

S. Barroilhet Díez¹
M. J. Forjaz²
E. Garrido Landívar²

Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer

¹ Escuela de Psicología
Universidad de Los Andes
Santiago de Chile

² Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra

En la atención al paciente diagnosticado de cáncer se tienen en cuenta cada vez más el impacto de los factores psicológicos. En esta revisión nos centramos en los modelos explicativos y factores involucrados en la adaptación psicosociales al cáncer. En cuanto a los primeros, se presentan las últimas revisiones del paradigma de estrés y afrontamiento aplicado a la psicooncología. A este respecto se profundiza en los mecanismos psicológicos que permiten manejar el sufrimiento emocional relacionado con el cáncer y que determinan los distintos grados de adaptación a la enfermedad, complementándose esta explicación con ejemplos. Por otro lado, se discute la influencia de varias variables en la adaptación al cáncer, que hemos agrupado en variables socioculturales, psicológicas y médicas. Las variables socioculturales permiten identificar qué pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de malestar psicológico. Entre las variables psicológicas encontramos las distintas estrategias de afrontamiento, la historia psiquiátrica, malestar psicológico y las preocupaciones y miedos. El impacto de las variables socioculturales y psicológicas se ilustra con dos casos ejemplo. Las variables médicas están relacionadas con el estadio de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Finalmente, se discute de qué modo estos modelos, conceptos y factores permiten diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente.

Palabras clave:
Cáncer. Psicooncología. Adaptación. Revisión.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(6):390-397

Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation

The impact of psychological factors is increasingly taken into consideration in cancer patient care. In this review, we focus on the explicative models and the factors involved in psychosocial adaptation to cancer. Con-

cerning the former, we present the latest reviews on stress and coping paradigm as applied to psycho-oncology. Specifically, we discuss the psychological mechanisms that make it possible to manage emotional distress related with cancer and that determine the different degrees of adaptation to the disease. This explanation is illustrated with two examples. On the other hand, the role of several variables that influence adaptation to cancer, grouped as sociocultural, psychological and medical variables, is discussed. Sociocultural variables make it possible to identify which patients have an increased risk of developing psychological distress symptoms. The psychological variables, include the different coping strategies, psychiatric history, psychological distress and concerns and fears. The impact of sociocultural and psychological variables is illustrated with two case examples. The medical variables are associated with the disease stage, treatment and prognosis. Finally, we discuss in what way these models, concepts and factors allow for design interventions adapted to the specific needs of each patient.

Key words:
Cancer. Psycho-oncology. Adaptation. Review.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que demanda importantes recursos y exige una optimización en la eficacia y eficiencia de las intervenciones. En este sentido, la consideración de los aspectos psicológicos y sociales en el manejo integral y multidisciplinario del fenómeno oncológico está cobrando una importancia cada vez mayor¹.

El estudio sistematizado respecto a estos dos aspectos es reciente y constituye una de las más prolíficas áreas de investigación en psiquiatría y psicología médica en la actualidad. La psicooncología, como se ha denominado a este cuerpo de conocimiento, se centra en el conocimiento de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer desde dos perspectivas²: a) los aspectos psicológicos, sociales y conductuales que influyen en la morbilidad y la morta-

Correspondencia:
Sergio Barroilhet Díez
Escuela de Psicología
Universidad de Los Andes
Santiago de Chile
Correo electrónico: sbarroilhet@uandes.cl

lidad (perspectiva psicobiológica), y *b*) las respuestas psicológicas de los pacientes y sus familias frente a cada una de las etapas de la enfermedad (perspectiva psicosocial). La primera perspectiva es especialmente útil, ya que estudia los factores que predisponen al desarrollo de la enfermedad oncológica en personas sanas y que tienen que ver con comportamientos, hábitos y estilos de vida. Es de particular interés para identificar poblaciones de riesgo e idear estrategias de prevención o detección precoz. Sin embargo, en la atención de enlace generalmente tratamos a pacientes en proceso de diagnóstico, ya diagnosticados, o con enfermedad en curso, por lo que en esta revisión nos referiremos mayormente a la segunda perspectiva.

El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer está ciertamente ligado a la psicobiografía y al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevenir la enfermedad. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan incommensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente el sentido último de su existencia. Según Spencer et al.³, más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer series de acontecimientos estresantes interconectados.

Durante los últimos años el creciente conocimiento acerca de la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el paciente oncológico ha contribuido a generar una conciencia con respecto a su importancia en la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad⁴ y a incluir intervenciones psicosociales como parte integral del tratamiento oncológico⁵. Es nuestro interés entonces revisar las últimas aproximaciones teóricas y los factores psicosociales asociados con relación a la adaptación psicosocial al cáncer.

Conceptos y teorías: estado actual

En las guías del National Cancer Institute⁶ se define «ajuste» o «adaptación psicosocial» al cáncer como un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida con cáncer. La adaptación normal o exitosa ocurre en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funciona-

miento, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado e importancia para ellos.

Según Holland⁷, la psicooncología se centra en el «sufrimiento de la mente» que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma. Sin embargo, actualmente no existe un modelo unitario que incorpore todos los factores que influyen en este sufrimiento asociado al cáncer. Últimamente ha ganado aceptación el «paradigma de estrés y afrontamiento» aplicado originalmente a los pacientes con sida y sus cuidadores^{8,9}, el cual ha sido adaptado al cáncer aportando un marco conceptual que permite comprender el proceso de afrontamiento de una enfermedad mortal, el «sufrimiento de la mente» que la acompaña y de las pérdidas que ella conlleva. El modelo de Folkman⁹ actualizado por Holland⁸ se muestra en la figura 1.

Según Folkman y Greer⁹ los pilares de este modelo son dos procesos: «valoración» y «afrontamiento». La valoración (del inglés *appraisal*) tiene que ver con la evaluación individual del significado personal de un evento dado y la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo. El proceso de valoración se basa en la suposición de que las personas están constantemente evaluando su relación con el ambiente. La valoración de un determinado evento influye en las emociones y el afrontamiento subsecuentes.

El proceso de estrés comienza cuando la persona se da cuenta de que padecer cáncer es un hecho altamente probable o bien es ya una certeza. En ese instante el individuo toma conciencia de un cambio, o una amenaza de cambio, en el estado de sus metas y preocupaciones tal como las concebía hasta ese momento. La valoración de este cambio actual o posible debido al cáncer incluye una evaluación de su significado personal (puede tener un significado de daño o pérdida reales, de un daño o pérdida posibles o bien significará un desafío personal) a lo cual se llama «valoración primaria», y una evaluación de las opciones de afrontamiento, a lo que se llama «valoración secundaria». Las valoraciones primarias están influidas por las creencias y valores personales del paciente. Las valoraciones secundarias tienen que ver con el grado en que el individuo puede controlar o cambiar la situación generada por el cáncer. Por ejemplo, la recurrencia de un cáncer de colon conducirá a una valoración de una combinación de daño (a su ánimo, esperanza, confianza, a su familia), amenaza (a su salud a corto plazo, a su vida a corto o medio plazo, a su autonomía, al bienestar económico de su familia) y pérdida (del control, de su salud física, de sus proyectos de futuro, etc.).

Por su parte, el afrontamiento (del inglés *coping*) se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer,

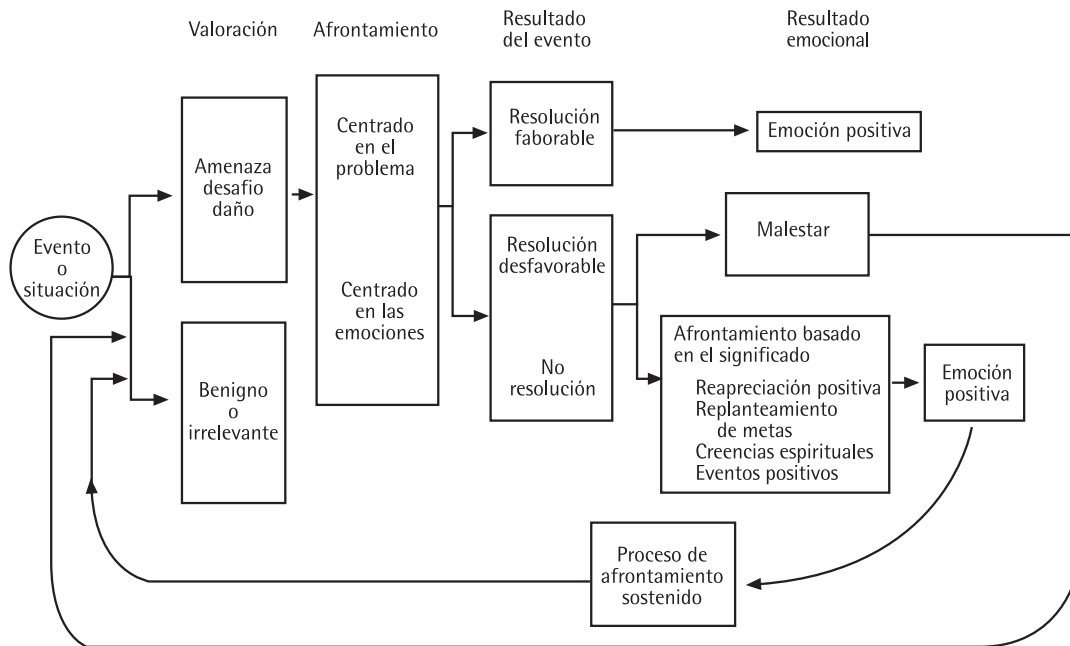


Figura 1 | Modelo de Folkman, tomado del modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman⁸ actualizado por Holland (2002)⁷.

para lo cual puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento principales: estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en los problemas y estrategias centradas en el significado⁶. Las primeras ayudan a los pacientes oncológicos a regular su grado de sufrimiento emocional (p. ej., evitación, escape, búsqueda de soporte social, distanciamiento), las segundas les ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento (p. ej., a través de búsqueda de información, resolución de problemas pendientes) y las terceras les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas. Las personas varían sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la intensidad de su respuesta emocional y de su habilidad para regularla, de las oportunidades para la resolución de problemas en cada situación y de los cambios en la relación persona-entorno a medida que se desenvuelve la situación.

Por otro lado, el estilo de afrontamiento se refiere a la estrategia más común, más frecuente y más a largo plazo que tiende a utilizar el individuo para lidiar con las distintas situaciones de la vida, lo cual está estrechamente relacionado con su disposición general y personalidad. Estudios prospectivos respecto de los distintos estilos de afrontamiento han logrado identificar varias categorías, las cuales se han asociado significativamente al resultado posterior de la enfermedad. Estas categorías se validaron en pacientes con distintos tipos de cáncer a través del cuestionario de Adaptación Mental al Cáncer (MAC), el cual define cinco estrategias de afrontamiento principales: espíritu de lucha, evitación/nega-

ción, aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza^{10,11}. En una revisión de la literatura, Watson y Greer¹² concluyen que la aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza están significativamente relacionados con la obtención de peores resultados en la enfermedad. El espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad. La evitación/negación representa el rechazo del paciente ante el diagnóstico de cáncer, minimizando frecuentemente la gravedad del diagnóstico y evitando pensar en ello. Los pacientes con aceptación estoica asumen el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. En la preocupación ansiosa los pacientes buscan frecuentemente que les tranquilicen ya que sienten una ansiedad constante por el cáncer y presentan una tendencia a interpretar el malestar físico como señal de que la enfermedad se está desarrollando. Por último, el desamparo/desesperanza describe pacientes que adoptan una actitud completamente pesimista, abrumadas por el diagnóstico y con voluntad de darse por vencidas. En un estudio longitudinal de 70 mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales¹³, las mujeres que afrontaban el cáncer a través de una aceptación activa mostraban mejor adaptación a lo largo del tiempo. Por otro lado, el afrontamiento por evitación predijo un mayor miedo a la recurrencia del cáncer.

El afrontamiento influye en el resultado de la situación y en la valoración de ella por parte del individuo. El resultado positivo de una situación determinada conducirá a una valoración de beneficio, emociones positivas y un término del

afrontamiento específico para esa situación. Por el contrario, el afrontamiento no cesa en situaciones de resultado insatisfactorio.

Volvamos al ejemplo del paciente que experimenta una recurrencia de su cáncer de colon. Este paciente vuelve a revalorar la realidad que se le presenta. Una valoración secundaria que conduzca a un mayor control («puedo hacer algo») se asociará con un afrontamiento predominantemente centrado en el problema, como búsqueda de información, utilización de estrategias de resolución de problemas y empleo de acciones directas hacia este objetivo. Por el contrario, una valoración secundaria que derive en un menor control («es poco lo que yo puedo hacer») se asociará con el empleo de estrategias de afrontamiento centradas predominantemente en las emociones, tales como evitación, negación, búsqueda de apoyo social o distanciamiento.

Las estrategias de afrontamiento empleadas pueden no resultar eficientes para controlar el estrés y el consecuente malestar emocional. Esto puede ocurrir debido a que la situación se mantiene o sigue empeorando (como en el caso anterior) o bien a que la estrategia de afrontamiento empleada no fue lo suficientemente adecuada, proporcional y/o persistente como para controlar el estrés. Éste puede ser el caso, por ejemplo, de una cirugía por un cáncer de cabeza y cuello, situación en que se ven afectados aspectos de diversa significación para los pacientes, tales como el atractivo físico, la interacción y aceptación social, la autoestima, y en el caso de algunas afecciones faciales, la expresión emocional, presentando dificultades para hablar, tragar, controlar la saliva, etc. Para la mayoría de las personas es una cirugía de consecuencias difíciles de afrontar, independientemente de los recursos psicosociales¹⁴, ya que es un cáncer que no puede ser ocultado.

Por último, Folkman⁸ sugiere que cada individuo desarrolla un «significado global», influido por las creencias, valores, metas y autoimagen, y que evoluciona y persiste a lo largo de la vida. Los valores globales se ven amenazados por una situación catastrófica, como el diagnóstico de cáncer o la pérdida de un ser querido, lo cual tiene un «significado situacional». El afrontamiento se dirige entonces hacia conciliar el «significado global» (existencial) con el «significado situacional» a través de valoraciones y revaloraciones en las que se recurre a determinadas estrategias de afrontamiento con el fin de llegar a un nuevo equilibrio que permita un afrontamiento continuado⁷. Un ejemplo sería un guitarrista que requiere la amputación de un brazo por un osteosarcoma. El guitarrista deberá reconciliar esta pérdida a fin de hacerla adecuada a sus metas vitales o alterar su significado global para incorporar la pérdida.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL CÁNCER

En el momento del diagnóstico de cáncer es muy importante tener en cuenta los recursos psicológicos y sociales con

que cuentan el sujeto y su familia para afrontar la enfermedad y el tratamiento. La eficacia de los tratamientos de cáncer se mide no sólo en términos del período de remisión de la enfermedad y del tiempo de supervivencia, sino también en términos de la calidad de vida del paciente, su funcionamiento social y familiar y el grado de ausencia de malestar físico y psicológico. Todo ello depende a su vez de una adecuada adaptación psicosocial al fenómeno oncológico.

Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer, es decir, que influyen sobre las valoraciones y configuran estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, se pueden dividir en tres grandes grupos: variables referentes al contexto sociocultural, variables psicológicas y variables médicas¹⁵. A continuación revisaremos la contribución de algunos estudios al conocimiento de la influencia de estas variables sobre la adaptación psicosocial al cáncer y su relación con el curso y resultado de la enfermedad.

Variables relativas al contexto sociocultural

Parle et al.¹⁶ identificaron varios factores pertenecientes al ámbito sociocultural que se asociaron al malestar psicológico en pacientes con cáncer de mama, como, por ejemplo, la menor edad, pobre apoyo social, dificultades familiares, problemas relacionales, hijos menores de 21 años, dificultades económicas y la presencia de otros sucesos vitales estresantes. En otro estudio, de 321 personas mayores que sobrevivieron a un cáncer, Bowman et al.¹⁷ observaron que las personas más jóvenes y con mayor malestar familiar consideraron el diagnóstico de cáncer como un suceso más estresante en comparación con los demás participantes. Por otra parte, en una muestra heterogénea de 351 pacientes oncológicos que venían a una visita médica de seguimiento, Parker et al.¹⁸ hallaron que los pacientes de mayor edad y con más apoyo social presentaban menos síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo, los pacientes de mayor edad, casados, con mayor nivel educacional y mayor apoyo social refirieron una mejor calidad de vida en cuanto a salud mental. Según este estudio, estar casado es un factor protector de depresión, pero no de ansiedad. Los pacientes con mayor apoyo social refirieron menos ansiedad y depresión y mejor calidad de vida en cuanto a la salud mental, independientemente de las variables demográficas y médicas. Sin embargo, específicamente con respecto de las variables sociodemográficas, Denollet¹⁹ afirma que su relación con el malestar emocional asociado al cáncer es todavía inconsistente.

Otro factor perteneciente al ámbito sociocultural que hay que tener en cuenta es la etapa del ciclo vital en que se encuentra el paciente. Éste es un factor determinante para la valoración que hará el sujeto del evento ligado al cáncer en cualquiera de sus etapas y para las estrategias de afrontamiento que elegirá a fin de controlar el estrés asociado al cáncer²⁰. Más aún, se ha demostrado que la etapa del ciclo vital influye determinadamente en la toma de decisiones por parte del paciente y su familia²¹. Por ejemplo, el poten-

cial efecto secundario de infertilidad asociado a ciertos tratamientos es un factor importante para una joven de 20 años, pero no para una mujer posmenopáusicas.

La valoración de los eventos ligados al cáncer también está influenciada por la cultura del individuo²². En un estudio realizado a 800 adultos mayores de 64 años se observó que la mayoría de los individuos afroamericanos y norteamericanos de origen europeo creían que los pacientes debían ser informados del hallazgo de un cáncer metastásico, del pronóstico de una enfermedad terminal, y debían ser tenidos en cuenta en las decisiones en las fases finales de la enfermedad. Por el contrario, los norteamericanos de origen coreano y mexicano se mostraron renuentes a esta visión, prefiriendo que la familia se enterase primero y guiase la toma de decisiones²³. Asimismo, los navajos en Estados Unidos ven que esta discusión de información negativa puede entrar en conflicto con conceptos sagrados en su cultura²⁴.

La influencia de los factores socioculturales se hace patente en los dos ejemplos ilustrativos que se presentan a continuación. Se trata de dos mujeres que fueron diagnosticadas recientemente de cáncer de mama: Carmen y Blanca.

Carmen es una mujer de 35 años que inmigró de Colombia a España hace 2 años con su marido y sus dos hijos. Trabaja limpiando domicilios particulares, llevando consigo a su hija menor de 2 años, ya que dice que una guardería sería un gasto difícil de costear. Su hijo mayor, de 12 años de edad, va al colegio y no había tenido dificultades hasta que su padre se fue de casa hace 6 meses. La pareja está en este momento en proceso de divorcio. Cuando tiene tiempo, a Carmen le gusta entretenerse escribiendo a su familia y amigos de Colombia, ya que en España se siente un poco sola.

Blanca tiene 55 años y vive con su marido y su hija menor, de 23 años, que cursa el último año de medicina. Blanca es ama de casa y su marido trabaja en el negocio familiar. Tienen dos hijos más, uno casado, que vive con su mujer cerca de los padres, y otra soltera, que estudia en otra ciudad. Blanca dice que su familia es una familia muy unida y que le gusta juntarse con sus hermanas y cuñadas, que también viven en la misma ciudad. Además dice disfrutar mucho de un viaje anual que hace con su marido al extranjero.

Variables psicológicas

Según Meyerowitz²⁵, las variables psicológicas se pueden agrupar a su vez en tres grandes áreas: preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida y malestar psicológico. Además, podemos considerar en este apartado otras dos variables importantes, como el tipo de estrategia de afrontamiento utilizado¹² y la historia de trastornos psiquiátricos anteriores.

Durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer las preocupaciones y miedos varían según las circunstancias. Al ini-

cio, los miedos pueden tener más relación con la intervención quirúrgica o con la alteración de la imagen corporal. Más tarde, los pacientes presentan miedo a la recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, el miedo a la muerte puede estar presente durante todas las etapas de la enfermedad.

Los cambios de estilo de vida aparecen como consecuencia de la adaptación a nuevas rutinas y horarios impuestos por el tratamiento y las visitas al hospital. Además, el paciente tiene que adaptarse a un reducido nivel funcional y a una menor capacidad para realizar las tareas habituales. Finalmente, la enfermedad puede conllevar alteraciones en las relaciones conyugales y sexuales. De hecho, el malestar psicológico de pacientes oncológicos está inversamente asociado al grado de satisfacción conyugal²⁶.

El malestar (del inglés *distress*) en el cáncer se define como «una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual que puede interferir con la capacidad de afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y de su tratamiento»²⁷. El malestar asociado al cáncer puede presentarse en varios niveles, que van desde la ausencia de malestar hasta el malestar extremo, con crisis espirituales y presencia de síndromes psicopatológicos como depresión, ansiedad o crisis de angustia, pasando por sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza o miedo. Todos los pacientes con cáncer refieren tener un cierto nivel de malestar; sin embargo, los niveles extremos de malestar son menos frecuentes. La prevalencia de niveles altos de malestar psicológico es del 35,1 % en muestras heterogéneas de pacientes de cáncer²⁸.

En un estudio sobre la depresión en el cáncer, Bukberg et al.²⁹ encontraron que el 42 % de los pacientes presentaban depresión mayor grave o moderada, el 14 % de los pacientes oncológicos hospitalizados presentaban sintomatología depresiva leve y el 44 % de los pacientes no presentaban síntomas depresivos. En un estudio más reciente, con 89 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y valoradas después de completar sus tratamientos, se observó que el 75 % de las pacientes no tenían síntomas psiquiátricos, el 10 % de las participantes cumplían criterios diagnósticos de depresión mayor y el 8 % de trastorno de ansiedad³⁰.

Entre los factores de riesgo psicosocial de depresión en los pacientes con cáncer se encuentran pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social y presencia de preocupación ansiosa³¹. La depresión en el cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionados con temas de enfermedad y muerte, que a su vez contribuyen a que el paciente mantenga estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro³². Según el estudio de Parker et al.¹⁸ la evaluación del nivel de apoyo social puede ayudar a identificar a los pacientes con riesgo de malestar.

El grado de malestar también depende de la personalidad del sujeto con cáncer¹⁹ y de quienes le rodean³³. Ésta deter-

mina las posibles valoraciones, afecta a las habilidades de afrontamiento, influye en el soporte social y condiciona la comparación social¹⁹. Estos tres rasgos, afectividad negativa, neuroticismo y ansiedad de rasgo, son comunes a personalidades con tendencia a experimentar emociones negativas y somatizaciones, a identificar los síntomas como amenazas a la salud y a tener una preocupación mayor acerca de la enfermedad³⁴. Los pacientes con alta afectividad negativa son más sensibles a los síntomas físicos y pueden verse afectados al ver a otras personas que están peor que ellos o sentirse frustrados frente a personas a las que les ha ido mejor que a ellos³⁵, fenómeno al que se ha llamado «comparación social»¹⁹.

Por otra parte, la percepción de la calidad de vida se ve influida por las diferencias individuales de personalidad, como demostraron Yamaoka et al.³⁶ al observar que los pacientes que presentaban más afectividad negativa y más introversión percibieron una peor calidad de vida en comparación con pacientes con otros rasgos, lo cual a su vez se ha asociado a una menor supervivencia³⁷. Esto se suma a otros hallazgos que apoyan el rol de otras variables relacionadas con la personalidad como disforia, aislamiento, introversión¹⁹, y variables relacionadas con la respuesta emocional, como malestar emocional y represión emocional, en la progresión del cáncer^{38,39}.

Las preocupaciones y miedos, los cambios en el estilo de vida y el malestar psicológico son el resultado de determinadas estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente y configuran a su vez nuevas estrategias⁹. Tomando los dos ejemplos anteriores podemos ver cómo las dos mujeres, de acuerdo con sus valoraciones primarias y secundarias, utilizan estrategias de afrontamiento muy distintas en el momento del diagnóstico.

Carmen, la mujer de 35 años con dos hijos pequeños, busca información sobre su diagnóstico en el centro regional de la Asociación Contra el Cáncer de su ciudad. Dice a su médico que, por favor, le explique lo que tiene que hacer para «ganar al cáncer» y ve la enfermedad como una dificultad más en su vida que logrará superar.

Blanca, la mujer de 55 años con tres hijos adultos, informa a su médico de que prefiere pensar un poco antes de ser operada. No dice nada a su familia «para no preocuparlos» y decide posponer su próxima visita al médico, ya que en este momento «no le viene bien». Cuando siente el bulto en su pecho se dice a sí misma que el médico debería estar equivocado y que seguro que se trata de un tumor benigno. Sin embargo, procura no pensar mucho en el asunto, manteniéndose lo más ocupada posible.

Variables médicas

Las variables pertenecientes al ámbito médico también desempeñan un papel fundamental en la adaptación psico-

social al cáncer. La localización del cáncer, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o las oportunidades de rehabilitación, ciertamente influyen en las valoraciones, afrontamientos y resultados subsecuentes.

Aunque los índices de recuperación de muchos tipos de cáncer han aumentado notoriamente en los últimos años, el contexto médico del proceso de tratamiento oncológico sigue siendo altamente estresante para los pacientes. Con respecto a las distintas alternativas terapéuticas, los pacientes deben hacer frente a la incertidumbre sobre su resultado, los múltiples y molestos efectos secundarios y los sentimientos de soledad, estigmatización y culpa⁴⁰. Es frecuente que busquen segundas opiniones y reúnan gran cantidad de información acerca de los distintos tratamientos, obtenida de fuentes no siempre adecuadas y a veces difíciles de contextualizar, como algunas páginas de internet o de personas más o menos cercanas con experiencias y creencias diversas.

La localización del cáncer afecta de modo distinto a la calidad de vida y al bienestar psicológico. Por ejemplo, los cánceres de mama, ginecológicos y urológicos tienen un mayor impacto en síntomas de ansiedad y depresión y en la calidad de vida que el cáncer gastrointestinal¹⁸. Por otra parte, en el estudio de Zabora et al.²⁸, que incluyó a 4.496 pacientes oncológicos y contempló 14 tipos de diagnósticos, se observó que los pacientes con cáncer pancreático presentaban valores más elevados de ansiedad y depresión, mientras quienes padecen la enfermedad de Hodgkin presentaban valores más elevados de hostilidad.

Por su parte, la efectividad de los distintos tipos de tratamiento está condicionada al previo reconocimiento para los factores psicológicos que influyen en la habilidad para entender el procedimiento propuesto, reconocer su necesidad y tolerar el estrés y las molestias asociadas, para así poder valorar sus beneficios. En este sentido, la relación entre el equipo médico y el paciente a lo largo de las distintas fases de la enfermedad es un factor cada vez más reconocido⁴¹. El paciente deposita en el equipo médico su confianza con respecto a una óptima asistencia sanitaria y es sensible a su grado de implicación emocional. Esto es debido a que el equipo médico participa de vivencias puntuales muy relevantes para el paciente, como son los controles médicos, exámenes, procedimientos, planificaciones, asesoría familiar, orientaciones, manejo de síntomas secundarios, etc., y es el «portador» de las malas o buenas noticias. Es por esto que después del diagnóstico el paciente y su familia esperan, además de la atención médica, una atención psicológica por parte del médico, atención para la cual este último no siempre cuenta con las habilidades o los conocimientos suficientes⁴². Es frecuente que la figura del médico sea idealizada y parentalizada, con todo lo que eso significa en cuanto a la atribución de autoridad y ascendencia, pero también en cuanto a las exigencias emocionales y de incondicionalidad y alta disponibilidad. Así como las atribuciones hacia el médico pueden ser extremas, también pueden serlo

las reacciones de agradecimiento y admiración u hostilidad y rabia de los pacientes o sus familiares ante los distintos resultados. Frente a esta situación, algunos médicos optan por definir precozmente los límites expresando un interés por solucionar el problema puntual, sin involucrarse personalmente y manteniendo una distancia emocional, lo cual suele ser percibido con malestar por el paciente y su familia. Estos hechos suelen dar lugar a una relación médico-paciente difícil, que puede impedir la buena cooperación y perjudicar el óptimo resultado terapéutico⁴². Por el contrario, una interacción de buena calidad probablemente favorezca una experiencia de la enfermedad más satisfactoria, y un mayor grado de confort y seguridad con que los pacientes se enfrentarán al futuro⁴³. Según Mager y Andrykowski⁴⁴, las pacientes con cáncer de mama que consideran que sus médicos están más preocupados por ellas y que les ofrecen más apoyo emocional al informarles del diagnóstico, presentan menos síntomas de estrés postraumático relacionado con el cáncer, menos depresión y menos malestar general.

CONCLUSIÓN

El grado de adaptación psicosocial ante el fenómeno oncológico se correlaciona inversamente con el nivel de estrés⁶, el cual parece ser la vía común de repercusión biológica para todas las variables psicosociales involucradas. Tanto en animales como en humanos, el estrés crónico se ha asociado a la presencia de daño cromosómico, alteraciones en su reparación, fallas en la apoptosis y disminución en la vigilancia del sistema inmunitario, lo cual puede predisponer a la génesis de cáncer o favorecer su progresión⁴⁵, aunque en un contexto complejo en el que participan muchos otros factores. En el cáncer, el estrés suele tener un curso crónico con agudizaciones episódicas y suele ir en aumento conforme se avanza hacia las fases finales de la enfermedad. Asimismo, el proceso de una adecuada adaptación psicosocial al cáncer requiere continuidad y mecanismos de adaptación y corrección permanentes, para lo cual es indispensable una asistencia con un enfoque psicosocial. Este enfoque requiere paradigmas que permitan comprender las distintas fases y componentes de este proceso de adaptación para poder estar atentos a los múltiples factores que lo afectan.

Según Turk et al.⁴⁶ las inferencias acerca de la adaptación psicosocial al cáncer no pueden basarse sólo en el estado de la enfermedad, sino que requieren una evaluación psicológica específica. Por otra parte, las intervenciones psicosociales efectuadas por profesionales capacitados ya han demostrado efectos mayores al reducir el malestar emocional, mejorar la calidad de vida, disminuir el dolor de origen oncológico, reducir las náuseas y vómitos anticipatorios relacionados con la quimioterapia, mejorar los parámetros inmunitarios y facilitar la adaptación familiar al diagnóstico y tratamiento del cáncer⁵.

En vista de toda esta evidencia es razonable afirmar que, en la evaluación del paciente oncológico, deberían ser con-

siderados los aspectos psicosociales y ser utilizados como parte integral del cuidado médico. Las intervenciones oportunas que favorezcan una mejor adaptación psicosocial al cáncer pueden traducirse, no sólo en una mejor calidad de vida y un mayor bienestar, sino también en un mejor pronóstico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002;159:1964-72.
2. Holland JC. Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. En: Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
4. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of breast cancer. A critical review. *Ann Behav Med* 1992;14:204-12.
5. Fawzy FI, Fawzy NW, Canada AL. Psychosocial treatment of cancer: an update. *Curr Opin Psychiatry* 1998;11:601-5.
6. National Cancer Institute. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación. www.cancer.gov. 2003;1-20.
7. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002;64:206-21.
8. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997;45:1207-21. En: Holland JC, editor. *History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers*. *Psychosom Med* 2002;64:206-21.
9. Folkman S, Greer S. Promoting psychosocial well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 2000;9:11-9.
10. Watson M, Greer S, Young J Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988;18:203-9.
11. Greer S, Morrey S, Watson M. Patient's adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical ratings. *J Psychosom Res* 1989;33:373-7.
12. Watson M, Greer S. *Personality and Coping*. En: Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
13. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 2002;11:93-102.
14. Dropkin MJ. Coping with disfigurement and dysfunction after head and neck cancer surgery: a conceptual framework. *Semin Oncol Nurs* 1989; 5:213-219. In: Jacobsen PB, Roth AJ, Holland J. *Surgery*. Chapter 21. En: Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*, 2.nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.
15. Rowland JH, Marrie MJ. Breast cancer. En: Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
16. Parle M, Gallagher J, Gray C, Akers G, Liebert B. From evidence to practice: factors affecting the specialist breast nurse's detection of psychological morbidity in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2001;10:503-10.
17. Bowman KF, Deimling GT, Smerglia V, Sage P, Kahana B. Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors. *Psycho-Oncology* 2003;12:226-38.

18. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2003;12:183-93.
19. Denollet J. Personality and cancer. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12(6):743-48.
20. Newby N. Chronic illness and the family life-cycle. *J Advan Nurs* 1996;23:786-91.
21. Brown JB, Carroll J, Boon H, Marmoreo J. Women's decision-making about their health care: views over the life cycle. *Patient Educ Counsel* 2002;48:225-31.
22. Meyerowitz BE, Richardson J, Hudson S, Leedham B. Ethnicity and cancer outcomes: behavioral and psychosocial considerations. *Psychol Bull* 1998;123:47-70.
23. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995;274:820-5.
24. Carrese JA, Rhodes LA. Western bioethics on the Navajo reservation: benefit or harm? *JAMA* 1995;274:826-9.
25. Meyerowitz, BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychol Bull* 1980;87:108-31.
26. Fang CY, Manne SL, Pape SJ. Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patient's spouses. *Health Psych* 2001;20(6):452-7.
27. Holland JC, Jacobsen PB, Riba MB. NCCN: Distress management. *Cancer Control* 2001;6(Suppl. 2):88-93.
28. Zabora J, Breintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;10:19-28.
29. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patient. *Psychosom Med* 1984;46:99-212.
30. Simpson JS, Carlson LE, Beck CA, Patten S. Effect of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 2002;11:282-94.
31. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998;45:215-37.
32. Brewin Cr Watson M, McCarty S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behav Res Ther* 1998;36:1131-42.
33. Rossi Ferrario S, Zotti AM, Massara G, Nuvolone G. A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology* 2003; 12:1-7.
34. Cameron LD, Leventhal H, Love RR. Trait anxiety, symptom perceptions and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. *Health Psychol* 1998;17:459-69.
35. Van der Zee K, Oldersma F, Buunk B, Bos D. Social comparison preferences among cancer patients as related to neuroticism and social comparison orientation. *J Pers Soc Psychol* 1998;75: 801-10.
36. Yamaoka K, Shigehisa T, Ogoshi K, Haruyama K, Watanabe M, Hayashi C. Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in Japanese population. *Qual Life Res* 1998;7:535-44.
37. Sloan JA, Loprinzi CL, Kuross SA, Miser AW, O'Fallon JR, Mahoney MR, et al. Randomized comparison of four tools measuring overall quality of life in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:3662-73.
38. De Boer MF, van den Borne B, Pruyn JFA, Ryckman RM, Volovics L, Knegt PP, et al. Psychosocial and physical correlates of survival and recurrence in patients with head and neck carcinoma. Results of a 6-year longitudinal study. *Cancer* 1998;83:2567-79.
39. Butow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival in metastatic melanoma. *J Clin Oncol* 1999;17:2256-63.
40. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psicol* 1992;11:79-87.
41. Jacobsen PB, Roth AJ, Holland JE. Surgery. En: Holland JC, editora. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
42. Lemcke DP. Waking up, fighting back: the politics of breast cancer. *JAMA* 1996;276:1527.
43. Ruckdeschel JC, Blanchard CG, Albrecht T. Psychosocial oncology research. Where we have been, where we are going, and why we will not get there. *Cancer* 1994;74:1458-63.
44. Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer «bad news» consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology* 2002;11:35-46.
45. Forlenza MJ, Baum A. Psychosocial influences on cancer progression: alternative cellular and molecular mechanisms. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:639-45.
46. Turk DC, Sist TC, Okifuji A, Mner MF, Florio G, Harrison P, et al. Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain, and non-cancer pain: role of psychological and behavioural factors. *Pain* 1998;74:247-56.