y su estado de ánimo, al mismo tiempo que se le facilita un mayor soporte social.

Asimismo, la mayor parte de las intervenciones psicológicas se realizan tanto grupal como individualmente, siendo varios los autores que mantienen la necesidad de ambos tipos de terapia combinadas. Así, mientras que a nivel de grupo el enfermo mejora sus estrategias de afrontamiento y sus habilidades sociales, parece que, a nivel individual, mejora el control de sus pensamientos y establece una mayor vinculación con el terapeuta. En cualquier caso, muchas veces es conveniente incorporar a la terapia a alguno de los familiares del enfermo.

Sin embargo, si bien a nivel de técnicas de intervención psicológica parece que se ha avanzado bastante, no ocurre lo mismo a niveles metodológicos, conceptuales, teóricos o prácticos y de todo ello vamos a ocuparnos ahora.

PROBLEMAS METODOLÓGICOS

El hecho de que la psico-oncología sea una ciencia joven, no la exime de cumplir, en sus investigaciones, con los requisitos metodológicos que toda ciencia debe cubrir. No obstante, también es cierto que en un campo como el que nos ocupa, la intervención psicológica, la psico-oncología cuenta con cierta ventaja ya que como señalan los expertos de la práctica basada en la evidencia depende, en gran medida, de la investigación formal también es cierto que tiene raíces históricas en las que sustentarse. En este sentido, muchas de las nuevas terapias utilizadas en los enfermos oncológicos, no necesitan de un auténtico «desmantelamiento terapéutico» para comprobar que elementos resultan eficaces, ya que tienen tras de sí una larga historia de estudios sobre la «eficacia de la psicoterapia» que hace innecesarios estudios para demostrar la efectividad de la misma. Es decir, las terapias utilizadas en psico-oncología cuentan como aval con todos los estudios realizados previamente en otro tipo de enfermos. Tenemos así, por ejemplo, que las terapias cognitivas ya han demostrado su eficacia en el campo de la psicología clínica para el tratamiento de la depresión, ansiedad y otros problemas, lo que facilita su utilización ahora en psico-oncología; podemos decir lo mismo de los programas psico-educativos que también han demostrado su eficacia en el campo de la Salud mental, etc.

Ahora bien, si lo expuesto anteriormente justifica la utilización de programas terapéuticos concretos (Fawzy, Holland, Moorey y Greer, Spiegel, Temoshok, etc.) no justifica fallos metodológicos presentes en una gran parte de estudios. Es cierto que la intervención psicológica no puede exigir estudios con controles doble ciego, como se hace en algunas investigaciones clínicas de otro tipo, pero si pueden tener cuidado en una serie de aspectos que son fáciles de corregir y que, como vemos anteriormente, son tenidos en cuenta en muy pocos estudios.

Es cierto que la comprobación empírica de si una forma de tratamiento es mejor que otra es un paso posterior en la investigación sobre psicoterapia, quizá por ello, si bien no podemos afirmar que forma de terapia es la mejor, si podemos concluir, a partir de los estudios revisados, que las psicoterapias de grupo parecen haber de-

mostrado mayor eficacia que las individuales; que las intervenciones más cortas suelen ser mejor que las más largas; que los terapeutas que tienen más experiencia suelen ser los que consiguen mejores resultados y esto independientemente de la formación teórica que posean y que, en general, suelen beneficiarse más de la intervención terapéutica los enfermos que se encuentran en un estadio más avanzado de la enfermedad, incluidos los terminales.

Sin embargo, estas conclusiones debemos tomarlas con precaución, puesto que si bien nuestra disciplina no permite realizar, fácilmente, estudios «doble ciego», en parte por su propio objeto de estudio, aparecen otros problemas metodológicos, algunos de los cuales se exponen en la **Tabla 3** que si podrían subsanarse con facilidad

Tabla 3. *Problemas metodológicos más frecuentes en las investigaciones sobre Intervención Psicológica*

- Asignación aleatoria de los participantes a los grupos
- Especificación de la forma de aleatorizar
- Tamaño de las muestras (especificación de la forma para determinar el tamaño de la muestra)
- Especificación de criterios de inclusión y/o exclusión
- Razones para el abandono del programa (mortalidad de la muestra)
- Análisis de la homogeneidad de los grupos antes de la intervención
- Especificación y razonamiento de la estadística utilizada
- Especificación del tipo de enfermos (localización, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento que están realizando, etc.)
- Especificación de la magnitud del efecto del tratamiento
- Especificación del tiempo de seguimiento

PROBLEMAS PRÁCTICOS

A pesar de que vivimos en la llamada sociedad de la información, todavía es un hecho hoy, que el acudir a recibir asistencia psicológica estigmatiza a las personas. Es cierto que en la actualidad, ya no se les conceptúa como locos, orates o chiflados, pero sin embargo, persiste en nuestra mente el pensar que las personas que requieren ayuda son débiles o que, por lo menos no saben enfrentarse a los problemas que presenta la cotidianidad de la vida. Teniendo esto

en cuenta, no es raro que una persona que ha sido diagnosticada de cáncer y que ha de someterse a distintos tratamientos, tema el ser enviada a tratamiento psicológico.

Así pues, uno de los problemas prácticos al que ha de enfrentarse el psico-oncólogo, es que, en ocasiones, no existe personal especializado en psicoterapia en su centro de trabajo, lo que implicaría tener que derivar al enfermo a otro lugar para su tratamiento. Es esto lo que ha llevado a que muchos de los profesionales que trabajan en oncología, ya sean oncólogos (Simonton), psicólogos (Baider, Moorey) o psiquiatras (Fawzy, Spiegel) hayan creado sus propias formas de terapia para ayudar a los enfermos con cáncer. A pesar de ello, la falta de preparación de muchos oncólogos para detectar problemas psicológicos *específicos* en sus enfermos, o para atribuirlos a consecuencias de la enfermedad cancerosa hace que la intervención del psicólogo sea dificultosa en algunos momentos. También está la propia dificultad del enfermo para detectar si sus problemas están directamente relacionados con su enfermedad (miedo al diagnóstico, a los tratamientos, a los efectos secundarios de los mismos, al dolor, a la muerte, etcétera) o con las consecuencias que la misma tiene sobre su vida (pareja, familia, trabajo, amigos, etcétera) o bien eran conflictos que existían previamente (ansiedad, depresión, desamparo, etcétera) y que se han agravado o reactivado con la enfermedad, todas estas situaciones tienen que ser evaluadas y atendidas cuidadosamente por el psicólogo, aun cuando, a veces, no pueda proporcionar la respuesta adecuada.

No menos problemático, a niveles práctico, está el tema del tiempo; es decir, el enfermo oncológico tiene, en muchos casos, que atender a diversos procesos dentro del hospital, desde acudir a someterse a distintas pruebas, antes, durante y después del diagnóstico, hasta acudir a recibir el tratamiento quimioterapéutico o radioterápico. Si al tiempo dedicado a esto le añadimos el tiempo que debe utilizar para acudir a un tratamiento psicológico, nos encontramos con que el enfermo está viviendo para su enfermedad, sin tener tiempo para realizar otro tipo de actividades que también contribuyen a mejorar su calidad de vida (pareja, familia, hijos, trabajo, ocio, etcétera) Esto debe de convertirnos en muy prudentes a la hora de ofrecer un tratamiento psicológico.

Junto a todo ello, la necesidad de incorporar, en algunas ocasiones, a algún miembro de la familia al tratamiento psicológico, complica aún más si cabe la problemática de la intervención. El tiempo, el lugar, el tipo de terapia, la información que poseen los participantes en la misma, son aspectos que también deben de tenerse en cuenta al aplicar una intervención psicológica.

Por último, y no por ello menos importante, si tenemos en cuenta que la intervención psicológica se realiza, fundamentalmente, con mujeres con cáncer de mama, es necesario que sepamos que las mujeres que más problemas tienen son las casadas y con hijos (Baider, 2003, 2005) ya que la preocupación que tiene acerca de lo que les sucederá a estos si a ella le pasa algo es uno de sus principales problemas. Junto a ello, se encuentra una mayor percepción de soledad de las mujeres, lo que hace que éste sea un tema importante a la hora de la intervención psicológica, máxime si tenemos en cuenta que el *apoyo social*, es una variable moduladora en la caso del cáncer.

PROBLEMAS CONCEPTUALES

No es este ni el momento ni el lugar para adentrarnos en el complejo tema de los conceptos, el secreto de las palabras nunca debería haber sido descubierto. Sin embargo, si vamos a hacer un breve retazo de lo que ocurre con ellas en el caso que nos ocupa.

Cáncer, intervención, psicológica, enfermos, son palabras con múltiples significados según la cultura y el momento histórico en el que las pronunciamos, pero no sólo eso, sino que además también presentan un significado distinto según el gremio profesional al que pertenezcamos, incluso aunque no haya polémica entre ellos. Es decir, la palabra cáncer se utiliza en diversos contextos con significados muy diversos. Así, para un oncólogo la palabra cáncer carece de significado sino se especifica localización y estadio, pues esto modifica no sólo la posible etiología y diagnóstico de la enfermedad, sino también su tratamiento, evolución y pronóstico. Ese mismo oncólogo entiende la palabra intervención, tal y como se señala en algunas acepciones del diccionario de la R.A.E. como operación quirúrgica o bien como interponer su autoridad, lo psicológico como algo a lo que no puede abarcar y al enfermo como a aquella persona que padece o tiene una enfermedad.

Por su parte el psicólogo, ve la intervención psicológica en enfermos de cáncer, como un problema de psicología clínica, buscando en el mismo la ansiedad y/o depresión que suele acompañar a los enfermos crónicos, sin tener en cuenta las características especiales y específicas que tiene el ser un enfermo de cáncer, por ello, no se preocupa, en principio, ni de la localización ni el estadio del tumor sino que, de acuerdo a sus conocimientos, aplica las técnicas terapéuticas más eficaces para los problemas que observa.

Por ello es necesario el psico-oncólogo, y por ello también, puede ser psico-oncólogo, tanto un oncólogo, como un psiquiatra como un psicólogo; es decir, es necesario que sean personas que tengan formación tanto en psicología como en oncología, personas que sepan la problemática del consejo genético en el cáncer, personas que conozcan bien las distintas problemáticas que aparecen en las distintas fases de la enfermedad o durante su tratamiento, personas que sepan las repercusiones psicológicas que aparecen según las distintas localizaciones y según los estadios y que, al mismo tiempo, hayan aprendido técnicas terapéuticas específicas, de índole psicológica, para la resolución de dicha problemática.

Por otro lado, como señalan Holland y colaboradores (2000) la intervención psicológica en el enfermo con cáncer, tiene un especial significado para él, ya que le lleva a plantearse preguntas tales como ¿merece la pena tanto esfuerzo? ¿volveré a ser el mismo? ¿me estaré convirtiendo en un hipocondríaco? ¿seré una persona débil? Todas estas preguntas surgen en la mente del enfermo oncológico normalmente, pero cuando enviamos a un enfermo a buscar ayuda psicológica, adquieren aún mayor relevancia ya que, de alguna forma, pueden llevar a que el enfermo piense que sus sospechas se han confirmado; es decir, que no merece la pena los esfuerzos que está haciendo para superar su cáncer, que no es el que era, que es un hipocondríaco y que es una persona débil y sin recursos. Precisamente es tarea de la intervención psicológica el ayudar al enfermo a recuperar su estatus previo y ayudarle a aclarar el significado de tales preguntas.

PROBLEMAS TEORÉTICOS

En la conferencia que Jimmie C. Holland pronunció en la entrega de premios de 2003 de la *American Cancer Society* afirmaba que la investigación en psico-oncología careció, en sus primeros momentos, de un modelo teórico en el que sustentarse. La misma autora presenta, en dicha conferencia, un modelo que más bien parece un esquema para recoger datos de investigaciones que un auténtico modelo teórico, de hecho, ella misma lo presenta como un modelo de investigación de calidad de vida en el campo de la psico-oncología. Sin embargo, la misma autora afirma, en esta conferencia, que el distress psicológico debe ser evaluado de acuerdo a las guías de práctica clínica, asimismo afirma que deben de crearse comités que pongan en marcha normas para el tratamiento adecuado del distress.

¿Qué nos dice todo ello? La respuesta parece clara que aún no existen modelos teóricos ni a nivel de explicación de cómo funcionan las variables psicológicas en la aparición, progresión y recurrencia del cáncer, ni a nivel de intervención psicológica. Los modelos de intervención que veremos a continuación, son una mera adaptación de las técnicas terapéuticas utilizadas en psicología clínica al enfermo oncológico, su eficacia está comprobada a nivel de estudios con enfermos bien deprimidos o bien ansiosos, sin embargo, son pocos los trabajos realizados, con enfermos oncológicos, para comprobar su eficacia o para averiguar cuáles son los componentes que funcionan.

Es decir, la intervención psicológica en psico-oncología se encuentra, hoy por hoy, en una encrucijada grave, por un lado, ha demostrado su eficacia en mejorar la calidad de vida de los enfermos con cáncer e incluso se habla de mejoras en el tiempo de supervivencia aún cuando esto no se ha demostrado, pero, por otro lado, carece de modelos y teorías específicos que justifiquen no solo su eficacia sino también el cómo y por qué funciona. La utilización de modelos procedentes de otros campos como son la psicología clínica, la psicología de la salud o la psicología social, puede resultar útil al inicio de una disciplina pero, en la actualidad, la psico-oncología ya ha cumplido la mayoría de edad, por lo que urge el crear modelos y teorías propias que justifiquen su existencia como disciplina independiente.

CONCLUSIONES

Vivimos en un mundo cambiante, los cambios sociales se producen en la actualidad con una velocidad mayor a la conocida hasta ahora (Seoane, 2005) hasta el punto de que muchos de los problemas planteados por la psico-oncología, en sus inicios, se han modificado. Así ha dejado de hablarse de la trilogía maldita cáncer-dolor-muerte, ya que hoy en día se curan, aproximadamente, un 70% de todos los cánceres; a pesar de ello, son aún muchos los enfermos oncológicos que siguen necesitando asistencia psicológica. También se ha ido amortiguando el estigma de decir que se tiene un cáncer, la aparición en los medios masivos de comunicación de personalidades recibiendo tratamiento para el cáncer (la mujer del presidente de EE.UU Gerald Ford., el propio presidente Ronald Reagan, el papa Juan Pablo II) o entre nosotros Miriam Suárez, Joan Manuel Serrat o Rocio Jurado entre otros, ha ayudado a la gente a liberarse del estigma social que significaba el ser un enfermo de cáncer; a pesar de ello, son aún muchos los enfermos oncológicos que siguen necesitando asistencia psicológica.

Por otro lado, son ya numerosos los movimientos sociales que se han creado para reivindicar una atención integral para el enfermo de cáncer, además de las asociaciones de auto-ayuda de los propios enfermos, existen asociaciones de familiares, e incluso asociaciones profesionales que reclaman ese tipo de asistencia. El cáncer ha dejado de ser, de hecho, un programa prioritario en las distintas administraciones norteamericanas, al ser sustituido por el SIDA, como lo demuestra la creación en 1986 de la *American Society of Psychosocial and Behavioral Oncology/AIDS.*; sin embargo, ha comenzado a crearse una conciencia social intensa en las sociedades europeas, que han comenzado a entender que la intervención psicológica en el enfermo con cáncer, es un tratamiento más que debe ofrecerse al enfermo si se quiere aplicar una atención global al enfermo.

Junto a ello cada vez son más los enfermos que son atendidos fuera del hospital, liberándose de esa manera, de la burocratización del mismo (Seoane, 1989) También han empezado a aparecer cada vez más noticias, en los medios masivos de comunicación, acerca de los problemas del consejo genético, el estudio del genoma huma-

no está comenzando a permitir que las terapias cada vez sean más específicas para cada enfermo. Sin embargo, y como ocurre normalmente, la aparición de nuevas y mejores técnicas de diagnóstico y tratamiento médico, también introducen una problemática mayor para el enfermo, cada vez tiene que tomar más decisiones, cada vez necesita procesar mayor cantidad de información para saber que decisión tomar y cuál es la más correcta, en unos momentos en que, como se pone de manifiesto en diversos estudios psicológicos, la ansiedad es tan alta que impide tomar decisiones de forma racional. Por ello, cada vez se necesita más la intervención psicológica.

Llegado este momento se puede uno preguntar qué es lo que hace que el cáncer sea distinto al resto de las enfermedades crónicas, podemos hablar de la situación de desamparo e impotencia que crea. Como hemos señalado en otras ocasiones, el cáncer es un auténtico paradigma de Helplessness tal y como fue postulado por Seligman a nivel experimental; es decir, el cáncer implica una situación incontrolable, impredecible e inescapable, características que no son comunes a muchas enfermedades, eso es lo que le convierte en un problema no sólo para el sujeto sino también para la especie humana, y, por ello es tan terrible.

A pesar de todo lo expuesto hasta aquí, y a pesar de que la intervención psicológica ha demostrado su eficacia en la mejoría de la calidad de vida de estos enfermos, debemos subrayar, como investigadores, que aún hay muchas lagunas en nuestros trabajos de investigación de psico-oncólogos, aún cuando nuestra eficacia como prácticos clínicos esté suficientemente probada. Sigue siendo válida la afirmación de que para la investigación «no hay nada mejor que una buena teoría» y eso, a pesar del esfuerzo de muchos, aún está por hacer en Psico-Oncología.

BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, N.K.-Beckmann, J.H. (1987): *The Quality of Life of the Cancer Patient*. Raven Press, New York
- Ader, R. (1981): *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, New York
- Baider, L. (2005): women diagnoses with breast cancer. Psychological Dimensions. En Ibáñez-Blanco: *La mujer ante el cáncer de mama*. UIMP, Valencia
- Baider, L. et al. (2001): Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *General Hospital Psychiatry* 23: 272–277
- Bridge, L.R., Benson, P., Pietroni, P.C. and Priest, R. (1988) Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. *Br. Med. J.* 297, 1169–1172.
- Burton, M.V., Parker, R.W., Farrell, A., Bailey, D., Conneely, J., Booth, S. and Elcombe, S. (1995) A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology* 4, 1–19.
- Cooper C.L. (ed.) (1988): *Stress and Breast Cancer*. John Wiley and Sons, New York
- Cain, E.N., Kohom, E.I., Quinlan, D.M., Latimer, K. and Schwartz, P. (1986) Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 57, 183–189
- Carlson, L. E.-Bultz, B.D. (2003): Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:8
- Decker, T.W., Cline-Elson, J. and Gallagher, M. (1992) Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *J. Clin. Psychol.* 48, 388–393
- Edgar, L., Rosberger, Z. and Nowlis, D. (1992) Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer* 69, 817–828.
- Engel, G. (1977): The need for a New Medical Model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136
- Fawzy F.I. (2005) Psychosocial Interventions in Cancer Cure. En Ibáñez-Blanco: *La Mujer ante el cancer de mama*. UIMP, Valencia
- Fawzy F.I., Fawzy N.W., et al (1995): Critical review of psychosocial interventions in cancer care *Archives of General Psychiatry*, 52:100-113

- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J., Watson, M., Robertson, B., Mason, A., Rowden, L., Law, M. and Bliss, J. (1992) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *Br. Med. J.* **304**, 675–680.
- Greer, S.- Morris, T. (1975): Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A Controlled Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153
- Greer, S. (1994): Psycho-oncology: Its Aims, Achievements and Future Task. *Psycho-oncology*, vol3, 87-101:
- Greer, S.- Burgess, C. (1987): A Self-esteem Measure for Patients with Cancer. *Psychology and Health*, 1, 327-340.
- Greer, S.- Morris, T. y Pettingale, K. W. (1979): Psychological Response to Breast Cancer. Effect on Outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
- Greer, S.- Watson, M. (1985): Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Holland, J. C., Lewis, S.. (2000): *The Human Side of Cancer*. Harper Collin Publishers, New York
- Holland, J. C. (2002): History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine* 64:206–221
- Holland, J. C., (2003): Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 23s (December 1 Supplement), 2003: pp 253s-265s
- Holland, J. C., Morrow, G. R., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S., Carpenter, P., Breitbart, W. and Feldstein, M. (1991) A randomized clinical trial of Aprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J. Clin. Oncol.* **9**, 1004–1011.
- Holland, J. C.- J. H. Rowland (eds.) (1989): *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press, New York-Oxford.
- Ibáñez, E. (1996): Breve Historia de la Psicooncología. En Usieto, R. (Ed): *Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mama*. CESA, Madrid (pp.91-115)
- Ibáñez, E. (2004): El papel del Psicólogo en los Planes Nacionales de Oncología. *Boletín de Psicología*, 82, 7-24

- Ibáñez, E.-Romero, R. (1995): Cambio de la imagen corporal en el enfermo neoplásico. En Gonzalez-Barón, et al. (Eds.): *Tratado de Medicina Paliativa*. Editorial Médica Panamericana, Madrid
- Ibáñez, E. (1989): Psicología Oncológica: un panorama a vuelapluma. En E. Echeburúa (dir.): *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Ibáñez, E. (1991): Estilos de Vida y Enfermedad. Historia y Vicisitudes de un concepto. En Ibáñez (Ed.) (1991): *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Promolibro, Valencia (pp. 11-21)
- Ibáñez, E.-Durá, E. (1986): La Relación Médico-paciente en Psicología Oncológica. En Ibáñez-Belloch (Ed.) (1989): *Psicología y Medicina*. Promolibro, Valencia (pp. 9-21)
- Larson, M.R. et al. (2000): A presurgical psychosocial intervention for breast cancer patients: psychological distress and the immune response. *Journal of Psychosomatic Research* 48 : 187–194
- Linn, M.W., Linn, B.S. and Harris, R. (1982) Effects of counselling for late stage cancer patients. *Cancer* 49, 1048–1055.
- McArdle, J.M.C., George, W.D., McArdle, C.S., Smith, D., Moodie, A., Hughson, M. and Murray, G. (1996) Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomized study. *Br. Med. J.* 312, 813–817.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J., Robertson, B., Mason, A., Rowden, L., Tunmore, R., Law, M. and Bliss, J. (1993) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcomes at one year. *Psycho-Oncology* 3, 39–46.
- Moorey, S.-Greer, S. (1989): *Psychological Therapy for patients with cancer*. Heinemann Medical Books, London
- Seligman, M.E.P. (1975): *Helplessness: On depression, development, and death*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Sellick, S.M.-Dauna L.C. (1999): Depression And Cancer: An Appraisal Of The Literature For Prevalence, Detection, And Practice Guideline Development For Psychological Interventions. *Psycho-Oncology* 8: 315–333
- Seoane, J. (2005): Psicología: El siglo XX como Psicología. En Garrido, M. (Ed.): *El Legado Filosófico del Siglo XX*. Tecnos, Madrid
- Shields, et al., (2004): A Pilot Study of an Intervention for Breast Cancer Survivors and Their Spouses. *Fam Proc* 43:95–107, 2004

- Simonton, O.C.-Simonton, S.-Creighton, J. (1978): *Getting well again*. J.P. Tarcher, Los Angeles
- Spiegel, D., Bloom, J.R. (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45; 333-339.
- Spiegel K, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2: 888-891
- Taylor, et al. (2003): Hypnotherapy and cognitive-behaviour therapy in cancer care: the patients' view. *Psycho-Oncology* 8: 315-333 (1999)
- Temoshok, L. (1987): Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshok, L.-Dreher, H. (1992): *The Type C Connection*. Random House, New York
- Weisman, A. et al., (1975): Psychosocial Analysis of Cancer Deaths. *Omega* 6(1):61-75.

