

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
SOMETIDO A CIRUGÍA ONCOLÓGICA

CAMPO, C.; NÁJERA, M.; PALACIOS, X.*

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

MINOR EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PSICOONCOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

JULIO DE 2003

*Directora de tesis

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	5
Elección del tema	6
Delimitación temática	6
Introducción	6
Justificación	6
CAPÍTULO I	
Problema de investigación	10
Objetivos	10
<i>General</i>	10
<i>Específicos</i>	10
CAPÍTULO II	
Antecedentes	11
El modelo biopsicosocial: Aspectos introductorios	16
<i>Plan general para la aplicación del modelo biopsicosocial en la enfermedad crónica</i>	
Perspectivas generales del abordaje del paciente con cáncer	22
<i>Biológica</i>	
<i>Psicosocial</i>	
Cáncer de cabeza y cuello	44
<i>Definición</i>	

Etiología

Epidemiología

Morbilidad psiquiátrica y psicológica

Perspectivas de abordaje del cáncer de cabeza y cuello 56

Biológica

Cirugía

Psicosocial 60

Rehabilitación

Evaluación

Tratamiento

Seguimiento

Conclusiones 72

Discusión 73

Recomendaciones para futuras investigaciones 77

Referencias

Anexos

Lista de tablas

Tabla 1. *Casos Nuevos de Cáncer en Colombia según localización.*

Tabla 2. *Plan general de evaluación e intervención de la aplicación clínica del Modelo Biopsicosocial*

Resumen

En la presente investigación monográfica, se realiza un acercamiento a la situación biopsicosocial de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos mediante cirugía oncológica y las distintas formas de manejo psicoterapéutico de tal condición. En primer lugar, se realiza un bosquejo general de las perspectivas generales de abordaje del cáncer, sin importar su localización, es decir, a nivel general. De esta manera, se reconoce a la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, como los tratamientos convencionales de elección más frecuentemente utilizados en el tratamiento biológico del cáncer, a la vez que se recopilan nuevas vías de investigación que se desarrollan en la actualidad. A nivel psicosocial, se recogen las diferentes reacciones psicoemocionales que se presentan en el transcurso de la enfermedad, junto a algunas pautas de abordaje psicosocial de las mismas. Posteriormente, se define el cáncer de cabeza y cuello, como término utilizado comúnmente para referirse al grupo conformado por el cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe, a la vez que se encuentra como principal etiología del mismo, el hábito de fumar y el ingerir alcohol en grandes cantidades, entre otros factores. En cuanto a su incidencia epidemiológica, se encuentra que a nivel mundial representa un 5,9% de todos los casos nuevos, mismo porcentaje que en Colombia. Igualmente, se mencionan la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de adaptación, como los trastornos psiquiátricos y psicológicos más importantes en el transcurso de la enfermedad. En lo referente al abordaje de esta problemática, se hace énfasis en la cirugía como el tratamiento de elección por excelencia en este tipo de cáncer, a su vez que a nivel psicosocial, los tratamientos de reestructuración cognoscitiva, la psicoterapia de apoyo, y la psicoprofilaxis quirúrgica, son los tratamientos más utilizados por los psicólogos.

Elección del tema

Pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Delimitación temática

La presente monografía se centrará principalmente en la descripción del abordaje psicoterapéutico del paciente quirúrgico con cualquier tipo de cáncer de cabeza y cuello, considerando la atención integral y por lo tanto interdisciplinaria y multidisciplinaria del mismo.

Justificación

La batalla contra el cáncer sigue siendo intensa, con denodados esfuerzos para derrotar a la enfermedad y asegurar su curación. Esto ha sido puesto en evidencia por los enormes progresos en la detección, tratamiento e investigación, y algo menos en la prevención del cáncer en las últimas décadas. El éxito logrado puede medirse por la sobrevida más prolongada y las tasas más altas de curación para muchos individuos con cáncer. No obstante, para muchas personas, el cáncer sigue siendo una enfermedad que progresa irremediamente hacia la etapa avanzada, ocasionando la muerte (Die y Meseguer, 2000).

Se vive un momento de real compromiso con la atención a las necesidades del paciente oncológico, tanto para el que no tiene ya posibilidades de curación y vive el día a día de la progresión de la enfermedad, como para el que está libre de enfermedad. Y en esa lucha están involucrados especialistas procedentes de diferentes disciplinas.

La detección y tratamiento del cáncer en general requiere la coordinación de diversas especialidades con el objetivo común de proporcionar un óptimo servicio. Esta coordinación potencia el intercambio de información y la formación de equipos multidisciplinarios que con una visión integral de la enfermedad abordarán con mayor garantía todos los aspectos, muchos de ellos no reconocidos o detectados con facilidad, del proceso morboso, que al paciente le provocan una serie de trastornos en la esfera física y psíquica que agravan el pronóstico y el mecanismo normal de afrontamiento que cada paciente tiene ante la enfermedad (Lazareno, 2000).

La evaluación del paciente oncológico debe hacerse "como un todo", contemplando la vertiente física y la psíquica, ambas inseparables. El apoyo emocional al paciente oncológico es de vital importancia y procura hacerse ya desde un principio. En las campañas de prevención primaria, cuando se lanzan mensajes para evitar la aparición de la enfermedad, aconsejando cambios en ciertos hábitos que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (consumo de tabaco, alcohol, alimentación inadecuada, exposición a la irradiación solar), se recomienda adoptar estilos de vida saludables que

implican, en muchas ocasiones, cambios drásticos en los estilos de vida que generan malestar, inconformidad y altos niveles de ansiedad y que por lo tanto sugieren, entre otros, el apoyo psicológico.

Posteriormente, en las etapas del diagnóstico y el tratamiento, a la vez que la actuación médica obtiene las pruebas contundentes de la existencia de la enfermedad, o somete al paciente a tratamientos con quimioterapia o radioterapia, generalmente tras la cirugía, no desprovistos de importantes efectos secundarios, el psicólogo proporciona a los pacientes soporte emocional y social, de esencial importancia.

El individuo depende de otros para reconocer su valor. El hombre necesita amigos para poder sobrevivir emocionalmente. Necesita permanentemente de apoyo personal, que le prestan familiares, amigos, cónyuge, sacerdote, enfermera y médico. Con este apoyo, el paciente con cáncer es capaz de mejorar, de afrontar, perseverar, de enfrentarse a la enfermedad, e incluso, a la propia muerte. Para el enfermo oncológico, el "apoyo o soporte social" marca la diferencia entre abandonar la esperanza o no ceder, entre querer vivir o desear morir.

El cáncer, es una de las entidades mórbidas que más producen impacto a nivel emocional y psicológico en quienes lo desarrollan. Diferentes han sido los a partir del estudio de las reacciones psicológicas de los pacientes oncológicos ante su enfermedad e incluso, ante los diferentes tratamientos a los cuales se recurre para combatirla. Hay que anotar que se han adelantado investigaciones en

distintos grupos de pacientes intervenidos quirúrgicamente como tratamiento de elección para combatir el cáncer. Estas han demostrado que entre los pacientes que mayores reacciones psicológicas y emocionales negativas presentan ante la intervención son aquellos con cáncer de cabeza y cuello, seguidos muy de cerca por quienes tienen cáncer de Colón y en menor medida, las mastectomias y las prostatectomias. Sin embargo, la multiplicidad de estudios en este sentido, no se han visto complementados por otras investigaciones que involucren el desarrollo psicoterapéutico para, desde una perspectiva multifactorial, estudiar las variables tanto psicológicas como emocionales que se ven afectadas en los pacientes con cáncer.

Se hace necesario, entonces, adelantar diferentes estudios que involucren aspectos asociados al tratamiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente desde una perspectiva psicoterapéutica integral, para aumentar la calidad de vida de los mismos, y su readaptación a los distintos entornos en los cuales se desenvuelve.

CAPITULO I

Problema de investigación

¿Cómo intervenir psicológicamente, con base en el modelo biopsicosocial, al paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía oncológica?

Objetivo general

Establecer la situación actual de la intervención psicológica del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.

Objetivos específicos

Identificar los diversos aspectos involucrados en el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes quirúrgicos con cáncer de cabeza y cuello en los niveles de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Identificar los factores que facilitan o dificultan el manejo psicoterapéutico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía oncológica

Conocer los beneficios del manejo psicoterapéutico en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía oncológica.

CAPITULO II

Intervención psicológica del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello

Antecedentes

Para la realización de la presente investigación monográfica, se realizó previamente una exploración de campo para lograr enmarcar de forma más clara y puntual la situación de la esta investigación y el manejo de la dimensión psicológica en los pacientes con cáncer en la Ciudad de Cartagena, lo cual condujera a una comprensión mas cercana de la realidad de los pacientes en las insituciones de la ciudad.

En búsqueda de este objetivo, los investigadores se trasladaron a las diversas instituciones que brindan asistencia a los pacientes con cáncer en la ciudad de Cartagena. Para la recolección de los datos relevantes para el marco antecedente de esta investigación, se realizó entrevistas con personal profesional encargado de diferentes aspectos relacionados con la enfermedad del cáncer. Es así, como la población que abordo esta exploración contó con médicos, epidemiólogos, personal encargado de llevar registros estadísticos, trabajadores sociales, de las diferentes instituciones relacionadas con el manejo de aspectos relevantes de la enfermedad.

Al finalizar la recolección de esta información previa, se pudo constatar el alto nivel de desconocimiento y déficit en el manejo de la información referente al cáncer de cabeza y cuello, aspectos tales como la definición conceptual, el manejo epidemiológico, lo cual incluso, resultó evidente a la hora del suministro de información asociada con el abordaje de tal problemática. Igualmente, a nivel general del abordaje del cáncer en las diferentes instituciones médicas, se brinda una especial relevancia y primacia a los aspectos biomedicos de la enfermedad y se desconocen o se pasan a un segundo e incluso, a un tercer plano, las repercusiones a nivel psicologico y social.

Introducción

El cáncer es tan antiguo como la humanidad. De él, se encuentran referencias en muchos escritos a través de la historia. Se lo menciona en un papiro anterior al año 1500 antes de cristo y en la literatura hindú y persa.

El cáncer es una enfermedad en la que ciertas células se multiplican sin control, se diferencian de aquellas que las originan y forman los llamados tumores malignos o cancerosos (Campoy, J. 2003). Es una de las principales causas de mortalidad en el mundo y como palabra no solo se refiere a una enfermedad sino que determina alrededor de cien cuadros clínicos diferentes que comparten características similares, como las anotadas en la definición; a la invasión de tejidos y órganos próximos al sitio de localización, a los que comprimen e infiltran con su desbordado crecimiento y a la capacidad de desplazarse a través de la

sangre o la linfa y localizarse en otras partes del cuerpo (metástasis) (Campoy, J. 2003) .

De acuerdo con Barceló (1995), cuando éste se origina en las mucosas de las vías respiratorias superiores, incluyendo la boca, recibe el nombre de cáncer de cabeza y cuello. Este tipo de cáncer representa aproximadamente una quinta parte de todos los tumores del resto del organismo. Dentro del área cérvico-facial, el cáncer oral es el más frecuente ocupando el 25% de los casos, seguido por el cáncer de laringe, con un 18% y el cáncer de piel con un 17%. El cáncer de labio, orofaringe y el de tiroides no alcanzan cada uno de ellos el 10% de todos los tumores cérvico-faciales. Las neoplasias de las glándulas salivales alcanzan solo un 3% y el resto de tumores de las otras localizaciones se encuentran en proporciones menores. Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (1996), en los EEUU, existen aprox. 41000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello, la mayoría de los cuales se presentan en hombres de más de 50 años. Con respecto al comportamiento epidemiológico, para el año 2001, el cáncer de cabeza y cuello a nivel global, representaba el 5,9% de todos los caso nuevos reportados de cáncer a nivel mundial, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (2002), y con una alta incidencia y proyección de crecimiento epidemiológico en países como Japón, China y en general, los países conglomerados en Asia sur oriental. En Colombia, las estadísticas epidemiológicas del cáncer a nivel nacional, son más bien limitadas. Los registros más recientes (INC, 2001), reportan 4389 casos nuevos diagnosticados, 333 casos más que en el año 2000, lo que representa un incremento de 8.2 % en relación con el año

2000, y de un 4.5% comparado con el año 1999 (figura 1). Los casos nuevos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, para el mismo año, representan un total del 5.9% de los casos reportados (259 casos), representando así el 6º tipo de cáncer en incidencia en el país, después del cáncer de cuello del útero, mama, piel, estómago y sistema hematopoyético y reticuloendotelial (Tabla 1).

Con respecto a la etiología, el factor de riesgo más importante en esta modalidad de enfermedades malignas de cabeza y cuello, lo constituye el consumo de tabaco y alcohol (Campoy, J. 2003)

En los pacientes que presentan este tipo de cáncer, muchos aspectos de su vida se ven afectados. Independientemente de las afecciones físicas que pueden conllevar la enfermedad y la terapéutica médica, otras, a veces relacionadas con la personalidad y el estilo particular de vida del paciente, sufrirán alteraciones. Entre ellas, las relaciones con familiares y amistades, las relaciones y desempeño profesional-laboral, y el funcionamiento sexual (quizás el más significativo de los cambios). El enfrentarse al diagnóstico de esta enfermedad, soportar el tratamiento y permanecer en un estado de expectación, supone altos niveles de incertidumbre respecto al futuro. Éstos no solo afectan emocionalmente al paciente sino también, a la totalidad del núcleo familiar y del grupo social que, junto con el paciente, experimentarán las consecuencias de esas alteraciones, experimentando diversas emociones que, con frecuencia, son difíciles de manejar y controlar, entre ellas: La tristeza, la soledad, la ira, la rabia, el miedo, la ansiedad, la desesperación y la desesperanza, entre otros.

Debido a todo esto, se hace necesario e indispensable que el abordaje del paciente con cáncer de cabeza y cuello se haga desde una perspectiva biopsicosocial, y no solamente desde una perspectiva biomédica, como sugiere la tendencia actual.

El modelo biopsicosocial: Aspectos introductorios

Una de las principales preocupaciones de la ciencia, ha sido, en términos amplios y generales, crear modelos comprensibles y extensos que permitan abordar las diversas problemáticas a las cuales se enfrenta, como una estrategia que quizás acerque a la ciencia al fin de elaborar un mapa o guía para un acercamiento menos mágico y misterioso y mas previsible y científico de la comprensión de la realidad (Bunge, 1978)

Las ciencias de la salud, no se han quedado atrás en este intento, y han generado una gran cantidad de modelos que intentan explicar y abordar los objetos de estudio sujetos a observación de las mismas. A nivel de la psicología, como ciencia recientemente integrada a las ciencias de la salud, el tener que apoyarse en un modelo biomédico que dominaba la visión de la salud-enfermedad, antes de ser un factor de apoyo y facilitación al ingreso de la psicología como ciencia de la salud, fue una variable contra la cual la psicología tuvo que generar nuevas alternativas. De ahí, surgió la necesidad de recrear un nuevo modelo que permitiera incluir diversos determinantes tanto de la salud como de la enfermedad, tales como los psicológicos y los sociales, aparte de los ya estudiados, biológicos (Roa, 1998).

Según este autor, las primeras propuestas de esta naturaleza se deben a autores como Leigh y Reiser (1977), Lipowsky (1977) o Knowles (1977), si bien se considera que fue Engel (1977) con su artículo titulado *La necesidad de un nuevo*

modelo médico: Un desafío para la biomedicina, publicado en la revista *Science*, el primero que tuvo una amplia difusión y un profundo impacto del modelo biopsicosocial entre los diversos profesionales relacionados con la salud. Sin embargo, los conceptos vertidos por Engel (1977) no constituyeron en sí mismos un modelo. Más bien este artículo se puede catalogar como un llamado de atención para las ciencias médicas imperantes a centrar más su atención hacia las creencias sobre la salud de médicos y pacientes o el papel de la conducta de enfermo, en el intento de obtener un entendimiento global de la salud-enfermedad. A partir de Engel (1977), se fueron plasmando estas ideas en modelos más específicos para la psicología de la Salud.

Uno de los principales planteamientos realizado por este autor, implica la adopción de un nuevo concepto de salud que trascienda la consideración tradicional de la misma como ausencia de enfermedad. Acorde a este planteamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1960, definió la salud como *el estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*. Ya a partir de esta definición inicial, se incluyen determinantes variados enmarcados dentro de un modelo biopsicosocial, sin embargo, algunos autores (San Martín y Pastor, 1988), criticaron la postura de la OMS argumentando que: *“la salud no puede definirse hoy como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, por cuanto ella representa una situación relativa, variable, dinámica, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo, cuando estos factores son favorables a la ecología individual”*. Por lo anterior, ellos definen a la salud como un proceso social y

dinámico, en donde este estado (proceso), tiene tres características fundamentales: 1) *El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente*, puesto que éste es esencialmente variable, en cuanto a que variables son las situaciones ambientales físicas y sociales, variable es el desarrollo evolutivo con sus procesos madurativos y degenerativos orgánicos y psicológicos, variables son las directrices de los gobiernos que ordenan la prevención e intervención en salud y finalmente, variable es la conducta humana. 2) *No existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad*, sino diversos niveles y grados que tampoco poseen a su vez criterios definitivamente establecidos. 3) *El concepto de salud implica la consideración de tres componentes: El subjetivo (percepción y creencia de bienestar), el objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica) y el adaptativo (integración biopsicosocial del individuo).*

Así, la necesidad de considerar los componentes psicológicos y sociales en la salud se evidenció hace varios años, encontrando importante resistencia de parte de la comunidad médica. Contrastando el reduccionismo y los estereotipos propios del modelo biomédico, el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), propone que los factores biológicos, psicológicos y sociales están interrelacionados y como tal ejercen una influencia tanto sobre la salud como sobre la enfermedad. Este modelo proporciona entonces un marco conceptual – más que una teoría unificadora – para comprender la enfermedad crónica y su manejo.

Las relaciones entre los factores psicosociales y la enfermedad o la salud, pueden entenderse por sus efectos directos, por sus efectos indirectos o por las influencias moderadoras sobre el estado de salud.

Los efectos directos se refieren a las relaciones en las cuales alguna cualidad del factor psicosocial (por ejemplo, presencia o magnitud) está asociada con los cambios pronosticados sobre el estado de salud. Así, las relaciones directas pueden no requerir mediación de otro tipo de procesos y, en esencia, describen un vínculo muy estrecho entre los procesos psicosociales y el estado de salud, por lo que los procesos psicosociales pueden preceder o seguir los resultados sobre el estado de salud.

En contraste, los *efectos indirectos* suponen relaciones más complejas entre los factores psicosociales y el estado de salud de la persona y como tal, requieren la contribución de procesos mediacionales. En el más simple de los casos, tales efectos describen secuencias de relaciones en las cuales un factor inicial (A) contribuye a otro factor (B), el cual a su vez causa un cambio en otro factor (C). Igual, el factor B puede constituir el mecanismo a través del cual el factor A está relacionado con el factor C. Muchos ejemplos de la psicología de la salud muestran la relevancia de este tipo de relación en el contexto del modelo biopsicosocial.

Finalmente, los procesos psicosociales pueden con frecuencia moderar los efectos de otras variables sobre los estados de salud. Lejos de servir como mecanismos causales ligados a otras variables, estos *factores moderadores*

alteran la relación entre un factor causal y un estado de salud. El soporte social por parte de otros y los mecanismos de afrontamiento del paciente han recibido recientemente mucha atención por ser factores que pueden cambiar el sentido de las experiencias vitales adversas o eventos vitales estresantes u otros aspectos de la enfermedad que afectan el bienestar de la persona con enfermedad crónica. Por ejemplo, cuando las personas se enfrentan a altos niveles de estrés, y además reciben menor soporte social por parte de otras personas, entonces desarrollan una mayor vulnerabilidad a desarrollar cuadros depresivos u otras consecuencias adversas sobre su salud, que aquellas personas que disponen de fuertes redes de apoyo social. Igualmente, los pacientes cuyo afrontamiento del dolor intenso es pasivo pueden presentar episodios o cuadros depresivos con mayor probabilidad que aquellos cuyo estilo de afrontamiento es más bien de tipo activo.

El análisis funcional es una herramienta metodológica que puede ser utilizada para evaluar dichas relaciones entre los factores psicosociales y los estados de salud en casos individuales. Por lo tanto, un aspecto clave del análisis funcional es examinar los patrones de asociación entre los estímulos o eventos ambientales y los estados de salud. Así, la identificación de estas relaciones proporciona al psicólogo las bases del diagnóstico y el tratamiento.

Plan general para la aplicación del modelo biopsicosocial a la enfermedad crónica

La aplicación del Modelo Biopsicosocial a la enfermedad crónica no es procedimental; esto quiere decir que no se presenta en términos de una guía

paso a paso para la evaluación y la intervención clínicas. Lo anterior se debe a que la forma de proceder en su aplicación varía de acuerdo con la enfermedad específica, los escenarios de salud y el rol del psicólogo. Por lo tanto, para iniciar es fundamental estructurar una organización general para la conceptualización de los casos y la recolección de información relevante. Así, una vez sintetizada la información, se identifican los aspectos a intervenir. Obviamente, es necesario resaltar que la aplicación de este modelo a las problemáticas identificadas depende de la validez de la información que el psicólogo haya obtenido por parte del paciente.

Inicialmente, el psicólogo evaluará el contexto del paciente a nivel de sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales para luego interrelacionarlas y evidenciar su reciprocidad (tabla 2).

Perspectivas generales del abordaje del paciente con cáncer

El abordaje del cáncer, al igual que el resto de los grandes problemas sanitarios a nivel mundial, se cuenta dentro del modelo biopsicosocial por las claras implicaciones que esta entidad nosológica representa tanto en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de los seres humanos, implicaciones ampliamente documentadas en diversas investigaciones, artículos y documentos científicos alrededor del mundo. Sin embargo, este modelo, se podría relatar como un modelo de reciente aplicación dentro del campo de estudio e investigación alrededor del cáncer, puesto que el modelo predominante para tal efecto era el modelo, esencialmente, biomédico. A continuación, se hará referencia a cada uno de las perspectivas de abordaje del cáncer, en términos generales, en las tres dimensiones que contempla el modelo biopsicosocial.

Biológica

Actualmente, hay tres opciones con las que la medicina convencional afronta el problema del cáncer: La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la extirpación de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Para algunos tumores, y en especial el cáncer de mama, no es precisa una cirugía tan radical (mastectomía) en la mayor parte de los casos (Campoy, 2003). Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, la posibilidad de realizar una

biopsia intraoperatoria, los avances en los conocimientos de fisiopatología, los progresos en las técnicas anestésicas y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo (Campoy, 2003).

En lo que se refiere a la cirugía, es de vital importancia detectar a tiempo un tumor antes de que se extienda porque si el mismo se extirpa cuando aún está aislado el problema puede atajarse antes de que sea irremediable. Cuando así se hace, cuando se actúa en la fase inicial, el porcentaje de casos en que el tumor desaparece y no vuelve a aparecer es notable.

Según el conocido *Manual Merck* de Medicina (1997), la cirugía es suficiente en un alto porcentaje de cánceres (en el de pulmón el porcentaje de éxito es muy bajo). En él se afirma que incluso en casos incipientes, sin metástasis, la cirugía sola no es suficiente entre un 30 y un 63% de los casos de cáncer de pulmón, del 18 al 35% en los cánceres de boca, testículo, riñón, vejiga, colon, mama, útero, próstata, ovarios y laringe, y en el 6% de los casos de cuello uterino.

Otra de las opciones terapéuticas, antes mencionadas, es la radioterapia. En ésta, las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado. La radiación de partículas incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones (Arana, 1993).

Este autor, indicaba que la sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Son tumores sensibles aquellos cuya sensibilidad es superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles —los tumores superficiales o los tumores en órganos como el útero en el que se puede introducir una fuente de radiación— pueden ser curados mediante radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas. La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis. Según Arana (1993), la radioterapia puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico. También puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio.

En lo que respecta a este tratamiento, se reconoce que a pesar de que mueve miles de millones de dólares al año los resultados son más bien escasos. Una información que no sorprende en absoluto ya que, según los expertos, la Radioterapia es ineficaz en un alto porcentaje de cánceres. Según lo consignado en el Manual Merck (2000), la eficacia de la radiación como monoterapia nada más es aceptable en casos de cáncer iniciales de testículos, en la llamada Enfermedad de Hodgkin, en los linfomas no hodgkinianos y en los cánceres de próstata (entre el 67 y el 90% de los mismos).

La quimioterapia, como otra opción terapéutica, consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos antineoplásicos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN. Por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia (Bayés, 1985).

El tejido canceroso tiene una mayor proporción de células en división que los tejidos normales (en los que las células de soporte o de relleno están en una fase quiescente y son por tanto resistentes a los efectos del fármaco). Dentro de los tejidos normales, los que tienen una tasa de proliferación más rápida son la médula ósea y las células de recubrimiento del tracto gastrointestinal. Son los dos tejidos más sensibles al efecto de la quimioterapia y del grado de lesión de éstos

depende la toxicidad, que limitará la máxima dosis tolerable de los fármacos anticancerosos.

Para que el tratamiento sea efectivo, la sensibilidad del tumor debe ser superior a la del tejido normal más sensible. Mientras algunos tumores son varias veces más sensibles, otros sólo son ligeramente sensibles. Por fortuna, las células de la médula ósea pueden dividirse a mayor velocidad que las células malignas y por tanto se recuperan con mayor rapidez. Si se repite un ciclo del fármaco en este momento, el tumor no ha tenido tiempo de crecer demasiado. Los ciclos repetidos reducen de forma paulatina el tumor antes de la aparición de resistencias (Bayés, 1985). La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes; el carcinoma de testículo; el carcinoma de ovario; los carcinomas de células pequeñas del pulmón, y gran parte de los cánceres infantiles. Muchas veces estos procesos cancerosos se han diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica. Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo.

De acuerdo con Murphy (1995), los dos principales problemas que limitan la utilización de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de resistencias se han ido

perfeccionando. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos.

Es eficaz la utilización de múltiples fármacos. Los protocolos de quimioterapia utilizan diferentes fármacos (a menudo entre 3 y 6 al mismo tiempo), cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada. Se combinan fármacos con diferentes mecanismos de acción para evitar la aparición de resistencias cruzadas, y con diferentes tipos de toxicidad para poder emplear la dosis óptima de cada fármaco, sin producir toxicidad aditiva que puede resultar fatal (Bayés, 1985). Este autor plantea que se puede utilizar la quimioterapia junto a la cirugía o a las radiaciones en la denominada terapia combinada. Muchas veces se utiliza como tratamiento coadyuvante cuando la cirugía es la principal modalidad terapéutica. Suele administrarse tras la cirugía. Esta terapia es muy eficaz en el cáncer de mama. El objetivo principal de la quimioterapia como coadyuvante es la eliminación de las micrometástasis que pudieran existir previamente a la cirugía. Es más reciente la utilización de la quimioterapia previa a la cirugía como tratamiento coadyuvante, que puede además reducir la masa del tumor y facilitar su operabilidad.

En cuanto a la quimioterapia, aún no se han establecido datos consistentes de su eficacia pero el Manual Merck (1997) indica que, por sí sola, tiene un porcentaje de éxito en los casos iniciales de coriocarcinomas (98%), cáncer de

testículos -excepto seminomas- (88%), la Enfermedad de Hodgkin (74%), el Linfoma de Burkitt (44-74%) y el Linfoma linfoblástico (50%).

¿Y el resultado de combinar las tres terapias, es decir, cirugía-radioterapia, cirugía-quimioterapia, radioterapia-quimioterapia y cirugía-radioterapia-quimioterapia? Pues hay que decir que no se logran resultados mucho mejores en la mayor parte de los casos comentados aunque sí ayuda en otros cánceres no mencionados como los de endometrio (62%), estómago (54%), riñón -tumor de Wilms- (80), sarcoma de Ewing (70%) y sistema nervioso central -meduloblastoma- (71-80%) (Campoy, 2003). Ahora bien, estos resultados corresponden a aquellos que se obtienen en las fases iniciales de desarrollo del cáncer. Porque cuando el cáncer se ha desarrollado y extendido, los resultados varían. En tales casos los porcentajes de "curación" (supervivencia de 5 años sin que se manifieste de nuevo el cáncer) se reducen de manera drástica.

Las compañías farmacéuticas se han visto obligadas en los últimos años, a realizar un cambio fundamental de estrategia y que los esfuerzos se encaminen ahora en buscar moléculas que inhiban la proliferación celular. Es decir, a encontrar inhibidores específicos de los factores de crecimiento, receptores y GTP de la célula. Y crear tantos inhibidores distintos como tumores hay. Una labor, pues, de muchos años aunque en estos momentos se está investigando ya con 400 moléculas concretas. La nueva "quimioterapia dirigida" pretende crear cuerpos monoclonales para cortocircuitar la transmisión de la información en la célula cancerosa, moléculas inhibitoras que impidan su replicación logrando que

entre en apoptosis, es decir, lograr que la célula se autodestruya -se "suicide"- o sea destruida por las células de defensa del organismo. Existen, en todo caso, otras vías de investigación. Es el caso de la terapia génica cuya idea básica es introducir material genético en las células -se piensa en retrovirus- para modificar sus funciones. También se pretende desarrollar la Inmunoterapia con la idea de introducir genes para potenciar la respuesta del sistema inmune (Campoy, 2003).

Algunos agentes antitumorales están siendo estudiados actualmente en fase III (pruebas en humanos). Uno de los más conocidos es el Taxol. Los citotóxicos y los citostáticos se prueban hoy en miles de pacientes aunque no son tan específicos como los nuevos fármacos que se pretenden crear, inhibidores de la señal para interrumpir el ciclo celular e impedir la proliferación cancerosa (Campoy, 2003).

Por supuesto, si toda esta investigación dará o no fruto alguno es una incógnita, porque muchas veces las sustancias que dan resultado en animales fracasan posteriormente en humanos. Y, en el mejor de los casos, los fármacos que pudieran salir de estas investigaciones no estarían al alcance de los enfermos antes de varios años. Por consiguiente, no son una esperanza siquiera para los enfermos de hoy, sólo para los de mañana.

Psicosocial

La Psicooncología intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer (Psicoinducción) y de las reacciones psicológicas del paciente canceroso, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (Psicoconsecuencias) (Figura 1).

Los síntomas y signos de sospecha del cáncer, y por tanto el impacto psicológico que supone, depende de las diferentes localizaciones. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama suele ser la propia paciente quien se descubre "un bulto" de forma accidental al bañarse o vestirse, mientras que en las neoplasias hematológicas suelen ser hallazgos analíticos o clínica inespecífica como astenia, equimosis, etc. (Polo cit. Llorca, 2000).

La sospecha de tener un cáncer es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbres que origina. Cohn y Lazarus (1979) establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a perder la intimidad física y psicológica, etc. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de

responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

La comunicación del diagnóstico de cáncer es un aspecto muy controvertido. Cassem (1994) señala que los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes porque consideran que tienen derecho a conocerlo. Esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20% de los casos. Decir la verdad, adaptada a la fortaleza de cada paciente y manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza y facilitará la resolución de los problemas que surgen en la trayectoria del paciente.

Ante el diagnóstico de cáncer se produce una reacción aguda de aflicción, un duelo con incredulidad, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, etc. Posteriormente se aprecian mecanismos de adaptación y defensa como la negación, la represión, la proyección, el aislamiento de los afectos, la evitación de situaciones y decisiones, la modificación en el concepto del tiempo, etc. Deben añadirse los rasgos más sobresalientes y las defensas de la personalidad previa, que condicionan las reacciones al estrés que supone la enfermedad neoplásica y que orientan para establecer las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, ante un paciente oncológico con rasgos orales, que vive el cáncer como una amenaza de abandono, se precisa apoyo con límites firmes (Groves y Kurchaski, 1994).

La depresión y la ansiedad son las reacciones psicológicas más frecuentes de adaptación al cáncer. Igual pueden estimular o alertar al paciente que paralizarlo, por lo que en algunos casos tienen implicaciones beneficiosas en el tratamiento y en otros pueden impedir que el paciente participe activamente en él. Además de ser parte del ajuste normal a la enfermedad oncológica, también pueden constituir un trastorno o pueden estar causadas por los procesos somáticos subyacentes, como señalan Stiefel y Razavi (1994). De acuerdo con Kaplan y Saddock (1997), los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes oncológicos son los Trastornos Afectivos, seguidos del Síndrome Cerebral Orgánico. Massie y Holland (1990) refieren que de los pacientes cancerosos hospitalizados presentan diagnóstico de depresión el 25%, abarcando desde el humor depresivo hasta la depresión endógena. Otros investigadores dan cifras del 42% en pacientes hospitalizados y del 8% en los ambulatorios (Cassem, 1990). En series concretas, por ejemplo en cáncer de mama con mastectomía, la presencia de depresión y ansiedad clínicas es del 6% y del 10% respectivamente (Hughson, 1988). Estas diferencias se deben a lo heterogéneo de las muestras (tipo y localización del cáncer, tratamientos recibidos, hospitalizado o no, etc.) y a la diversidad de instrumentos y criterios utilizados.

Los factores que indican la posibilidad de que los pacientes oncológicos desarrollen depresión son: antecedentes de trastorno depresivo o de consumo de tóxicos (alcohol), cáncer avanzado (sobre todo el pancreático), dolor mal controlado, tratamientos con algunos fármacos concretos (vincristina, vinblastina,

procarbacin, interferón, etc.) y enfermedades intercurrentes (Masque y Holland, 1994).

Pocos pacientes cancerosos cometen suicidio, aunque pertenezcan a un grupo de alto riesgo, especialmente si hay factores como los señalados por Scharaud (1985) y por Filiberti (1989) : psicopatología previa, antecedentes de depresión y alcoholismo, cáncer cérvico-facial y de la esfera sexual (mama, genitales y urológicos), fase avanzada con diseminación, mayor edad del paciente, sexo masculino, los 12 primeros meses posteriores al diagnóstico, ciclos de quimioterapia o ausencia de tratamiento (con cirugía o radioterapia el riesgo es menor).

Más recientemente, Montoya Cascarrilla (1992) indica como factores de riesgo suicida: enfermedad avanzada, mal pronóstico, desesperanza, depresión, dolor, aislamiento, síndromes cerebrales orgánicos (delirium), agotamiento, fatiga, antecedentes personales psiquiátricos y de tentativas, y antecedentes familiares de suicidio. Según Llorca y cols. (1992), el riesgo de suicidio se ve compensado o frenado por la "inhibición improductiva", predominio de la inhibición sobre la impulsividad, apreciada en los pacientes oncológicos.

Ansiedad, depresión y delirium tienen mayor significación cuando el paciente tiene dolor. Massie y Holland (1992) aconsejan tratamientos que incluyan psicofármacos, psicoterapia breve y técnicas de conducta.

La repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional.

El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal. En los casos de cáncer que tienen un referente específico (la tumoración localizada) que sirve como control perceptivo externo, este tratamiento probablemente colabora a que los pacientes puedan diferenciar entre fantasía y realidad. En contraposición tenemos las neoplasias hematológicas que, en virtud de lo oculto de su localización y sintomatología junto a los efectos de su principal tratamiento con antiblásticos, favorecen la suspicacia y la elevación de la escala Paranoia del M.M.P.I. (Matías y cols., 1995).

El tratamiento con radioterapia origina reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad, siendo pesimistas los pacientes acerca de sus efectos. Según Holland (1990), los mecanismos de defensa más utilizados son la negación, el desplazamiento, la identificación y la dependencia del especialista. Hay una evolución del impacto psicológico a medida que transcurren las sesiones, de forma que en las primeras se presentan los cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos en un 25% y un 17% respectivamente, luego disminuyen y se agudizan al terminar el tratamiento (Beck, 1961). Los pacientes de 25 a 35 años parecen ser más sensibles a la agresión de las radiaciones ionizantes (Levrier, 1986).

Los ciclos de quimioterapia, en sus diversas formas de utilización, provocan ansiedad, fobias, depresión, euforia, disminución de la capacidad intelectual, trastornos de conducta, cuadros psicóticos orgánicos (sobre todo paranoides con alucinaciones visuales), alteraciones sexuales, etc., con más frecuencia en menores de 50 años (Horner, 1986). De modo similar a lo que ocurre con la radioterapia, la prevalencia de trastornos psiquiátricos (síndromes ansioso-depresivos los más frecuentes) antes (72%) y después (75%) del tratamiento con citostáticos es superior a la prevalencia durante el mismo (33%) (75).

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

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

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

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

1. *Intervenciones preventivas*: Eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.
2. *Información adecuada al paciente*: Contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.
3. *Preparación a la hospitalización y tratamientos*: Con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
4. *Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer*: Con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.
5. *Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del Cáncer*. En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son:
 - a. Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la

radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar.

- b. Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc.
 - c. Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc.
 - d. Dolor crónico producto de la patología del cáncer.
 - e. Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer.
 - f. Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama.
 - g. Adaptación a amputaciones, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.
1. *Intervención en la fase terminal:* Con el objetivo de paliar el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.

2. *Selección y entrenamiento de personal voluntario*: Que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.
3. *Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería*: Dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

1. INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CÁNCER

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

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

- El diagnóstico y características clínicas del cáncer.

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

En cuanto al cómo y el cuándo:

- La información ha de ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre.
- Debe estar administrada por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicados por el médico, mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo. Inicialmente, la información se dará por medio de conversación, pudiendo complementarse mediante folletos, películas o información provenientes de otras personas que hayan pasado por una experiencia similar (en este caso es imprescindible un entrenamiento específico de esas personas).
- Debe ser congruente, de forma que lo que se le dice al paciente a través de los distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la comunicación tanto del diagnóstico, como del pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente a su pareja y a los

familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención asegurará dicha congruencia.

- Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente. La investigación ha revelado distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes, algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de la enfermedad. En este caso, una información reiterada y exhaustiva puede serles negativa, mientras que otros prefieren buscar cuanta más información mejor, por lo que se les debe facilitar la máxima posible.

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

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

La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso: la ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para

afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado.

A partir del momento del diagnóstico, los objetivos implican:

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

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

Comienzo de la terapia (2-4 sesiones)

1. *Alivio de síntomas*: El terapeuta enseña al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento para los problemas inmediatos como malestar emocional, depresión, ansiedad o crisis vitales. Se utilizan técnicas como resolución de problemas, técnicas de distracción, relajación, asignación de tareas graduales y secuenciación de actividades.

2. *Vivir una vida ordinaria:* El terapeuta explica los principios para maximizar la calidad de vida. Se trata de ayudar al paciente y a su pareja a planificar y usar el tiempo disponible tan activa y recompensantemente como se pueda. Se aplican técnicas de secuenciación y planificación diaria, que incluyen actividades de maestría y placer, que ayudan a estimular el sentido de control del paciente, al observar que puede realizar un amplio rango de actividades, y su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.
 3. *Enseñar el modelo cognitivo:* Se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de su vida diaria.
 4. *Estimular la expresión manifiesta de sentimientos:* Se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son "buenas" o "malas", simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y, posteriormente, la forma de hacerles frente.
- A. **Fase intermedia (3-6 sesiones):** Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en dichos aspectos cognitivos siguiendo estos pasos:
1. Enseñar a desafiar pensamientos automáticos y principios básicos de pruebas de realidad para aplicarlos a sus problemas emocionales.

2. *Continuar el uso del proceso de resolución de problemas:* Ahora, a diferencia del primer nivel, el objetivo se centra en reducir el estrés emocional ante temas menos urgentes pero igualmente importantes, por ejemplo, aislamiento social, problemas de comunicación con la pareja, dificultades en afrontar posibles consecuencias del cáncer, etc. El paciente y su pareja adoptan un papel activo en resolución de problemas conforme la terapia avanza.

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

1. *Prevención de recaídas:* Se discuten y entrenan las estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales.
2. *Planificar el futuro:* Según progresa la terapia se abordan metas a más largo plazo. Se estimula a las parejas a establecer metas realistas para 3, 6 ó 12 meses por delante y a hacer planes prácticos para alcanzarlas.
3. *Identificar supuestos subyacentes:* Al seleccionar pacientes es apropiado explorar creencias que dan lugar a sus problemas emocionales y ayudarles a cambiar reglas y supuestos que relacionan su modo de estar en el mundo.

La investigación acerca de los tratamientos cognitivo-conductuales en cáncer, aunque escasa, muestra consistentemente que las intervenciones cortas (de menos de 10 sesiones) aplicadas tras el diagnóstico de cáncer son altamente beneficiosas, tanto a corto plazo como a largo plazo para producir un

afrontamiento positivo de los pacientes de este acontecimiento estresante, que les lleva a disminuir problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida.

Cáncer de cabeza y cuello

Definición

El cáncer de cabeza y cuello es un término utilizado comúnmente para referirse al grupo conformado por el cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe. En total, el 52% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sobreviven cinco años después del diagnóstico. Entre los pacientes que son diagnosticados con un avanzado estado de la enfermedad a nivel local o regional (estadio III o IV), la recurrencia del tumor representa el mas grande problema para la supervivencia a largo término (Vokes, Weichselbaum, Lippman, 1993).

Etiología

La etiología está estrechamente relacionada a patógenos ambientales, con factores de mayor riesgo si existe consumo de tabaco y alcohol. Como una consecuencia de la historia de consumo de tabaco y alcohol, el curso de la enfermedad en muchos pacientes con cáncer de cabeza y cuello en ocasiones incluyen la aparición de un cáncer secundario, muy asociado a los canceres típicamente diagnosticado en los órganos expuestos al tabaco (Ej. pulmón, esófago, vejiga, riñón) (Begg, 1995). Los procesos que se asocian con un aumento de la incidencia de neoplasias específicas de cabeza y cuello son:

1. Labio: Hiperqueratosis antiguas, exposición al sol y al viento, irritación crónica y xeroderma pigmentoso.

2. Cavidad oral: Higiene bucal deficiente, irritación facial prolongada, masticar betel y sífilis.
3. Nasofaringe.
 - a. Varones orientales. En particular, los de la región china de Canton presentan un riesgo significativamente superior de desarrollar carcinoma de nasofaringe. En sus descendientes americanos el riesgo es menor, pero persiste aún.
 - b. Anticuerpos contra el virus Epstein-Barr. En personas con carcinoma de nasofaringe, los títulos de de estos anticuerpos se encuentran elevados. Pueden detectarse los antígenos víricos dentro de los núcleos de las células malignas. La relación causal aún no ha sido demostrada.
 - c. Níquel. La exposición industrial al níquel está asociada con el cáncer de cabeza y cuello.
4. Cavidad nasal y senos paranasales: Los orientales tienen una incidencia más elevada de carcinomas de la cavidad nasal y de los senos paranasales que los occidentales. Las personas que trabajan en la fabricación de calzado, en la de muebles o en curtidos así como las que están expuestas a asbestos, presentan una incidencia superior de carcinoma del seno etmoidal a menudo con un largo período de latencia. El níquel, el cromo y el aceite de isopropilo aumentan la incidencia del carcinoma escamoso (Parker, 1992).

El cáncer de cabeza y cuello representa aproximadamente una quinta parte de todos los tumores del resto del organismo. Dentro del área cérvico-facial, el cáncer oral es el más frecuente ocupando el 25% de los casos, le sigue el cáncer de laringe, con un 18% y el cáncer de piel con un 17%. El cáncer de labio, orofaringe y el de tiroides no alcanzan cada uno de ellos el 10%. De todos los tumores cérvico faciales. Las neoplasias de las glándulas salivales alcanzan solo un 3%, y el resto de tumores de las otras localizaciones se encuentran en proporción menor (Barceló, 1995).

En los Estados Unidos, existen aproximadamente 41000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello, la mayoría de los cuales son hombre mayores de 50 años (American Cancer Society, 1996).

Para el año 2001, el cáncer de cabeza y cuello a nivel global, representaba el 5,9% de todos los caso nuevos reportados de cáncer a nivel mundial, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (2002), y con una alta incidencia y proyección de crecimiento epidemiológico en países como Japón, China y en general, los países conglomerados en Asia sur oriental.

En Colombia, las estadísticas epidemiológicas a nivel nacional del cáncer, son más bien limitadas. El Instituto Nacional de Cancerología, de las pocas instituciones en el país que lleva un registro confiable acerca del cáncer, elabora cada año un registro de nuevos casos que llegan al instituto durante el año. Aunque este registro resulta en ocasiones un mero bosquejo de la problemática

del cáncer en nuestro país, puesto que se consideran para tal efecto solo casos reportados ante el instituto y no los detectados en todo el país, sirve como un mecanismo útil a la hora de revisar aspectos importantes como la incidencia y la prevalencia del mismo. Los registro mas recientes (INC, 2001), reportan 4389 casos nuevos diagnosticados, 333 casos más que en el año 2000, lo que representa un incremento de 8.2 % en relación con el año 2000, y de un 4.5% comparado con el año 1999. Los casos nuevos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, para el mismo año, representan un total del 5.9% de los casos reportados (259 casos), representando así el 6º tipo de cáncer en incidencia en el país, después del cáncer de cuello del útero, mama, piel, estómago y sistema hematopoyético y reticuloendotelial. A nivel de la ciudad de Cartagena de Indias, las estadísticas alrededor de esta problemática, y el abordaje que se le brinda, no son muy claras, a la vez que se centran única y exclusivamente, en los casos de mortalidad, mas que en los porcentajes relacionados con la incidencia y prevalencia de esta localización del cáncer o en los tratamientos a través de los cuales fueron asistidos los pacientes con esta localización del cáncer, y más aún, del abordaje de la enfermedad como tal. Según el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), en el año 2002, se presentaron alrededor de 17 casos de muerte relacionada con esta localización del cáncer, mientras que para el año 2003, hasta el momento de esta investigación, los casos de personas fallecidas llegan a 15. Otra de las falencias en este aspecto epidemiológico de la enfermedad en la ciudad de Cartagena, es la clara dificultad que existe para mantener registros consistentes y confiables, debido al manejo de diferentes registros con, igualmente, diferentes criterios de inclusión y de registro, en los

diferentes centros hospitalarios que manejan los casos de pacientes con cáncer en la ciudad (Centro Clínico del Caribe, Hospital Bocagrande, Hospital Naval, Clínica del Seguro Social Enrique de la Vega).

Morbilidad psiquiátrica y psicológica

En varios puntos del curso de la enfermedad y el tratamiento, es probable que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello experimenten y muestren fuertes reacciones emocionales y sociales. Como un intento de adaptación al estrés producto del cáncer y su tratamiento, estas reacciones son normales en ciertos niveles. Sin embargo, algunos pacientes experimentaran reacciones extremas las cuales no son únicamente las causas del disconformismo y el distrés de los pacientes y los familiares pero pueden interferir con la cooperación de los pacientes con su equipo médico.

La reacción a la enfermedad, esta determinada por la interacción de varios factores y, en particular, por el impacto que tiene esta sobre la personalidad y los mecanismos de defensa del paciente. La incertidumbre y el miedo al diagnóstico, el entorno hospitalario y la espera por los procedimientos de tratamiento, constituyen una constante fuente de estrés. Mas allá, los efectos de la cirugía en términos de cambios somáticos permanentes y el tratamiento subsecuente, con los posibles sentimientos de falla de los anteriores tratamientos, pueden convertir la experiencia del paciente con cáncer en una situación particularmente susceptible a desarrollar desordenes psicológicos, algunas veces de considerable gravedad. La literatura (Derogatis RL, Morrow GR, Fetting J et al., 1983), refiere

que alrededor del 30%- 47% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello desarrollan innumerables molestias psicológicas y el más prevalente desorden psicológico asociado a este grupo de pacientes es el Trastorno de Adaptación. De cualquier manera, incluso en cualquier orden, debe de notarse que estos pacientes sufren alteraciones en el ánimo, desordenes mentales orgánicos, y síndromes de personalidad y ansiedad. En la reacción al curso de la enfermedad por cáncer un elemento clave, el cual debe ser resaltado, es la evaluación cognitiva que el paciente hace del evento en sí y el significado que este le brinda. Los procesos de la evaluación cognitiva se encuentran influenciados por varios factores, entre los que se encuentran la estructura de personalidad del paciente, las conductas de autocuidado, las expectativas personales y los proyectos, la sensación de identidad y de control, experiencias previas y el nivel de apoyo social recibido. Factores que pueden ejercer una influencia negativa en el proceso de adaptación a la enfermedad, consiste en el alto valor simbólico subjetivo atribuido al evento, capacidad reducida para manejar situaciones estresantes, baja sensación de control de la situación, un sentimiento de amenaza constante y de pérdida.

En una muy útil publicación, Harrison y Maguire (1994) revisaron los predictores de desordenes psicológicos y psiquiátricos en pacientes con cáncer. La conclusión a la cual estos investigadores llegaron fueron los siguientes factores de riesgo: una historia previa de ánimo alterado, alta emocionalidad, baja fuerza del ego, bajo desempeño físico, cierto tipo de tratamientos, bajo apoyo social, estrategias de afrontamiento pasivas o de evasión, información inapropiada o

inadecuada, y problemas de comunicación. A esto, puede ser añadido un gran número de preocupaciones diarias sin resolver (Worden y Weisman, 1984) y los niveles de diestrés del compañero (Anderson, Walker & Walker, 2000).

Los cambios psicosociales en el paciente con cáncer de cabeza y cuello comienzan desde el momento del diagnóstico. Como todos los pacientes que se enfrentan con un diagnóstico de cáncer, ellos se enfrentan con miedo a la muerte, de pérdida, y dolor (Weisman, 1976; Krouse, 1989; Straus, 1989). En respuesta, muchos pacientes experimentarán shock, insensibilidad, o diestrés. En otros, la crisis del diagnóstico, compuesta por la anticipación de la desfiguración y los tratamientos inhabilitantes que vienen en el futuro, pueden disparar una severa reacción emocional. Tal como una intensa reacción de aflicción puede manifestar en un comportamiento regresivo, depresión, e ideación suicida por los cual una intensiva intervención psicológica es necesaria. Relacionado con el ajuste emocional del paciente al diagnóstico, un pauta de respuesta social puede ser establecida. Por ejemplo, algunos pacientes comienzan a retraerse socialmente, y constantemente se retiran de situaciones sociales y se convierten en personas que no interactúan. Otros, exhiben una mayor dependencia hacia los demás, lo cual en ocasiones coloca excesivas demandas emocionales en la familia y en el personal médico. El periodo entre el diagnóstico inicial y el tratamiento es a menudo acompañado con sentimientos de ansiedad, tristeza, y desesperación asociada con la pérdida anticipada de atributos físicos y funciones. Cuando el paciente se prepara para la cirugía, el miedo y la ansiedad están típicamente fortalecidos. En una alta proporción de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

hospitalizados, niveles psiquiátricos de depresión reactiva y ansiedad han sido reportados con trastornos de adaptación en un porcentaje que varía entre el 36% al 50% de los pacientes (Beitbart y Holland, 1989). En comparación con otras localizaciones del cáncer, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ha sido encontrado un incremento en el riesgo de suicidio. Los numerosos factores que contribuyen a que este riesgo se vea incrementado incluyen la personalidad, las secuelas del tratamiento, y el alcoholismo.

En otros estudios, (De leeuw y cols, 2000), se ha encontrado una alta correlación entre la sintomatología depresiva y la condición de pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos a través de cirugía oncológica, sin embargo, el estudio no profundiza mucho en otros tipos de reacciones emocionales, ni tampoco realiza una investigación más profunda de factores psicosociales asociados al estado del cáncer en el paciente. En estudios similares (Llorca y cols. 1991), se amplió un poco la visión de los pacientes sometidos a una laringectomía en el marco de un cáncer de cabeza y cuello. Este estudio, hace referencia a la depresión más como un estado asociado a los trastornos adaptativos asociados al cáncer de cabeza y cuello (retraimiento social, aislamiento, etc.), además de encontrar insomnio frecuente entre estos pacientes, a la vez de alteraciones de la imagen corporal y la autoestima. Igualmente en este estudio se trató de establecer correlación entre los trastornos psiquiátricos y el tipo de neoplasia que cursan los pacientes (local o hematológicas), en la cual se encontró una mayor relación entre los trastornos psiquiátricos asociados a neurosis y paranoia en las neoplasias hematológicas a diferencia de las

neoplasias localizadas, en las cuales el nivel de control de los pacientes, parecía no sufrir mayor modificación.

Vale hacer referencia especial a los trastornos adaptativos, los cuales son los mas altamente correlacionados con esta localización del cáncer, según Llorca y cols. (1991).

El ajuste o la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido (Brennan, 2001) como un proceso ininterrumpido 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 en la vida en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es una instancia aislada, única sino más bien una serie de respuestas constantes para superar las múltiples tareas que implica el hecho de vivir con cáncer. Los pacientes se enfrentan a múltiples retos que varían según el curso clínico de la enfermedad. Períodos comunes importantes de crisis y reto incluyen el diagnóstico, el tratamiento (cirugía, irradiación, quimioterapia), el postratamiento y la remisión, la recidiva y la atención paliativa, (Loscalzo y Brintzenhofeszoc, 1998) y la supervivencia (Kornblith, 1998). Cada uno de estos acontecimientos incluye cierto esfuerzo para la superación, preguntas existenciales específicas, muchas respuestas emocionales comunes y problemas determinados.

La adaptación normal o exitosa se indica en pacientes que pueden reducir a un mínimo los trastornos en las funciones de la vida, regular el sufrimiento

emocional y continuar participando activamente en aspectos de la vida que aún revisten significado e importancia (Spencer, Carver, y Price, 1998).

La adaptación se refiere a los pensamientos y los comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse (Folkman y Greer, 2000). El estilo de adaptación se refiere al estilo más común, más frecuente y a más largo plazo de adaptación que un individuo tiende a utilizar a través de una variedad de situaciones de vida. El estilo de adaptación individual se relaciona estrechamente con frecuencia a la disposición general y la personalidad de un individuo (por ejemplo, optimismo, pesimismo, introversión, extroversión).

Las estrategias para la adaptación se refieren a aquellas utilizadas con menor frecuencia y esfuerzos para la adaptación más específicos a las situaciones, como la readaptación a la rutina diaria de una persona o el calendario de trabajo a fin de adaptarse a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Las estrategias para la adaptación se inician en un esfuerzo por adaptarse. A pesar de que hay muchas estrategias exitosas para la adaptación, se ha tomado nota de tres categorías amplias (Rowland (1989) citado por Holland y Rowland, 1989):

1. Centradas en los problemas
2. Centradas en las emociones
3. Centradas en el significado

Las estrategias centradas en los problemas ayudan a los pacientes a manejar problemas específicos al tratar directamente de modificar situaciones problemáticas. Las estrategias centradas en las emociones ayudan a las personas

a regular su grado de sufrimiento emocional y las estrategias centradas en el significado ayudan a los pacientes a comprender porqué ha sucedido y el impacto que el cáncer tendrá en su vida. En general, las personas que se adaptan bien típicamente continúan comprometidas y participan activamente en el proceso de superación del cáncer y siguen encontrando significado e importancia en sus vidas. Por otra parte, las personas que no se adaptan a menudo se desconectarán, retraerán y sentirán desesperanza. De esta manera, evaluar el grado de participación en comparación con renunciar puede ser una manera de distinguir entre la adaptación satisfactoria y la insatisfactoria (Spencer, Carver, y Price, 1998).

Una teoría cognitiva para la adaptación (Lazarus y Folkman, 1984) propone que en respuesta a acontecimientos significativos de la vida, la persona se formule dos preguntas importantes: "¿Tiene este acontecimiento importancia para mí a nivel personal?" y "¿Cuáles son los recursos con los que cuento para tratar / controlar este acontecimiento?" Cuando un acontecimiento es percibido como significativo a nivel personal (prácticamente todos los eventos de la vida relacionados con el cáncer lo serán) y cuando los recursos personales de un individuo se consideran inadecuados para las demandas de manejar el acontecimiento, es posible que se presenten dificultades. Una manera de conceptualizar el grado de sufrimiento experimentado por pacientes es el equilibrio o el coeficiente entre percepción de las demandas que una situación (por ejemplo, la quimioterapia) impone en los pacientes y la percepción de los recursos que

poseen (por ejemplo, antieméticos eficaces) para abordar de manera eficaz estas demandas: $\text{Sufrimiento} = \text{Demandas percibidas} / \text{Recursos percibidos}$

Individuos con el mismo diagnóstico o régimen de tratamiento pueden experimentar grados muy diferentes de sufrimiento. Un alto grado de sufrimiento podría resultar de las percepciones de una persona que las demandas de una situación son muy altas o sus recursos son muy bajos (o ambos). Por otra parte, un grado bajo de sufrimiento es el resultado de una percepción que las demandas de una situación son muy bajas o los recursos de la persona son altos (DSM IV, 2000). Por tanto, a fin de reducir el sufrimiento, bien las demandas percibidas de la situación deben reducirse o bien los recursos percibidos deben aumentarse.

A pesar de que existen algunos puntos comunes en la adaptación normal a los variados factores de estrés del cáncer, también existen muchas diferencias a nivel individual. Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente al cáncer, de manera que es importante reconocer factores que influyen en la adaptación al cáncer. Se ha determinado que el ajuste y la adaptación psicosocial es influido por tres categorías amplias de factores: Derivados del cáncer, derivados del paciente y derivados de la sociedad (Nicholas y Veatch, 2000). Los factores derivados del cáncer incluyen el tipo de cáncer, su estadio y pronóstico, así como el lugar del paciente en la escala del diagnóstico, el tratamiento y la recidiva. Los factores derivados de los pacientes incluyen dos tipos de recursos: recursos intrapersonales para la superación y apoyo social interpersonal, así como consideración de la etapa de la vida (es decir, tareas del desarrollo --adultos jóvenes pueden responder de manera bastante diferente en relación con adultos

de mayor edad). Los factores derivados de la sociedad incluyen las opiniones de la sociedad general sobre el cáncer (por ejemplo, estigma), así como la influencia que tiene la sociedad en cuestiones como disponibilidad de tratamientos, discusión abierta en comparación con discusión cerrada de la enfermedad y convicciones populares sobre la causa.

De igual forma, uno de los aspectos mas importantes a tener en cuenta al momento de evaluar la adaptación al cáncer de cabeza y cuello, es la situación específica en la cual se encuentre el paciente frente a la fase de la terapéutica médica que corresponda.

Perspectivas de abordaje del paciente con cáncer de cabeza y cuello

Biológica

Como la medicina en general y los distintos campos de la cirugía en particular, el tratamiento oncológico maligno en cabeza y cuello ha sufrido un lento progreso en su evolución hasta llegar a los parámetros actuales. Los intentos iniciales de extirpación de neoplasias malignas de lengua se remontan al siglo XVII con Pimpinella, de quien se dice, lo intentó por vía transoral. En los siglos siguientes poco se avanzó en este campo hasta el siglo XX, con Bilroth y Kocher, quienes fracasaron en su intento de curar la enfermedad al ignorar o dejar de lado las metástasis como parte integrante de la enfermedad. Gracias a la acuciosidad de Goerge Crile, en 1906 es que se da el gran paso en el avance del tratamiento; en las autopsias, constató que el 25% de los pacientes morían como consecuencia de las metástasis linfáticas cervicales y no por las lesiones primarias. Al constatar

esta verdad, la lógica de resección quirúrgica en bloque de lesión primaria y drenaje linfático tuvo como respuesta una mejor sobrevida de los pacientes, que hasta ese entonces sólo podían recibir como tratamiento la radioterapia. Lamentablemente, operaciones de esa magnitud, sin los adelantos de los elementos auxiliares de la cirugía, como anestesia con intubación, el reemplazo de la pérdida sanguínea con el uso de los bancos de sangre y la carencia de antibióticos, hicieron que dichas operaciones cayeran en descrédito, dejándose de lado este gran avance.

Naturalmente, la radioterapia, la otra arma de lucha contra esta enfermedad, se impone con los implantes de agujas de Radium en la cavidad bucal, apoyada por la Radioterapia externa, preconizada por Maurice Lenz, Francis Carter y Leila Knox en el Hospital St. Lukes de N.Y., quienes establecen el primer Departamento de Radioterapia en 1920 (Murphy, 1995). En la década del 50 y con la invaluable dirección del Dr. Hayes Martín, del Memorial Hospital For Cancer And Allied Diseases de New York, el péndulo que se orientaba al tratamiento radiante da un cambio radical. Si bien el mismo Martín, inicialmente fue el propulsor y defensor del tratamiento radiante antes mencionado, se convenció posteriormente de que esa no era la respuesta adecuada, pues fue consciente de los fracasos obtenidos por las excesivas dosis, extensos campos de irradiación y complicaciones severas que terminaban con el paciente.

El tiempo transcurrido entre las dos grandes guerras mundiales (1914-1939), trajo enormes adelantos en la Anestesia, Bancos de Sangre, Antibioticoterapia, y

permitió que la Cirugía alcanzara el nivel al que ha llegado en el presente. Grandes resecciones de tumores y su sistema linfático en continuidad, aún con deformaciones subsecuentes, tales como pérdida de elementos vitales como la voz y la deglución, son posibles. Esta técnica, preconizada por Crile y tomada como arma principal por Hayes Martín, fue la piedra angular para este avance quirúrgico (Murphy, 1995). Este tipo de operaciones en la Cavidad Bucal, de resección radical del tumor primario, parcial del maxilar inferior y su sistema linfático en continuidad, fue el ejemplo de ese nuevo ímpetu.

Las tumoraciones que afectan a la cara en sus diversas estructuras (boca, nariz, fosas nasales, senos, órbitas), pueden ser benignas o malignas. Las benignas pueden producir invasión local, pero no dan metástasis en los ganglios del cuello ni en el resto del organismo, al contrario de las malignas.

La cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas. Según el tamaño de las mismas, el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras vecinas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico. Mientras que para las tumoraciones malignas, existen tres tipos de tratamiento, con frecuencia utilizados en forma combinada. Éstos son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

La cirugía en estas lesiones malignas, consiste en extirpar la zona afectada con amplios márgenes de seguridad, incluyendo así una parte importante de tejido sano. Además, en ocasiones, de forma preventiva o curativa, es necesario hacer

una limpieza de los ganglios del cuello. Consigue sola o asociada con otros tratamientos, un importante número de curaciones.

Nunca podrán dejarse de lado en el campo quirúrgico, los progresos inmensos habidos en la reconstrucción de los enormes defectos creados por la cirugía de resección tumoral; poco se podría añadir a la vida de un paciente si es que a la par que se cura su enfermedad no se reconstruye adecuadamente, permitiéndole alimentarse o tener un aspecto físico adecuado y no repulsivo para él, su familia y la sociedad de donde provino (González, 2000). Para intentar reconstruir los tejidos eliminados: piel, mucosas, músculos, nervios, huesos, etc., se hace necesario utilizar técnicas complejas de reconstrucción, en ocasiones microquirúrgicas, y empleo de injertos: Del propio paciente, de banco de tejido, o artificiales, produciéndose a pesar de todo alteraciones estéticas y/o funcionales, y pérdida parcial o total de órganos sensoriales. Por lo tanto, es una cirugía larga y delicada, que puede incluir el uso de traqueostomía profiláctica, generalmente temporal, permanencia postoperatoria inmediata en UCI, y dispositivos especiales para alimentar al paciente hasta que pueda hacerlo por él mismo. Adicionalmente, en ocasiones, son necesarias cirugías posteriores como reconstrucción diferida, para corregir secuelas o para tratar recidivas del tumor (González, 2000).

De acuerdo con este autor, el tratamiento de los tumores malignos de cabeza y cuello, no está libre de complicaciones, tales como: Infecciones, seromas, hemorragias graves, rechazo y/o pérdida del injerto, complicaciones respiratorias y/o cardiovasculares e incluso el fallecimiento del paciente. Además de las

secuelas propias de la extirpación del tumor que dependen de su localización exacta.

En lo referente a la quimioterapia para el cáncer de cabeza y cuello, ésta no ha tenido resultados halagadores. Se está usando como arma adyuvante o neo-adyuvante en tratamiento de tumores avanzados combinados con radioterapia; otras veces, con cirugía y otras, las tres modalidades para salvar, prolongar o brindar mejor calidad de vida a pacientes con tumores considerados irresecables quirúrgicamente (González, 2000).

Psicosocial

Zapatero y Pérez (1999), asocian las reacciones psicológicas en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente, en muchas ocasiones con la desfiguración facial que en muchas ocasiones ocurren tras estas operaciones y el alto valor que define en nuestra sociedad la identidad personal y determina la forma de comunicación. Igualmente, hacen referencia a una disminución de la autoestima, aumento del aislamiento social, miedo al rechazo y abandono, angustia global, sentimientos de minusvalía, pérdida de interés por el entorno y tendencia al suicidio.

Sin embargo, a pesar de que existen estudios acerca de las reacciones a las cuales se ven enfrentados estos pacientes, las referencias o evidencias de los procedimientos psicoterapéuticos a seguir en este tipo de problemáticas, aun se

encuentran entre los temas de mayor discusión entre la nascente rama de la psicooncología, sin proyección hacia el horizonte de una respuesta clara y veraz al respecto, a pesar que los aspectos psicosociales de la enfermedad se encuentran muy estrechamente relacionadas con los altos índices de abandonos de tratamientos postquirúrgicos (Moadel, Ostroff y Schantz, 1998). En muchos casos, el tratamiento a seguir, viene dado por la reacción emocional que este presentando el paciente. Según un artículo publicado por la Instituto Nacional del Cáncer (NCI) (2003), el tratamiento psicológico por elección, en los casos en los que se presenta depresión en estos tipos de paciente, es la reestructuración cognoscitiva, sin embargo, la utilidad de estas terapias aún no ha sido 100% comprobadas en los pacientes. A su vez, el NCI, refiere el tratamiento de la depresión en los pacientes con cáncer mas hacia el modelo biomédico (farmacológico), que a la relación psicoterapéutica.

La preparación psicológica ante la hospitalización y los tratamientos, el manejo de la información adecuada al paciente, el control de los efectos de los tratamientos oncológicos, las dificultades en la comunicación en la unidad familiar se han relatado como algunos de los aspectos hacia los cuales se debe centrar un programa psicoterapéutico. Todos ellos dirigidos tanto a la prevención como a la rehabilitación de respuestas emocionales desadaptativas y/o trastornos psicológicos, lo que en sí, puede llegar a contribuir a la mejora de la calidad de vida de los enfermos y de su familia (AECC, 2002).

Se distinguen cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía:

1. el peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es la amenaza de la anestesia general, incisión, amputación, etc. ;
2. los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación;
3. la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupacionales;
4. aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y signos de enfermedad, así como la perspectiva de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.).

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

- a. *Información de procedimiento*: Si ha aportar información precisa de lo que se le va a hacer al paciente, el momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a reducir el *distress* y minimizará la incertidumbre.
- b. *Información subjetiva y de sensaciones*: Se ha de ofrecer información al paciente Sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, el los que se distinguen de aquellas producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos. Se trata de que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y que sean percibidas correctamente y no como signos de alarma. La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se ha de

dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

c) *Estrategias de afrontamiento específicas*: Dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción. Entre las *estrategias orientadas al problema* se aplican frecuentemente: entrenamiento en respiración profunda, relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para facilitar la recuperación de capacidades físicas. Entre las *estrategias de afrontamiento centradas en emociones*: petición apropiada de la medicación, distracción cognitiva, visualización, atención orientada a los aspectos positivos, interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional. Los pacientes han de ser entrenados en estas técnicas, y expuestos en imaginación o en vivo gradualmente a estímulos que permitan la práctica y habituación a los estímulos estresantes relacionados con la cirugía.

La experiencia clínica prueba los beneficios de contar con asistencia psicoterapéutica desde este momento, ya que el paciente es ayudado a superar la situación de estrés agudo, pudiendo entonces tomar decisiones con relación al tratamiento, a sus relaciones vinculares y a sus actividades sociales. Muchas veces, los pacientes no han sido informados, suponen, dudan, o no entendieron lo que se les informó y desde ese lugar, obviamente, no están en condiciones de tomar decisiones y están muy asustados. El lugar de la consulta psicoterapéutica, donde este malestar puede ser escuchado, da la oportunidad de enfrentar las

propias circunstancias, comenzando a tomar decisiones, y pasando de la actitud pasiva de objeto, a una actitud activa de sujeto (Mc Dougall, 1999).

Según Mc Dougall (1999), el cambio de actitud, la toma de las riendas de la situación y el saber qué es lo que está pasando, siempre tiene un efecto tranquilizador, que reduce la ansiedad y da esperanzas y fuerzas para emprender el camino que hay por delante. La capacidad de afrontamiento y adaptación de cada persona está condicionada por el estilo de personalidad previo, su afrontamiento y sus experiencias previas así como por los afectos y el apoyo familiar y social, incluido el equipo de salud.

La asistencia psiquiátrica y psicológica pueden evitar o disminuir los efectos de paralización, confusión, dificultades de concentración, alteraciones somáticas (apetito, sueño) y de la actividad cotidiana, que la condición traumática de la experiencia habitualmente genera. Además, el estado de ánimo puede ser alterado no sólo por los tratamientos necesarios para lograr librarse de la enfermedad, sino por efectos adversos de los fármacos, del tumor o de enfermedades asociadas (Mc Dougall, 1999).

Una vez iniciados los tratamientos a que el paciente debe someterse, el tratamiento psicoterapéutico es un apoyo para el sostén de los mismos, ya que en sí son traumáticos y a veces dolorosos, y es necesario un fuerte deseo de vivir y una gran entereza para continuarlos hasta llegar a la liberación de la enfermedad o a la mejoría de la calidad de vida.

Como parte del equipo de salud por el cual es atendido el paciente, desde el área de psicopatología también se colabora con él y con el médico, para que la comunicación sea lo más fluida posible y el primero se sienta seguro, confiado y con derecho a saber tanto como quiera sobre el desarrollo de la terapéutica, lo cual facilitará la labor del segundo.

Pese a que no hay comprobación científica – pese a los grandes esfuerzos de la psiconeuroendocrinoinmunología – sobre la magnitud de la incidencia de los factores psico-socio-emocionales en el inicio de la enfermedad, sí se cuenta con experiencias controladas de los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas, tanto individuales como grupales, sobre la mejoría de la respuesta a los tratamientos (Die y Meseguer, 2000).

En el Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock (1997) se cita una revisión de más de 20 intervenciones psicoterapéuticas controladas que demostró que todas tienen efectos benéficos. Tanto las sesiones individuales como las grupales, mejoraron la autoestima y la autoimagen, y redujeron la ansiedad. En un informe reciente se ha documentado la prolongación del tiempo de vida en pacientes con cáncer de mama avanzado, que habían participado de dispositivos grupales; en otro se halló mejoría en los parámetros inmunes en pacientes con melanoma en estado inicial, quienes además tuvieron mayores intervalos libres de recidivas. En general, están científicamente documentados un aumento del tiempo libre de

enfermedad, una disminución de las recidivas y una prolongación del tiempo de vida, en pacientes que han recurrido a la psicoterapia como parte del tratamiento.

Distintos autores (Die y Meseguer, 2000) destacan otro momento especialmente difícil en el ámbito emocional: el de la reinserción social, familiar y laboral del que sobrevive al cáncer. Dichas autoras afirman que, el contacto con los amigos se suele perder por la duración de la enfermedad, dificultando más aún la readaptación. En muchas oportunidades, el psicólogo clínico en este ámbito determina qué persona necesita ayuda (el enfermo, algún familiar, etc.) y cuáles son las características del problema percibido por el paciente. Con toda esta información se establece un psicodiagnóstico, es decir, si tiene ansiedad, depresión, trastorno de adaptación, etc., y en función de esto se fija el tipo de psicoterapia y con qué técnicas de psicología se puede abordar dicha problemática.

Más específicamente, en la evaluación psicosocial, la elección de palabras es importante. Según Ibbotson y cols. (1994), deben evitarse palabras que indiquen el estigma de enfermedad mental seria, como psiquiátrico, psicológico, trastorno mental, adaptación inadecuada o enfermedad mental --a cambio de palabras como trastorno, preocupaciones, incertidumbres, o factores de estrés de la enfermedad o su tratamiento. Cuando el examen selectivo y la referencia se realizan de manera rutinaria, se puede informar a los pacientes precisamente que se trata de un procedimiento normal, de rutina para todos los pacientes. Según

estos autores, las sugerencias para la elección de palabras incluyen las siguientes: “

- El cuestionario que usted completó nos ayuda a comprenderlo a usted como una persona total, y queremos ofrecerle la mejor atención posible para usted física, emocional, social y espiritualmente.
- Como usted se dará cuenta, una enfermedad seria puede afectar la calidad de vida de muchas maneras (emocionalmente, socialmente, en el ámbito de trabajo, las relaciones, las finanzas y la energía). Esta enfermedad comprende muchos otros aspectos además de meramente el aspecto físico y queremos asegurarnos que abordamos estas otras dimensiones de su vida.
- Sus preocupaciones e inquietudes son muy comprensibles, dada su enfermedad y tratamiento. No queremos ignorar los aspectos (emocionales, sociales, espirituales) de su experiencia en este momento.
- Hemos descubierto que muchos pacientes se benefician en gran medida de la posibilidad de hablar más sobre sus preocupaciones con un (trabajador social, profesional de salud mental, especialista en atención paliativa, o consejero pastoral), y nos gustará hacer una cita para usted.
- Si desea una explicación más amplia, le sugerimos una entrevista de aproximadamente 45 minutos con un profesional que:
 - Lo escuchará atentamente.
 - Desea conocer sus experiencias con la enfermedad.

- Le preguntará sobre usted, su familia y amigos y otras personas de apoyo.
- Formulará preguntas sobre cómo se ha adaptado a su enfermedad y puede instarlo a continuar (y ofrecerle comentarios sobre) estrategias exitosas para la superación que usted ya está utilizando.
- Tendrá sugerencias sobre maneras adicionales de abordar sus preocupaciones. “

La evaluación psicosocial generalmente comprende una entrevista semiestructurada durante la cual el profesional evalúa el grado en que un paciente individual, la familia y otras personas significativas en la vida de un paciente se adaptan a las demandas actuales de la enfermedad. En general, este proceso de evaluación tendrá en cuenta una variedad amplia de factores pertinentes a la adaptación general. Por lo general, este proceso de evaluación considerará una variedad amplia de factores pertinentes a la adaptación general, entre los que se encuentran la situación actual de la enfermedad en el organismo, los controles biomédicos que de esta se desprendan, los niveles de red de apoyo social con los que cuente el paciente y su familia, la vulnerabilidad psicológica previa al suceso etiológico (Nicholas y Veach, 2000). El entrevistador experimentado que evalúa la adaptación psicosocial a la terapéutica quirúrgica, en particular, considerará estas y otras variables pertinentes, al tiempo que establecerá también una relación de trabajo con cada paciente durante la cual comenzará un proceso ininterrumpido de orientación o psicoterapia cuando fuera necesario.

Dicho proceso psicoterapéutico, ha sido descrito por diferentes autores (Fritzsche, 2002; Walker, 1999; Spiegel, Bloom, Kraemer, y cols.,1989; Hammerlid, Persson, Sullivan, y Westin, 1999), sin embargo, a pesar de distintos estudios comprobativos del alto potencial positivo que poseen los procesos psicoterapéuticos para la rehabilitación biopsicosocial del paciente, al favorecer unos índices mas altos de adhesión a los protocolos de intervención biomédica, los resultados aún se encuentran en proceso de discusión por distintos estudios que indican lo contrario (Petruson, Silander, Hammerlid, 2003). Otro de los aspectos en referencia al proceso psicoterapéutico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos a través de cirugía oncológica, hace referencia al formato de apoyo psicosocial que debe ser brindado. En referencia a este punto, en el estudio adelantado por Hammerlid, Persson, Sullivan y Westin (1999), en el cual se estudian los efectos de la intervención psicosocial en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se realiza un acercamiento al respecto. En el estudio, los investigadores adelantaron un estudio comparativo del formato de intervención psicosocial en grupo y el de intervención psicosocial individual. Según los resultados presentados en el estudio, ambos formatos de intervención psicosocial son efectivas a la hora de enfrentar las sintomatologías psicológicas y psiquiátricas asociadas al curso del paciente posterior al tratamiento quirúrgico, aunque igualmente, se refieren unos beneficios diferenciales en ciertos aspectos de la aplicación de uno u otro formato de intervención psicosocial. Así, los pacientes intervenidos a través de la intervención psicosocial de grupo, tuvieron una mejoría significativa en cuanto a la morbilidad psiquiátrica, funcionamiento social y emocional y calidad de vida global. En tanto que los

pacientes intervenidos a través de psicoterapia individual, obtuvieron mejoría en la adaptación a su nueva condición y hacia el entorno social que los rodeaba.

Ambos formatos tienen diferentes formas de aplicación a nivel psicoterapéutico, dependiendo, igualmente, del enfoque con el cual se maneje la intervención. Según Massie, Holland, y Straker (1989), el enfoque cognoscitivo conductual es el enfoque más ampliamente utilizado en la labor clínica con este grupo de pacientes, no solamente por las características de la población hacia la cual esta dirigida, sino por los objetivos terapéuticos hacia los cuales se dirigen las intervenciones cognoscitivo conductuales acordes a las necesidades reales de la situación biopsicosocial del paciente y del entorno que rodea a este. En este modelo de abordaje de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, el esquema más utilizado para el manejo de la situación en los pacientes de manera general es como lo esquematizan Massie, Holland y Straker (1989):

Evaluación cognoscitiva y conductual: En la cual se valoran las expectativas, los pensamientos, las atribuciones de los diferentes aspectos asociados al curso de la rehabilitación, sensación de control y pérdida.

Técnicas Conductuales: Inducciones a relajación e hipnosis. Entre las que se cuentan además, programación de actividades, desensibilización sistemática, visualización de imágenes y control de ansiedad, y estimulación.

Técnicas Cognoscitivas: Análisis de opinión al respecto de la enfermedad y el tratamiento. Entre las que se consideran, el análisis de estrategias cognitivas de afrontamiento y la reestructuración cognoscitiva.

En cuanto al manejo de psicoterapia de grupo en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, según Cain y cols. (1986), éstas no consisten simplemente en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes: El mismo contexto de grupo, las relaciones complejas que emergen entre el grupo y el terapeuta y entre los componentes del grupo en sí, igualmente el uso de técnicas específicas, logran todas juntas que la experiencia de grupo se convierta en una potencial terapia eficaz. El grupo ofrece a cada componente la aceptación y el apoyo que viene de las demás experiencias de los mismos problemas, la oportunidad de aprender estrategias de adaptación por otros, el sentimiento de no estar solo y favorece la aceptación recíproca y la solidaridad.

Conclusiones

- El acercamiento que brinda el modelo biopsicosocial de la enfermedad del cáncer, promete ser una de los mas profundos analisis jamas realizado hasta ahora en la historia y la lucha contra el cáncer alrededor del mundo, tanto de los procesos que originan y encausan el desarrollo de la enfermedad como el manejo terapeutico de la misma.
- Una de las principales funciones como profesionales de la psicología se encuentra inscrita en la fundamentación de estrategias necesarias para, junto con el paciente, su familia y el personal médico, lograr prevenir en los tres niveles posibles de intervención preventiva que puede ser realizada: tanto a nivel primario, secundario como terciario.
- La psicooncología como nueva ciencia dentro del campo de la Psicología de la Salud, debe empezar a reconocerse asi misma como una rama Activa de la misma que, en vez de funcionar como una psicología reactiva, es decir, actuando frente a las reacciones del paciente, su familia y el personal médico, sienta una posición critica y más dirigida a funcionar dentro de un esquema de prevención inscrito dentro del modelo biopsicosocial y eminentemente, interdisciplinario.
- La intervención psicologica del paciente con cáncer de cabeza y cuello, se retroalimenta de las diferentes corrientes predominantes en la ciencia psicologica, inscribiendose principalmente hacia aquellas que abordan las dimensiones psicologicas, emocionales y conductuales que faciliten la adaptación y ajuste del paciente a su nueva situación, bien sea de enfermedad o posterior a esta.

Discusión

El objetivo primordial con el cual fue planteado el presente trabajo monográfico, se planteaba en términos de el establecimiento de la situación actual del manejo psicoterapéutico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos a través de cirugía oncológica, sin embargo, hacia el final de la investigación monográfica, los resultados de nuestro acercamiento al tema fueron mucho mas allá de lo inicialmente planteado en nuestro marco inicial de trabajo, y salieron a flote una serie de puntos estrechamente relacionados y de los cuales no es posible desligarse para, igualmente, dar solución al objetivo inicialmente planteado.

Uno de los primeros puntos importantes hallados a través de la investigación monográfica, responde al abordaje de la problemática del cáncer en nuestra ciudad, Cartagena de Indias.

El estudio y análisis de graves problemáticas, como lo es la del cáncer, debe de involucrar una gran cantidad de variables. Esta es una realidad a la cual han llegado muchos investigadores del cáncer alrededor del mundo: un abordaje unimodal conllevaría a un punto muerto en la lucha contra el cáncer. Para poder entender la compleja problemática del cáncer, un abordaje multimodal, sería mucho mas conveniente, es decir, desafiar los modelos unidimensionales como el biomédico, y entrar a estudiar cada una de las diversas ramificaciones que sobre la humanidad ha tenido esta problemática en sus dimensiones sociales y

psicológicas, además de las biológicas. En el presente estudio monográfico, una de las dificultades más pronunciadas a la hora de establecer marcos de manejo biopsicosocial de una de las localizaciones del cáncer, el denominado cáncer de cabeza y cuello, fue el pobre manejo de información que se mantiene a través de los canales tanto institucionales como poblacionales de la problemática del cáncer y de las implicaciones que esta trae consigo. Es así como estadísticas poblacionales de incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad de tal problemática, son el fiel reflejo del estigma social que recae sobre el cáncer como enfermedad: se centran únicamente en estadísticas de mortalidad, dejando de lado estadísticas de incidencia, prevalencia y morbilidad. Igualmente, el impacto de la desinformación se puede medir por el poco conocimiento que en las diferentes instituciones que brindan atención a los pacientes con cáncer en la ciudad de Cartagena de Indias, tienen de las necesidades de sus propios pacientes, pasando por alto las necesidades psicológicas, emocionales y sociales del paciente con cáncer, lo cual es fácilmente identificable en los programas de manejo de estos pacientes en diversas instituciones: abordan ampliamente las necesidades de atención biomédica, y no se encuentran consignados claros manejos de las diferentes variables que pueden afectar el curso de la terapéutica médica, especialmente, en la rehabilitación de los pacientes, posterior a tratamientos, aun agresivos, como la cirugía oncológica.

En este último punto, el referente a la rehabilitación, a través de las diferentes investigaciones realizadas hasta el momento (Die y Meseguer, 2000), se ha encontrado que uno de los principales factores de recuperación de estos pacientes

y de readaptación a su nueva situación, además de considerarse como un importante factor regulador del impacto posterior al tratamiento, es la red de apoyo social que posea el paciente. Según diferentes investigaciones (Die y Meseguer, 2000), dependiendo de las redes de apoyo social con las cuales cuenta el paciente, la cercanía de las mismas y la valoración que el paciente hace del comportamiento de estas, pueden minimizar o aumentar el impacto del tratamiento al cual se vea abocado el paciente.

Tal vez, por una cuestión de mediatización social, en nuestro medio, en la ciudad de Cartagena, el estigma asociado al cáncer relaciona directamente a la enfermedad con la muerte, creencia reforzada por los altos índices de fracaso y reducidos de éxitos terapéuticos obtenidos en las diferentes intervenciones a este tipo de pacientes, lo cual termina convirtiéndose en una especie de círculo vicioso: la gente no cree en la terapéutica médica y no asisten o colaboran en muy bajo porcentaje en el manejo terapéutico de la enfermedad, lo cual conlleva a un nuevo fracaso terapéutico. La incidencia de las redes de apoyo social al paciente en este punto es vital para lograr entender hasta que punto las creencias del entorno social del paciente, inciden en sus propias respuestas ante la rehabilitación. Por otra parte, el entorno social del paciente tiene la capacidad, de por sí, de generar altos niveles de stress en el paciente, toda vez que son estos quienes, a través de un proceso social, aceptan o rechazan la nueva apariencia del paciente y por ende, inciden bien sea de forma directa o indirecta, en la formación de una nueva auto imagen del paciente. Desconocer, o subvalorar la importancia de estos factores, ha conllevado a que la lucha después del cáncer se convierta en una

titánica lucha contra, como lo denominó un paciente en proceso de rehabilitación de cáncer de cabeza y cuello “quedar muerto después de la vida” (Llorca, 1994),

A partir de lo anteriormente expuesto, la intervención psicoterapéutica de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos a través de cirugía oncológica, no debe solo de centrarse en los aspectos psicológicos, sino que además debe contemplar los marcos de acción social necesarios para la movilización de todos los recursos disponibles en el entorno para la rehabilitación de estos pacientes.

Para esto, la psicooncología debe igualmente, plantearse nuevos retos, entre los cuales discurre el de centrarse como una ciencia que aproveche al máximo los conocimientos de ramas de la ciencia psicológica tales como la psicología social, claro esta, sin descuidar el fortalecimiento de aquellos conocimientos provenientes de la psicología clínica. A través de la intervención psicosocial directa tanto al medio institucional que trabaja con el paciente, como a proponer políticas de salud que abarquen la problemática del cáncer y la preparación psicoeducativa de la población en general, para de esta manera, lograr un abordaje multidisciplinario y a su vez, multidimensional del cáncer como enfermedad crónica.

Recomendaciones

- Para futuras investigaciones, se recomienda el planteamiento de estrategias que faciliten o aborden la implementación de redes de apoyo y estudio sistemático de las variables asociadas con las diferentes localizaciones del cáncer.
- La realización de un protocolo de intervención, organizado y estructurado según las indicaciones presentadas por el modelo biopsicosocial que permitan el acercamiento más objetivo y cercano a la realidad del paciente con cáncer de cabeza y cuello en la ciudad.
- Desprendiéndose del punto anterior, la necesidad de realizar una amplia labor psicoeducativa a nivel poblacional, para atacar principalmente las raíces mismas del estigma social predominante alrededor de la enfermedad neoplásica.
- El diseño y la aplicación de diversas herramientas tecnológicas que faciliten la labor del psicooncólogo en lo referente a la evaluación e intervención del paciente con cáncer de cabeza y cuello, y en general, de aquellos con enfermedad neoplásica, se hace totalmente necesario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. 4th rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arana, E., y cols. (1993). *Simultaneous Radiochemography in Advanced Head and Neck Cancers: A Five Years Follow Up Study*. Revista Med. Hospital General México: Julio – Agosto, 56 (3) 93 (100)
- Brennan, J. (2001) *Adjustment to cancer - coping or personal transition?* Psychooncology 10 (1): 1-18, Jan-Feb.
- Cain En, Kohorn El, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. (1986). *Psychosocial benefits of a cancer support group*. Rev. Cancer 57: 183-9
- Campoy, J. (2003). *Cáncer: ¿Que es y que la causa?*. Rev. Discovery Dsalud. 39:2.
- Cohn, F., y Lazarus, R.S. (1979). *Coping with the stress if illness*. En: Stone, G.C., Cohn, F., Adler, N. y cols. *Health Psychology: A handbook* . Washington: Jossey & Bass

De Leeuw, JR, De Graeff, A., Ros, WG, Hordijk, GJ. y cols. (2000). *Influencias negativas y positivas del apoyo social en la depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: un estudio prospectivo*. Psychooncology.

Derogatis RL, Morrow GR, Fetting J et al. (1983). *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*, Jama, Feb 11, vol 249, n.6

Die Tril, M., Meseguer, C. (Enero 2000). *Mas allá de los medicamentos: apoyo psicológico en pacientes con cáncer*. Revista Entorno. Recoletos Ed.

Dorta, J. (Mayo – Agosto 2002). *La multidisciplinariedad en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer*. En la red: <http://www.majorero.com/majorensis/tratamiento-cancer.htm>. mayo 27, 2003.

Filiberti A, Rull G, Vanegas J. y cols. (1989) *Oncología Clínica: aspectos psicológicos*. Dolor.

Folkman, S, Greer, S. (2000) *Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other*. Psychooncology 9 (1): 11-9, Jan-Feb.

Fritzsche K. (2001). *Psychotherapy of cancer patients. What is empirically supported?*. Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum Freiburg. 8 (1): 8-7, Mar-Apr.

Gamba A, Romano M, Grosso IM, Tamburini M, Cantù G, Molinari R, Ventafridda V. (1992) *Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer*. Rev. Head & Neck 14: 218-23

Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. (1999). *Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer*. Otolaryngol Head Neck Surg. Apr;120(4):507-16.

Holland JC, Rowland JH. (1989) Handbook of psychooncology. *Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.

Ibbotson T, Maguire P, Selby P, et al. (1994) *Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment*. Eur J Cancer 30A (1): 37-40

Kaplan, H. y Sadock, B. (1997) *Tratado de Psiquiatría*/VI. Volumen II. 6ª ed., Ed. Inter-Médica S.A., Colombia.

Kornblith AB (1998) *Psychosocial adaptation of cancer survivors*. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 223-241.

Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Co.

Llorca G, Blanco AL, Montejo AL. y cols. (1992) *Cáncer y riesgo suicida*.
Comunicación Psiquiátrica.

Llorca G, Derecho J, Gómez MJ. y Cañizo A. (1991) *trastornos psicopatológicos en las neoplasias otorrinolaringológicas*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.

Loscalzo M, Brintzenhofeszoc K (1998) *Brief crisis counseling*. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 662-675.

Martinez, M. E. (1999) *Belief systems and health: A Biocognitive model*. Lectura presentada en el World Congress of the World Federation for Mental Health. Santiago, Chile.

Massie MJ, Holland J, Straker N. (1989) *Therapeutic interventions*. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of Psychooncology*, New York: Oxford University Press

Massie MJ. y Holland JC. (1990) *Depression and the cancer patient*. Journal of Clinical Psychiatry.

Mc Dougall, A. (1999). *El cáncer y la psicooncología*. Comunicación al Congreso de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Moadel., A., Ostroff, J. y Schantz, SP. (1998). *Head and Neck Cancer*. En:
Holland, J.C. (1998). *Psychooncology*. New York. Oxford University Press.

Montoya Cascarrilla J. (1992) *El paciente con cáncer avanzado: el suicidio o el deseo de morir*. An. Psiquiatría.

Murphy, Gerald P.; Lawrence, Walter, Jr.; Lenhard, Raymond E., Jr. (1995),
Clinical Oncology, American Cancer Society Textbook Second Edition

Neoplasia of Head and Neck, A Collection, of Papers Presented at the
Seventeenth Annual Clinical Conference on Cancer 1972 at the University
of Texas System Cancer Center, M. D. Anderson Hospital and Tumor
Institute Houston, Texas Year Book Medical Publisher Inc. 35 East Wacker
Drive, Chicago.

Nicasio, P.M. y Smith, T.W. (1996). *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective*. Washington D.C. American Psychological Association

Nicholas DR, Veach TA (2000). *The psychosocial assessment of the adult cancer patient*. Prof Psychol 31(2): 206-215

Pagnarsson, K. (2000) *Principles of Cancer Rehabilitation Medicine*. En la red:
<http://www.cancer.org/downloads/PUB/DOCS/SECTION21/71.pdf>. Mayo 28,

2003

Petruson KM, Silander EM, Hammerlid EB. (2003) *Effects of psychosocial intervention on quality of life in patients with head and neck cancer*. Rev. Head Neck. 2003 Jul;25(7):576-84.

Rodríguez C., W. (Enero - Diciembre 1981), *Melanomas Malignos de la Cavidad Bucal*, Revista Médica del Perú Edgardo Rebagliati del IPSS, Vol. 16 N° 1 - 2 - 3 - 4 Pág. 54 -56

Santiago, J. (2001). *El Modelo Biocognitivo de La Salud*. En la red: <http://www.biocognitive.com/EL%20MODELO%20BIOCOGNITIVO%20DE%20LA%20SALUD-REVISTA%20URPSantiago.pdf>. mayo 28, 2003.

Schraub S. (1985) *Cancers et suicide*. Bull. Cancer.

Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. (2000). *Situación del Cáncer en Colombia*. En: Informe Ejecutivo Semanal nº25. Bogotá-Colombia.

Spencer SM, Carver CS, Price AA (1998) *Psychological and social factors in adaptation*. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 211-222

Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., et al (1989) *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. Lancet, 2 (8668), 888-91.

Subdirección de Investigaciones INC E.S.E, Grupo Área Epidemiología y Registro.

(2001) *Registro Institucional del Cancer del INC*. Bogotá-Colombia.

Walker, L. G. (1999) *Psychological interventions, host defences and survival*. Rev.

Advances in Mind-Body Medicine, 15, pp. 236-281.

Zapatero, A. y Pérez, A. (1999). *Respuesta Psicológica al tratamiento del paciente*

con cáncer. En: García-Camba, E. (1999). *Manual de Psicooncología*.

Madrid: Grupo Aula Médica.

ANEXOS

Anexo A

Localización primaria	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
C00 - C09 Cavity oral	61	3,6	41	1,5	102	2,3
C10 Orofaringe	3	0,2	4	0,1	7	0,2
C11 Nasofaringe	16	0,9	4	0,1	20	0,5
C12 Seno periforme	4	0,2	0	0,0	4	0,1
C13 Hipofaringe	4	0,2	1	0,0	5	0,1
C15 Esófago	55	3,2	28	1,0	83	1,9
C16 Estómago	227	13,3	117	4,4	344	7,8
C17 Intestino delgado	6	0,4	4	0,1	10	0,2
C18 Colon	38	2,2	56	2,1	94	2,1
C19 Unión rectosigmoidea	1	0,1	1	0,0	2	0,0
C20 Recto	51	3,0	42	1,6	93	2,1
C21 Ano y canal anal	9	0,5	5	0,2	14	0,3
C22 Hígado y vías biliares intrahepáticas	8	0,5	4	0,1	12	0,3
C23 Vesícula biliar	1	0,1	19	0,7	20	0,5
C24 Otras partes de las vías biliares	1	0,1	6	0,2	7	0,2
C25 Páncreas	12	0,7	6	0,2	18	0,4
C26 Otras localizaciones del aparato digestivo	1	0,1	0	0,0	1	0,0
C30 Fosa nasal y oído medio	8	0,5	1	0,0	9	0,2
C31 Senos accesorios	4	0,2	3	0,1	7	0,2
C32 Laringe	39	2,3	8	0,3	47	1,1
C33 Traquea	0	0,0	1	0,0	1	0,0
C34 Bronquios y pulmones	59	3,5	29	1,1	88	2,0
C37 Timo	2	0,1	0	0,0	2	0,0
C38 Corazón, mediastino y pleura	14	0,8	7	0,3	21	0,5
C40 Huesos y articulaciones de las extremidades	42	2,5	21	0,8	63	1,4
C41 Huesos y articulaciones de otras localizaciones	18	1,1	10	0,4	28	0,6
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	170	10,0	137	5,1	307	7,0
C44 Piel	219	12,9	271	10,1	490	11,2
C47 Nervios periféricos y SNA	0	0,0	1	0,0	1	0,0
C48 Retroperitoneo y peritoneo	13	0,8	24	0,9	37	0,8
C49 Tejidos conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	51	3,0	64	2,4	115	2,6
C50 Mama	1	0,1	520	19,3	521	11,9
C51 Vulva	0	0,0	18	0,7	18	0,4
C52 Vagina	0	0,0	9	0,3	9	0,2
C53 Cuello del útero	0	0,0	701	26,1	701	16,0
C54 Cuerpo del útero	0	0,0	75	2,8	75	1,7
C55 Útero, SAI	0	0,0	13	0,5	13	0,3
C56 Ovario	0	0,0	102	3,8	102	2,3
C57 Otras localizaciones del aparato genital femenino	0	0,0	1	0,0	1	0,0
C58 Placenta	0	0,0	5	0,2	5	0,1
C60 Pene	14	0,8	0	0,0	14	0,3
C61 Glándula prostática	150	8,8	0	0,0	150	3,4
C62 Testículo	60	3,5	0	0,0	60	1,4
C63 Otras localizaciones del aparato genital masculino	3	0,2	0	0,0	3	0,1
C64 Riñón	19	1,1	19	0,7	38	0,9
C67 Vejiga	13	0,8	11	0,4	24	0,5
C68 Otras localizaciones del aparato urinario	1	0,1	3	0,1	4	0,1
C69 Ojos y anexos	29	1,7	29	1,1	58	1,3
C71 Encéfalo	62	3,6	32	1,2	94	2,1
C72 Médula espinal, nervios craneales del SNC	6	0,4	3	0,1	9	0,2
C73 Glándula tiroides	30	1,8	110	4,1	140	3,2
C74 Glándula suprarrenal	1	0,1	3	0,1	4	0,1
C75 Otras glándulas endocrinas	3	0,2	0	0,0	3	0,1
C77 Ganglios linfáticos	122	7,2	58	2,2	180	4,1
C80 Localización primaria desconocida	50	2,9	61	2,3	111	2,5
Total	1701	100,0	2688	100,0	4389	100,0

Fuente: Registro Institucional de Cáncer, INC - ESE

Tabla 1. Casos Nuevos de Cáncer en Colombia según localización. INC, 2001

Variables	Aspectos a considerar
La enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fisiopatología 2. Factores de riesgo 3. Pronóstico 4. Procedimientos de diagnóstico 5. Procedimientos de tratamiento
El paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones del eje I en DSM-IV 2. Historia de enfermedad 3. Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento 4. Conceptualización de la enfermedad y del tratamiento 5. Nivel educativo y vocacional 6. Impacto de la enfermedad sobre el malestar subjetivo, funcionamiento social, nivel de actividad, autocuidado y nivel de calidad de vida
Los contextos sociales, familiares y culturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de las relaciones familiares y de pareja 2. Uso y eficacia del soporte social 3. Relación equipo de salud-paciente 4. Repertorio cultural del paciente
El sistema de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización médica, escenario y cultura 2. Segura de cobertura para el diagnóstico y su respectivo tratamiento 3. Barreras geográficas, sociales y psicológicas para el acceso a los servicios de salud 4. Existencia de beneficios por discapacidad por enfermedad médica.

Tabla 2. *Plan general de evaluación e intervención de la aplicación clínica del Modelo Biopsicosocial*

Nota. Tomado de Nicasio, P.M. y Smith, T.W. (1996). *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective*. Washington D.C. American Psychological Association

Anexo B

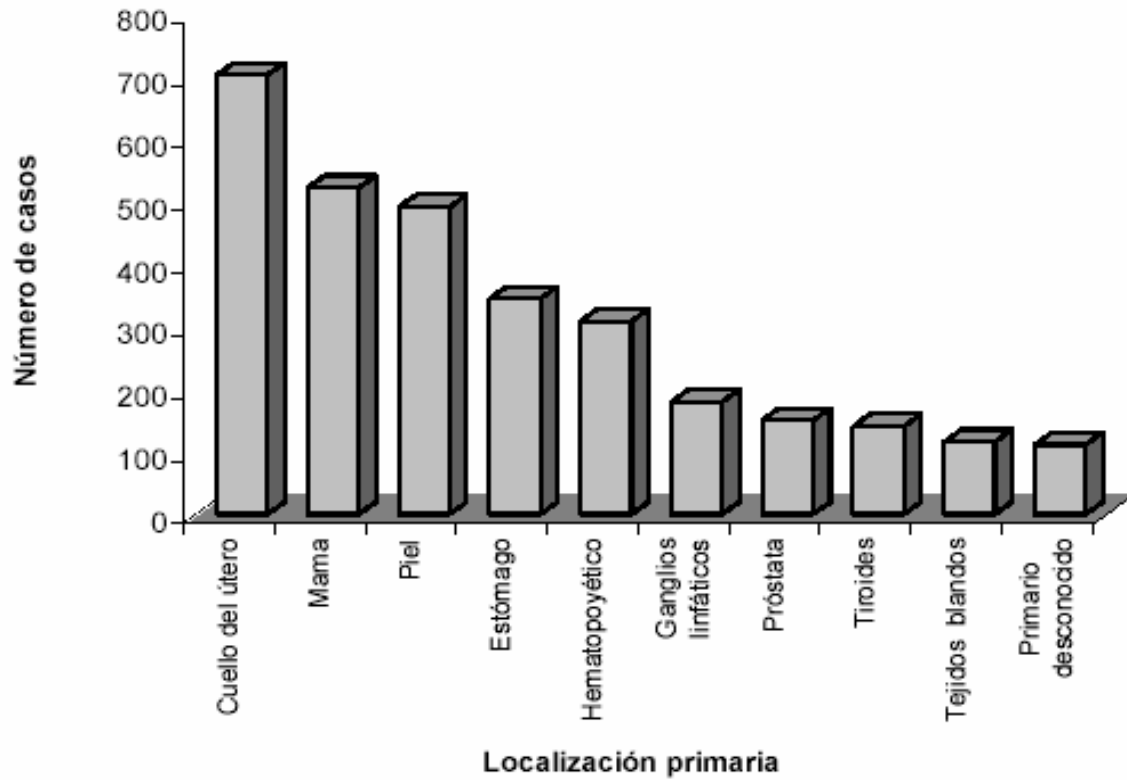


Figura 1. Diez primeras localizaciones de casos nuevos de cáncer. INC, 2001.

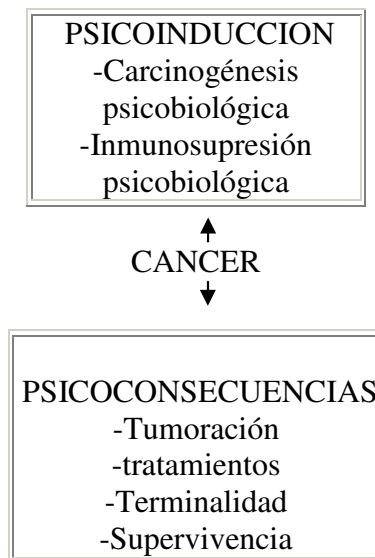


Figura 2. Relación factores psicológicos y cáncer. Extraída de Llorca (1991).

Anexo c

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO (MÉDICOS Y
ENFERMERAS) PARA EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL
PACIENTE QUIRÚRGICO CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

CAMPO, C.; NÁJERA, M.; PALACIOS, X.*

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

MINOR EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PSICOONCOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SEPTIEMBRE DE 2003

*Directora de tesis

**Programa de capacitación del personal sanitario (médicos y enfermeras)
para el manejo de los aspectos psicosociales del paciente quirúrgico con
cáncer de cabeza y cuello**

Uno de los factores más importantes a tener en cuenta dentro de la terapéutica biopsicosocial de las distintas neoplasias, incluyendo aquellas localizadas en la región de cabeza y cuello que, igualmente, puede incidir en el curso, tratamiento y posterior rehabilitación de las mismas es aquel referente a la relación médico-paciente, que se genera al entrar este último actor al ambiente hospitalario. Esta relación puede ser generalizable a todo el personal sanitario que entra en contacto con el paciente, lo cual depende del tiempo que permanezca el paciente en tratamiento médico para el manejo de la enfermedad neoplásica. Sin embargo, a pesar de ser reconocido como un factor clave para el positivo avance del paciente con cáncer, en diversos estudios (Ramírez, Addington-Hall, Richards, 1998), en muchas situaciones, este factor es pasado a un segundo e incluso a un tercer plano (en ocasiones, subestimado), por el personal de atención primaria de los pacientes oncológicos, trayendo consigo, casi en igual proporción, tasas de fracasos, más que de éxitos terapéuticos en el manejo de la enfermedad (Maslach, Leiter, 1988).

La manera en que la relación personal sanitario-paciente, influye en el curso y tratamiento de la enfermedad neoplásica y en la situación posterior a ésta, es aún fuente de diversas investigaciones que, siguiendo el modelo biopsicosocial, intentan establecer marcos referenciales que permitan entender hasta qué punto

la dirección de tal relación (positiva o negativa) incide en el pronóstico de los pacientes oncológicos, a pesar de esto, las investigaciones adelantadas hasta el momento (Hernández, Grau, Chacón, Jiménez, 1995; Maslach y Leiter, 1988), indican que existe una fuerte relación entre estos agentes activos en el proceso terapéutico del paciente con cáncer.

El carácter de la relación personal sanitario-paciente, está enmarcada dentro de distintas variables que afectan de una u otra forma, la interacción binaria que se produce en el curso de la enfermedad, dentro de las cuales cabe indicar las variables inherentes a la situación actual del paciente, tanto en sus dimensiones biológicas, como psicológicas y sociales, al igual que la dimensión afectiva, las cuales se ven alteradas por un suceso vital que pone en riesgo la vida misma del paciente, alterando a su vez, sus relaciones con el entorno y consigo mismo. Del mismo modo, la interacción y exposición continua del personal sanitario a los pacientes oncológicos que tienen a su cargo, sin manejar ningún tipo de psicoprotección ante la situación de crisis en la que están viviendo los pacientes, generan consigo una serie de reacciones y/o respuestas, muchas veces, desadaptativas, ante la incapacidad de responder de forma adecuada a los requerimientos, en ocasiones, excesivos para su propia capacidad de respuesta. Estos requerimientos pueden ir desde el orden de los biológicos hasta emocionales, pasando por los psicológicos y sociales.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar

situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988). Estas características, a nivel general, son compartidas por una gran mayoría de pacientes oncológicos en las primeras etapas del curso del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad neoplásica y que, de igual forma, pueden interferir en el buen pronóstico de la enfermedad.

De la misma forma, el desconocimiento o la subestimación de la situación de crisis en los pacientes oncológicos, lleva en muchas ocasiones al personal sanitario, a afrontar de manera desajustada y desadaptativa esta situación, llegando a generar en ellos, incluso, síndromes como el síndrome de agotamiento profesional (burnout).

El término *burnout* fue introducido en la literatura científica en los primeros años de la década de 1970 y desde esa fecha, a ritmo acelerado, ha aumentado su empleo por una gran cantidad de autores.

En la actualidad se cuenta con una rica bibliografía sobre este tema. La mayor parte de los investigadores coinciden en identificar este síndrome como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diversas ramas, pero que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación.

Algunos otros, han descrito el trabajo asistencial como una interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el cliente, es visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema.

El *burnout* no es cualquier tipo de estrés; se han elaborado varios modelos para su explicación. La mayoría de los autores reconocen 3 dimensiones fundamentales en este fenómeno: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal; ven en la organización de las actividades laboral-institucionales y en determinadas características personales, matizadas por el contacto continuo y frecuente con el público, sus principales fuentes causales.

Dada la complejidad de las demandas asistenciales del paciente oncológico, diversos estudios se han referido a las afectaciones a que está expuesto el personal de salud, y especialmente, el personal de enfermería que brinda estos servicios. Se reportan reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, que además de afectar al personal asistencial, pueden entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo.

Justamente, el ejercicio de la enfermería oncológica requiere de un despliegue de actividades que necesita de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como la manipulación de pacientes con pronóstico sombrío, la necesidad de brindar

cuidados no solamente intensivos, sino también prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental, y la exigencia de un espíritu mantenido y presionante de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

De hecho el trabajo con pacientes significa, para el profesional que lo realiza, un doble reto, en tanto implica no solamente un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal en el cual quiera o no quiera, se afectan sus propias emociones y necesidades. Pero está claro, que si el enfermo que debe atender tiene una enfermedad maligna, este reto se multiplica.

No es casual que exista un interés especial y humanamente respaldado en atender y estudiar integralmente al paciente oncológico y a sus familiares. Se cuenta con estudios que aportan sólidos conocimientos sobre las características psicológicas de dichos casos, su calidad de vida, estilos de afrontamientos, etc. Sin embargo, apenas se han realizado estudios que caractericen la presencia de *burnout* y la influencia de éste en la calidad de la vida laboral de los enfermeros que laboran en oncología.

Actualmente, en Cuba, se observa un creciente interés en este campo y se diseñan varios trabajos con los objetivos de evaluar y prevenir las reacciones de *burnout* en profesionales de la salud.

Estos trabajos tuvieron sus antecedentes en investigaciones precedentes que identificaron algunos estresantes en el trabajo de los enfermeros de oncología, y que evidenciaron una relación significativa entre los años de experiencia profesional y el surgimiento de estados emocionales negativos, determinada aparentemente por mayor tiempo vital de exposición a situaciones estresantes. La ira fue la respuesta emocional más frecuente en esta muestra, lo cual puede explicarse porque las situaciones estresantes encontradas constituían demandas de difícil satisfacción con los cuidados habituales de enfermería, generando sentimientos de impotencia y frustración, generalmente relacionados con estos estados. Estas situaciones fueron calificadas como altamente complejas, ambiguas, ante las cuales los enfermeros tenían pocas expectativas de control, reflejando manifestaciones profundas, frecuentemente vinculadas a la connotación de sufrimiento y muerte.

Haciendo un análisis de la literatura en *burnout*, se observa que la mayor parte de los estudios realizados se limitan a la caracterización de este síndrome y que la menor parte se dedica a emprender estrategias de intervención a favor de la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida de este personal. Esto es explicable, naturalmente, por la necesidad de lograr una plena caracterización de un fenómeno tan conceptualmente controvertido.

En todo proceso potencialmente estresante para el sujeto, desempeña un papel importante el entrenamiento o aprendizaje por parte de éste de determinadas estrategias que permitan afrontarlo. Se conoce que el mayor peso

en las interacciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud en la manipulación de pacientes oncológicos, recaen en el personal de enfermería y se sabe además cómo los efectos de una comunicación poco hábil, afectan la relación enfermero-paciente (Ortiz, 2002).

Siendo consecuente con este análisis, se impone la necesidad del desarrollo de habilidades sociales y comunicativas para proveer de recursos a este personal y hacerlo de esta forma más competente en sus intervenciones con los demás, al tiempo que se favorecen todas las posibilidades para amortiguar la aparición del síndrome de agotamiento profesional o *burnout*.

Objetivo general

Brindar estrategias al personal sanitario (médicos y enfermeras) para el manejo integral de las consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales de la intervención quirúrgica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Objetivos específicos

- Proporcionar información conceptual introductoria al tema del paciente con cáncer de cabeza y cuello
- Proporcionar información sobre las reacciones psicológicas, emocionales y conductuales experimentadas por el paciente con cáncer de cabeza y cuello previa y posteriormente a la intervención quirúrgica.
- Resaltar la importancia de basarse en el modelo biopsicosocial para lograr un abordaje integral del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.
- Resaltar la importancia del abordaje interdisciplinario del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.
- Capacitar a los participantes para que puedan brindar primeros auxilios psicológicos al paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.
- Enfatizar en el papel del psicólogo en la atención del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello
- Exponer cuáles son las consecuencias que el trabajo con este tipo de pacientes genera en los miembros del equipo de salud.

Metodología

Modalidad

El programa de capacitación del personal sanitario (médicos y enfermeras) para el manejo de los aspectos psicosociales del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello, se desarrollará en forma de seminario taller con el fin de cumplir con dos grandes objetivos: Psicoeducar a los participantes y entrenarlos en habilidades que favorezcan y faciliten el abordaje de estos pacientes.

Temas del seminario

Para el desarrollo del seminario, deben abordarse los siguientes temas:

- Aspectos generales del cáncer de cabeza y cuello: Definición, epidemiología, etiología, tipos de cáncer de cabeza y cuello. La descripción de estos aspectos debe ser muy breve y concisa considerando la población blanco.
- Aspectos psicosociales de la historia de vida del paciente: Personalidad premórbida, relaciones familiares, red de apoyo social disponible, comportamientos de riesgo, pasados y actuales.
- Reacciones psicológicas y emocionales más comunes del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tres momentos determinantes: Diagnóstico, tratamiento (pre quirúrgico y post quirúrgico) y pronóstico.
- Primeros auxilios psicológicos como respuesta inmediata a la reacción de crisis del paciente y de la familia.

- El modelo biopsicosocial como alternativa para dar respuesta a la necesidad de brindar al paciente atención multidisciplinaria e interdisciplinaria efectiva
- La importancia de la relación equipo de salud- paciente- sistema familiar o significativa
- El papel del psicólogo en la oncología y en el abordaje del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello
- Síndrome de agotamiento profesional en personal sanitario cuidador de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Población

El *“programa de capacitación del personal sanitario para el manejo de los aspectos psicosociales del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello”*, está diseñado para médicos generales y especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería que laboren en instituciones hospitalarias, públicas o privadas, que atiendan a esta población de pacientes y en servicios de oncología clínica.

Duración

El “programa de capacitación del personal sanitario (médicos y enfermeras) para el manejo de los aspectos psicosociales del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello”, está diseñado para que su duración total sea de 5 horas, distribuidas en dos horas de teoría (proporcionada a través del seminario) que será desarrollada en 1 sesión, y tres de práctica que pueden realizarse en dos sesiones, de acuerdo a la disponibilidad de los asistentes.

Taller “Estrategias para entregar un mejor vivir”

Objetivo general

Desarrollar en los participantes, habilidades prácticas para el abordaje integral del paciente con cáncer de cabeza y cuello

Objetivos específicos

- Entrenar a los participantes para que estén en capacidad de brindar primeros auxilios psicológicos al paciente con cáncer de cabeza y cuello y a su familia y significantes cuando presenten crisis
- Proporcionar a los participantes estrategias prácticas que les permitan fortalecer la relación paciente- personal de salud- sistema familiar
- Dar a conocer a los participantes cuáles son las situaciones que ameritan remisión a Psicología
- Lograr que los participantes discriminen claramente las funciones de cada uno de los miembros del equipo de salud en la atención integral del abordaje psicosocial del paciente: Médico, enfermero y psicólogo

Procedimiento

Seminario

Sesión (es):	1
Duración:	1 hora
Número de participantes:	máximo 12
Lugar:	Debe contarse con un espacio cerrado, donde puedan ubicarse cómodamente aproximadamente quince sillas y cuyas condiciones ambientales permitan disponer de luz y temperatura adecuadas

Desarrollo:

El seminario, como reunión de expertos, consta de varias fases que se describen a continuación.

Fase 1: Conceptual

Duración: 35 min.

Objetivo(s):

- Proporcionar información conceptual introductoria al tema del paciente con cáncer de cabeza y cuello
- Proporcionar información sobre las reacciones psicológicas, emocionales y conductuales experimentadas por el paciente con cáncer de cabeza y cuello previa y posteriormente a la intervención quirúrgica.

Contenido:

El contenido de esta primera fase conceptual está recogido en los siguientes temas: Aspectos generales del cáncer de cabeza y cuello: Definición, epidemiología, etiología, tipos de cáncer de cabeza y cuello (anexo 1). Aspectos psicosociales de la historia de vida del paciente: Personalidad premórbida, relaciones familiares, red de apoyo social disponible, comportamientos de riesgo pasados y actuales (anexo 2). Y reacciones psicológicas y emocionales más comunes del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tres momentos determinantes: Diagnóstico, tratamiento (pre quirúrgico y post quirúrgico) y pronóstico (anexo 3).

Fase 2: Reconocimiento

Duración: 20 min.

Objetivo(s):

- Resaltar la importancia de basarse en el modelo biopsicosocial para lograr un abordaje integral del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.
- Resaltar la importancia del abordaje interdisciplinario del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello.

Contenido:

El contenido de esta segunda fase de reconocimiento, está recogido en los siguientes temas: El modelo biopsicosocial como alternativa para dar respuesta a la necesidad de brindar al paciente atención multidisciplinaria e interdisciplinaria efectiva (anexo 4), y la importancia de la relación equipo de salud- paciente- sistema familiar o significativo (anexo 5).

Fase 3: Consolidación y profundización

Duración: 40 min.

Objetivo(s):

- Enfatizar en el papel del psicólogo en la atención del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello
- Exponer cuáles son las consecuencias que el trabajo con este tipo de pacientes genera en los miembros del equipo de salud

Contenido:

El contenido de esta tercera fase, está recogido en los siguientes temas El papel del psicólogo en la oncología y en el abordaje del paciente quirúrgico con cáncer de cabeza y cuello (anexo 6) y el síndrome de agotamiento profesional en personal sanitario cuidador de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (anexo 7)

Fase 4: REFLEXIÓN Y PUESTA EN COMÚN

Duración: 20 min.

Objetivo(s):

Suscitar un espacio de reflexión basado en la auto evaluación de sus sentimientos y mayores preocupaciones en el trabajo con este tipo de paciente

Contenido:

A continuación se presentarán dos casos de pacientes oncológicos con los cuales se realizará una introducción que permita analizar y reflexionar acerca de las situaciones experimentadas por estos pacientes durante el curso de su enfermedad.

Caso 1:

Hace unos meses, me llamaron a una clínica para atender a una mujer de 40 años con cáncer de laringe y metástasis cerebrales que se negaba a morir, pese a sus sufrimientos y a conocer su diagnóstico cabalmente. Cuando llegué a verla, estaba en un profundo estado de angustia que le impedía dormir hacía varios días, pese a la medicación ansiolítica e hipnótica que estaba recibiendo. Se trataba de una mujer separada con dos hijos de 12 y 10 años de su segundo matrimonio. Los hijos del primer matrimonio vivían fuera del país y, por conflictos de familia, ella no se relacionaba con su familia de origen.

Sentía que estaba abandonando a los hijos, se negaba a aceptar su muerte y el no dormir estaba relacionado con la posibilidad de no volver a despertar.

En el curso de la entrevista, quedó claro que también había una parte de ella que estaba agotada, que sí quería descansar y dejar de pelear por vivir. La única intervención fue escucharla y posteriormente arreglar una entrevista entre ella y el padre de sus hijos, donde ella pudo expresar sus reservas y temores respecto a su rol de padre. A su vez, pudo escuchar lo que su ex marido estaba dispuesto a hacer por sus hijos, la planificación que de hecho ya estaba poniendo en práctica para recibirlos y varias medidas futuras para su bienestar.

La paciente falleció esa misma noche sin angustia. Esto demuestra que a veces, unos leves esfuerzos que favorezcan la expresión de sentimientos y el decremento de la ansiedad, pueden ser determinantes para una persona.

Caso 2:

Hace 6 años recibí como paciente a una mujer de 54 años operada de cáncer de cavidad oral. Se trataba de una mujer que, gracias a su esfuerzo e inteligencia, tenía un cargo ejecutivo en una gran empresa, a pesar de no tener un título profesional.

Había dedicado su vida a trabajar y construirse una seguridad económica y había tenido éxito. Estaba casada hacía 20 años y tenía dos hijos.

Su infancia había sido difícil, debido a que su padre era una persona autoritaria y machista, que había sido infiel abiertamente. Su madre era una mujer sumisa, débil y había muerto de cáncer de cavidad oral el año anterior. La paciente había elegido como pareja un hombre débil, incapaz de mantener a su familia, pero según la paciente “incondicional, bueno y fiel”.

Durante el curso de la terapia apareció toda su sensibilidad reprimida por años, sus emociones bloqueadas, sus temores por no repetir el papel de la madre. Apareció su agotamiento, se derrumbó su fachada de seguridad y dureza y se contactó con una mujer dulce y blanda que había sido postergada por años. Fue necesaria una intervención de pareja para que aprendiera a dar espacio a su esposo que también había reprimido parte importante de su virilidad y masculinidad para “evitar conflictos”.

Hoy esta persona está bien físicamente, ha reestructurado su vida, trabaja media jornada, con mucho menos tensión y ha dejado espacio en su vida al arte, a la naturaleza, a la relación de familia y al yoga. Es el típico ejemplo del reencuentro con la inocencia, con los potenciales postergados, con la emotividad y con la alegría de vivir.

Luego de la presentación de cada uno de los casos se dará un espacio, para que cada participante de su opinión con respecto a estos; y a continuación se plantearán unos interrogantes relacionados al manejo de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

1. ¿Considera que su experiencia de vida pasada y su situación familiar actual contribuyó al constante progreso de la enfermedad? Explique.

Ante la situación de la paciente, ¿Considera que lo esencial para ella en esos momentos era su salud física o el bienestar emocional de su familia (hijos)?

2. ¿En qué medida piensa usted que los factores psicológicos y emocionales, teniendo en cuenta todos los eventos vividos por parte de la paciente; pueden haber influido positiva o negativamente en la aparición o evolución de la enfermedad oncológica?

Fase 5. Cierre

Duración: 5 minutos

Objetivo(s):

- Retomar las conclusiones principales de las diferentes temáticas tocadas
- Retomar las conclusiones principales obtenidas a partir del desarrollo del cuarta

fase

- Citar para el taller

Contenido:

Fase1

- El poseer un vasto conocimiento del cáncer de cabeza y cuello, enfermedad que constituye un grave problema para la salud del hombre y en el cual genera un gran impacto psicológico, le permitirá entonces al personal sanitario realizar un manejo adecuado del paciente oncológico desde una perspectiva psicoterapéutica integral con el fin de proporcionarle a este una buena calidad de asistencia.

- A medida que los avances en el tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello lo llevan de enfermedad incurable a una condición crónica y a menudo curable, resulta importante conocer en todo momento que los aspectos psicológicos de la enfermedad, así como las reacciones psicológicas, emocionales y conductuales que experimentan los pacientes previa y posteriormente a la intervención quirúrgica están demandando cada día mayor importancia. Debido a esto resulta relevante que el personal sanitario entre los cuales tenemos médicos generales y especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en las instituciones públicas y/o privadas que atienden a esta población de pacientes, y además en servicios de oncología clínica; sean formadas en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en estos pacientes producto de la experiencia que están viviendo, además

porque ha llegado el momento de que todos consideremos el manejo de las emociones humanas no solo como uno de los principales ingredientes de la calidad de vida del enfermo, sino también como un posible elemento modulador de la eficacia de las terapéuticas biomédicas que se le administran.

Fase 2

- Por las claras implicaciones que el cáncer de cabeza y cuello tiene sobre la vida del paciente es importante que su abordaje se haga desde una perspectiva genuinamente biopsicosocial donde se abarquen todas las dimensiones del paciente permitiendo así tener una visión global, comprensible e integral de la situación del mismo, ya que la persona que sufre; no es solamente su hígado, su colon, su pulmón o su mama sino también en último término su soledad, su futuro, sus esperanzas, su pareja, su familia y sus amigos. Por consiguiente como profesionales de la salud debemos tener presente que el hombre es un ser integral y por tanto el proceso valorativo del mismo debe hacerse “como un todo”, contemplando en todo momento no solo la ya estudiada dimensión biológica, sino también la vertiente física y psicológica, las cuales son vitales para el adecuado manejo integral del paciente.
- Es evidente que en los pacientes quirúrgicos con cáncer de cabeza y cuello esta entidad nosológica genera un gran impacto psicológico y emocional,

por esta razón se hace necesario e indispensable que la atención prestada al paciente sea realizada desde una perspectiva integral; requiriendo para ello la coordinación y experiencia de un equipo multidisciplinario calificado e integrado, conformados por médico oncólogo, cirujano, foniatra, psicólogo, enfermera y asistente social; quienes con una visión integral de la enfermedad abordaran con mayor garantía todos los aspectos ,muchos de ellos no reconocidos o detectados con facilidad del proceso morbosos, que al paciente le provocan una serie de trastornos en la esfera física y psíquica las cuales interferirán en el afrontamiento normal del paciente ante la enfermedad. Manejados todos estos aspectos durante el abordaje psicoterapéutico y con el aporte de cada profesional desde su especialidad contribuirán a lograr la consecución de uno de los objetivos primordiales de la misma, que es la adaptación del paciente a su enfermedad y mejorar su bienestar y calidad de vida.

Fase3

- Dentro del abordaje psicoterapéutico el papel del psicólogo al verse frente al paciente de cáncer de cabeza y cuello su trabajo se verá reflejado directamente en el paciente más no es su enfermedad, proporcionando una mejor calidad de vida tanto a él como a su familia, permitiendo que desarrolle todas sus aspiraciones racionales, afronte su condición actual; controlando su deterioro físico y mental con el fin de preservar su dignidad desde el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad.
- “La salud de los que curan” debe ser una preocupación importante de los distintos estamentos de la sociedad. Su repercusión sobre la salud de la

población y el funcionamiento del sistema de salud así lo exige. Identificar sus causas desencadenantes del síndrome de “burnout” en nuestro medio facilitarán el diseño de estrategias de prevención y tratamiento.

Taller:

Sesiones: 2

Duración: 3 horas

Número de participantes: máximo 12

Lugar: Debe contarse con un espacio cerrado, donde puedan ubicarse cómodamente aproximadamente quince sillas y dos mesas, cuyas condiciones ambientales permitan disponer de luz y temperatura adecuadas.

Desarrollo:

El taller, como reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto, consta de varias partes que se describen a continuación.

Sesión 1 “Construyendo relaciones”

Duración: 3 horas

Objetivo(s):

- Entrenar a los participantes para que estén en capacidad de brindar primeros auxilios psicológicos al paciente con cáncer de cabeza y cuello y a su familia y significantes cuando presenten crisis

- Proporcionar a los participantes estrategias prácticas que les permitan fortalecer la relación paciente- personal de salud- sistema familiar.

Contenido:

El contenido de esta sesión está recogido en diferentes fases. Una primera fase dinámica en la cual se realiza una actividad de role play inicial (anexo 8). Posteriormente, una segunda fase conceptual en la cual se les proporcionará a los participantes información teórica y conceptual sobre los primeros auxilios psicológicos (anexo 9), tras lo cual se procederá a trabajar una tercera fase dinámica en la cual se abordarán las habilidades básicas de comunicación a través de una actividad (anexo 10). Para complementar esto, se realizará una última fase dinámica en la cual se trabajarán las habilidades de resolución de problemas, aplicadas durante los primeros auxilios psicológicos a través del análisis de caso (anexo 11)

Sesión 2:

Duración: hora y media (1h 30m)

Objetivo(s):

- Dar a conocer a los participantes cuáles son las situaciones que ameritan remisión a Psicología
- Lograr que los participantes discriminen claramente las funciones de cada uno de los miembros del equipo de salud en la atención integral del abordaje psicosocial del paciente: Médico, enfermero y psicólogo.

Contenido:

El contenido de esta segunda sesión está recogido principalmente en 2 fases una primera fase dinámica en la cual se presentarán casos prácticos con la finalidad que los participantes determinen si tales casos necesitan remisiones o solamente pueden ser atendidos a través del primer auxilio psicológico (anexo 12), tras lo cual se realizará una retroalimentación del mismo.

En una segunda fase dinámica se trabajará principalmente las funciones de los miembros del equipo de salud: médico, enfermero y psicólogo, para lo cual se adelantará una actividad que llevará por nombre “alcanzar una estrella” (anexo 13) y finalmente se procederá a dar una retroalimentación de la actividad.

Cierre del taller.

Retroalimentación del taller.

Duración: media hora (30 min.)

Se darán conclusiones de las temáticas que se trabajaron durante el taller.

- A través de las actividades de este taller, no solo se han logrado la adquisición de habilidades técnicas y teóricas para el abordaje de la situación del paciente con cáncer de cabeza y cuello, sino que además se han procurado estrategias para lograr integrar el esquema triádico médico-paciente sistema familiar, en un compacto sistema sanitario de apoyo a la situación clínica del paciente.
- Igualmente, se han logrado discriminar de manera satisfactoria cuáles son los límites de acción entre los diversos miembros del equipo de salud y las potencialidades de cada uno de estos en la atención integral del paciente con cáncer de cabeza y cuello.

ANEXOS

Anexo 1

Aspectos generales del cáncer de cabeza y cuello

Definición

El cáncer de cabeza y cuello es un término utilizado comúnmente para referirse al grupo conformado por el cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe. En total, el 52% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sobreviven cinco años después del diagnóstico. Entre los pacientes que son diagnosticados con un avanzando estado de la enfermedad a nivel local o regional (estadio III o IV), la recurrencia del tumor representa el mas grande problema para la supervivencia a largo término (Vokes, Weichselbaum, Lippman, 1993).

Etiología

La etiología está estrechamente relacionada a patógenos ambientales, con factores de mayor riesgo si existe consumo de tabaco y alcohol. Como una consecuencia de la historia de consumo de tabaco y alcohol, el curso de la enfermedad en muchos pacientes con cáncer de cabeza y cuello en ocasiones incluyen la aparición de un cáncer secundario, muy asociado a los canceres típicamente diagnosticado en los órganos expuestos al tabaco (Ej. pulmón, esófago, vejiga, riñón) (Begg, 1995). Los procesos que se asocian con un aumento de la incidencia de neoplasias específicas de cabeza y cuello son:

5. Labio: Hiperqueratosis antiguas, exposición al sol y al viento, irritación crónica y xeroderma pigmentoso.
6. Cavidad oral: Higiene bucal deficiente, irritación facial prolongada, masticar betel y sífilis.
7. Nasofaringe.
- d. Varones orientales. En particular, los de la región china de Canton presentan un riesgo significativamente superior de desarrollar carcinoma de nasofaringe. En sus descendientes americanos el riesgo es menor, pero persiste aún.

- e. Anticuerpos contra el virus Epstein-Barr. En personas con carcinoma de nasofaringe, los títulos de de estos anticuerpos se encuentran elevados. Pueden detectarse los antígenos víricos dentro de los núcleos de las células malignas. La relación causal aún no ha sido demostrada.
 - f. Níquel. La exposición industrial al níquel está asociada con el cáncer de cabeza y cuello.
8. Cavidad nasal y senos paranasales: Los orientales tienen una incidencia más elevada de carcinomas de la cavidad nasal y de los senos paranasales que los occidentales. Las personas que trabajan en la fabricación de calzado, en la de muebles o en curtidos así como las que están expuestas a asbestos, presentan una incidencia superior de carcinoma del seno etmoidal a menudo con un largo período de latencia. El níquel, el cromo y el aceite de isopropilo aumentan la incidencia del carcinoma escamoso (Parker, 1992).

Epidemiología

El cáncer de cabeza y cuello representa aproximadamente una quinta parte de todos los tumores del resto del organismo. Dentro del área cérvico-facial, el cáncer oral es el mas frecuente ocupando el 25% de los casos, le sigue el cáncer de laringe, con un 18% y el cáncer de piel con un 17%. El cáncer de labio, orofaringe y el de tiroides no alcanzan cada uno de ellos el 10%. De todos los tumores cérvico faciales. Las neoplasias de las glándulas salivales alcanzan solo un 3%, y el resto de tumores de las otras localizaciones se encuentran en proporción menor (Barceló, 1995).

En los Estados Unidos, existen aproximadamente 41000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello, la mayoría de los cuales son hombre mayores de 50 años (American Cancer Society, 1996).

Para el año 2001, el cáncer de cabeza y cuello a nivel global, representaba el 5,9% de todos los caso nuevos reportados de cáncer a nivel mundial, según lo

reportado por la Organización Mundial de la Salud (2002), y con una alta incidencia y proyección de crecimiento epidemiológico en países como Japón, China y en general, los países conglomerados en Asia sur oriental.

En Colombia, las estadísticas epidemiológicas a nivel nacional del cáncer, son más bien limitadas. El Instituto Nacional de Cancerología, de las pocas instituciones en el país que lleva un registro confiable acerca del cáncer, elabora cada año un registro de nuevos casos que llegan al instituto durante el año. Aunque este registro resulta en ocasiones un mero bosquejo de la problemática del cáncer en nuestro país, puesto que se consideran para tal efecto solo casos reportados ante el instituto y no los detectados en todo el país, sirve como un mecanismo útil a la hora de revisar aspectos importantes como la incidencia y la prevalencia del mismo. Los registro mas recientes (INC, 2001), reportan 4389 casos nuevos diagnosticados, 333 casos más que en el año 2000, lo que representa un incremento de 8.2 % en relación con el año 2000, y de un 4.5% comparado con el año 1999. Los casos nuevos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, para el mismo año, representan un total del 5.9% de los casos reportados (259 casos), representando así el 6º tipo de cáncer en incidencia en el país, después del cáncer de cuello del útero, mama, piel, estómago y sistema hematopoyético y reticuloendotelial. A nivel de la ciudad de Cartagena de Indias, las estadísticas alrededor de esta problemática, y el abordaje que se le brinda, no son muy claras, a la vez que se centran única y exclusivamente, en los casos de mortalidad, mas que en los porcentajes relacionados con la incidencia y prevalencia de esta localización del cáncer o en los tratamientos a través de los cuales fueron asistidos los pacientes con esta localización del cáncer, y más aún, del abordaje de la enfermedad como tal. Según el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), en el año 2002, se presentaron alrededor de 17 casos de muerte relacionada con esta localización del cáncer, mientras que para el año 2003, hasta el momento de esta investigación, los casos de personas fallecidas llegan a 15. Otra de las falencias en este aspecto epidemiológico de la enfermedad en la ciudad de Cartagena, es la clara dificultad que existe para

mantener registros consistentes y confiables, debido al manejo de diferentes registros con, igualmente, diferentes criterios de inclusión y de registro, en los diferentes centros hospitalarios que manejan los casos de pacientes con cáncer en la ciudad (Centro Clínico del Caribe, Hospital Bocagrande, Hospital Naval, Clínica del Seguro Social Enrique de la Vega).

Anexo 2

Valoración previa del paciente con cáncer de cabeza y cuello

Cuando se realiza un proceso de cuidados, este debe iniciarse con la valoración del paciente. En el caso del paciente con cáncer de cabeza y cuello los aspectos más importantes que el personal sanitario debe valorar son los siguientes:

1.- Tipo de enfermedad y repercusión para la persona en las diferentes esferas de su vida (personal, familiar y social).

2.- Experiencia de la incapacidad por parte del paciente y de su familia. Debe valorarse la existencia de ansiedad, sentimientos de desvalorización, de estigmatización, hostilidad, temor a la enfermedad y a sus consecuencias.

3.- Creencias y valores personales y familiares. La capacidad de adaptación a la situación de irreversibilidad, y la intención de hacerle frente de una manera activa y positiva, viene en parte determinada por las propias creencias y conceptos acerca de lo que es importante y lo que es accesorio (concepto de salud y bienestar, belleza, creencia en una vida posterior que compensa los sufrimientos actuales, etc.)

4.- Limitaciones existentes para afrontar la incapacidad. Falsas creencias, falta de apoyo, aislamiento social voluntario o involuntario, falta de conocimientos,

situación de precariedad económica, situación geográfica de aislamiento o lejanía de los centros asistenciales.

5.- Sistema de apoyo de que dispone la persona y la familia. Deben valorarse los recursos de apoyo, naturales y organizados que pueden ayudar a los enfermos.

Sistemas de apoyo social.

El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc.

Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

El primer recurso es el propio enfermo. En las situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". En el paciente crónico estos sistemas de apoyo tienen una gran importancia.

1.- Tipos de sistemas de apoyo.

1.1.- Sistemas de apoyo naturales:

- Familia
- Compañeros de trabajo
- Compañeros de estudio
- Compañeros de culto y creencias
- Amigos, vecinos, etc.

1.2.- Sistemas de apoyo organizados:

- Servicios sociales institucionales.
- Asociaciones de autoayuda.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Ayuda profesional: médicos, enfermeras, asistentes sociales.

2.- La familia como sistema de apoyo.

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que el personal sanitario deberá tener en cuenta en el proceso de cuidados.

La familia tiene unas **características** que ayudan a su definición:

- La familia como sistema social universal: en todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.
- La familia como macrocosmos social: en la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.
- La familia como sistema abierto: un sistema es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar. La familia es un sistema abierto que mantiene relaciones con otros sistemas.
- La familia como agente socializador: la familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios.
- La familia como grupo primario: en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, nuestra familia. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntario, por el hecho de haber nacido en el seno de una familia u otra.
- La familia como institución: la familia junto con la religión son las únicas instituciones desarrolladas universalmente en todas las sociedades.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)

Hay estados que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo. A esta persona se la denomina Persona de Apoyo Principal (PAP)

Para elaborar un buen **plan de cuidados** el personal sanitario debe obtener los siguientes datos de valoración de la familia del enfermo:

- Identificar la PAP: puede ser la que dedique más tiempo o la que tenga mayor influencia en el grupo familiar. Esta persona puede ayudar a planificar los cambios en la vida cotidiana del enfermo crónico.
- Valorar las ideas sobre la enfermedad de la familia: es muy importante cuando el enfermo es varón, ya que la mujer va a ser responsable de la mayoría de los cuidados, y hay que contar con su colaboración.
- Conocer si hay limitaciones de tiempo de la PAP, por cuestiones de trabajo o familiares. De ser así, conocer si hay apoyo sustitutorio o hay que conseguirlo.

De la misma forma, reconocer e identificar los aspectos del funcionamiento psicológico del paciente, permite establecer mecanismos de prevención más precisos y acordes con la realidad del paciente.

Es así, como el evaluar las estrategias de Estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y las características personales o rasgos de personalidad consistentes en el paciente, pueden dar un marco de trabajo mucho más amplio y oportuno de la situación.

Siguiendo esta línea, las investigaciones con respecto a los rasgos de personalidad premórbidos y el cáncer, se han dirigido principalmente a la descripción y posible correlación de ciertos patrones de personalidad con la aparición de la entidad más que los rasgos más acuciantes de la personalidad asociados al éxito o el fracaso de los procesos terapéuticos biomédicos. Sin embargo, muchas de los rasgos correlatados en las diversas investigaciones son igualmente descritos dentro de las investigaciones que pretenden relacionar personalidad premórbida y calidad de vida del paciente oncológico tras lo cual se puede inferir que el reconocimiento de tales rasgos de personalidad es uno de los objetivos primordiales al momento de la valoración del paciente con cáncer de cabeza y cuello, puesto que al reconocerlos se pueden establecer estrategias de intervención más adecuadas que permitan un acercamiento más óptimo entre los miembros de la triada, medico-paciente-sistema familiar y de la misma forma, la disminución de traumatismos hacia futuro de las intervenciones biomédicas tales como la cirugía.

Anexo 3

Reacciones psicológicas y emocionales del paciente con cáncer de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente que pueden interferir en el tratamiento

El cáncer, enfermedad que constituye un grave problema para la salud del hombre, genera un gran impacto psicológico ya que se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento, por lo que representa para muchos, soledad y desamparo. Independientemente del avance cultural de la población actual aun la palabra “cáncer” constituye un tabú que atenta contra las acciones de salud encaminadas a la prevención y el diagnóstico precoz; generando conductas inadecuadas que condicionan un rechazo para acudir al médico por el miedo al diagnóstico de esta enfermedad.

La sospecha de tener un cáncer es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbres que origina. Cohn y Lazarus (1979) establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a perder la intimidad física y psicológica, etc. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad.

Además, es una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

Por todo esto la adaptación al cáncer se convierte en un proceso continuo en el cual el paciente aprende a enfrentar el sufrimiento emocional, solucionar problemas relacionados con el cáncer, y controlar acontecimientos de la vida relacionados con la enfermedad. Los pacientes se enfrentan a muchos retos que se modifican a medida que cambia la enfermedad y el tratamiento. Entre los retos y momentos de crisis que se presentan tenemos el escuchar el diagnóstico, recibir el tratamiento (cirugía, radioterapia y quimioterapia), finalizar el tratamiento, recibir la noticia que el cáncer se encuentra en remisión, cuando se comunica que el cáncer ha reaparecido y convertirse en un sobreviviente de la enfermedad. Cada uno de estos eventos implica tareas específicas para la adaptación, preguntas sobre la vida y la muerte, y problemas emocionales comunes.

Los pacientes están en mejores condiciones de adaptarse a un diagnóstico de cáncer si pueden continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad emocional y seguir participando decididamente en actividades que son significativas e importantes para ellos.

El ajuste o adaptación psicosocial al cáncer se ha definido (Brennan, 2001) como un proceso ininterrumpido 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 en la vida en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es una instancia aislada,

única sino más bien una serie de respuestas constantes para superar las múltiples tareas que implica el hecho de vivir con cáncer. Los pacientes se enfrentan a múltiples retos que varían según el curso clínico de la enfermedad. Períodos comunes importantes de crisis y reto incluyen el diagnóstico, el tratamiento (cirugía, irradiación, quimioterapia), el postratamiento y la remisión, la recidiva y la atención paliativa, (Loscalzo M, Brintzenhofeszoc K, 1998) y la supervivencia (Kornblith AB, 1998). Cada uno de estos acontecimientos incluye cierto esfuerzo para la superación, preguntas existenciales específicas, muchas respuestas emocionales comunes y problemas determinados.

La adaptación normal o exitosa se indica en pacientes que pueden reducir a un mínimo los trastornos en las funciones de la vida, regular el sufrimiento emocional y continuar participando activamente en aspectos de la vida que aun revisten significado e importancia (Spencer SM, Carver CS, Price AA, 1998).

La adaptación se refiere a los pensamientos y los comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse (Folkman S, Greer S, 2000). El estilo de adaptación se refiere al estilo más común, más frecuente y a más largo plazo de adaptación que un individuo tiende a utilizar a través de una variedad de situaciones de vida. El estilo de adaptación individual se relaciona estrechamente con frecuencia a la disposición general y la personalidad de un individuo (por ejemplo, optimismo, pesimismo, introversión, extroversión).

Las estrategias para la adaptación se refieren a aquellas utilizadas con menor frecuencia y esfuerzos para la adaptación más específicos a las situaciones, como

la readaptación a la rutina diaria de una persona o el calendario de trabajo a fin de adaptarse a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Las estrategias para la adaptación se inician en un esfuerzo por adaptarse. A pesar de que hay muchas estrategias exitosas para la adaptación, se ha tomado nota de tres categorías amplias (Rowland JH, cit. Holland y Rowland, 1989):

4. Centradas en los problemas
5. Centradas en las emociones
6. Centradas en el significado

Las estrategias centradas en los problemas ayudan a los pacientes a manejar problemas específicos al tratar directamente de modificar situaciones problemáticas. Las estrategias centradas en las emociones ayudan a las personas a regular su grado de sufrimiento emocional y las estrategias centradas en el significado ayudan a los pacientes a comprender porqué ha sucedido y el impacto que el cáncer tendrá en su vida. En general, las personas que se adaptan bien típicamente continúan comprometidas y participan activamente en el proceso de superación del cáncer y siguen encontrando significado e importancia en sus vidas. Por otra parte, las personas que no se adaptan a menudo se desconectarán, retraerán y sentirán desesperanza. De esta manera, evaluar el grado de participación en comparación con renunciar puede ser una manera de distinguir entre la adaptación satisfactoria y la insatisfactoria (Spencer SM, Carver CS, Price AA, 1998).

Una teoría cognitiva para la adaptación (Lazarus RS, Folkman S, 1984) propone que en respuesta a acontecimientos significativos de la vida, la persona se formule dos preguntas importantes: "¿Tiene este acontecimiento importancia para mí a nivel personal?" y "¿Cuáles son los recursos con los que cuento para tratar / controlar este acontecimiento?" Cuando un acontecimiento es percibido como significativo a nivel personal (prácticamente todos los eventos de la vida relacionados con el cáncer lo serán) y cuando los recursos personales de un individuo se consideran inadecuados para las demandas de manejar el acontecimiento, es posible que se presenten dificultades. Una manera de conceptualizar el grado de sufrimiento experimentado por pacientes es el equilibrio o el coeficiente entre percepción de las demandas que una situación (por ejemplo, la quimioterapia) impone en los pacientes y la percepción de los recursos que poseen (por ejemplo, antieméticos eficaces) para abordar de manera eficaz estas demandas:

$$\text{Sufrimiento} = \text{Demandas percibidas} / \text{Recursos percibidos}$$

Individuos con el mismo diagnóstico o régimen de tratamiento pueden experimentar grados muy diferentes de sufrimiento. Un alto grado de sufrimiento podría resultar de las percepciones de una persona que las demandas de una situación son muy altas o sus recursos son muy bajos (o ambos). Por otra parte, un grado bajo de sufrimiento es el resultado de una percepción que las demandas de una situación son muy bajas o los recursos de la persona son altos (DSM IV TR, 2000). Por tanto, a fin de reducir el sufrimiento, bien las demandas percibidas de la situación deben reducirse o bien los recursos percibidos deben aumentarse.

A pesar de que existen algunos puntos comunes en la adaptación normal a los variados factores de estrés del cáncer, también existen muchas diferencias a nivel individual. Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente al cáncer, de manera que es importante reconocer factores que influyen en la adaptación al cáncer. Se ha determinado que el ajuste y la adaptación psicosocial es influido por tres categorías amplias de factores: derivados del cáncer, derivados del paciente y derivados de la sociedad (Nicholas DR, Veach TA, 2000). Los factores derivados del cáncer incluyen el tipo de cáncer, su estadio y pronóstico, así como el lugar del paciente en la escala del diagnóstico, el tratamiento y la recidiva. Los factores derivados de los pacientes incluyen dos tipos de recursos: recursos intrapersonales para la superación y apoyo social interpersonal, así como consideración de la etapa de la vida (es decir, tareas del desarrollo --adultos jóvenes pueden responder de manera bastante diferente en relación con adultos de mayor edad). Los factores derivados de la sociedad incluyen las opiniones de la sociedad general sobre el cáncer (por ejemplo, estigma), así como la influencia que tiene la sociedad en cuestiones como disponibilidad de tratamientos, discusión abierta en comparación con discusión cerrada de la enfermedad y convicciones populares sobre la causa.

De igual forma, uno de los aspectos mas importantes a tener en cuenta al momento de evaluar la adaptación al cáncer de cabeza y cuello, es la situación específica en la cual se encuentre el paciente frente a la fase de la terapéutica médica que corresponda.

El proceso de adaptación al cáncer puede comenzar antes de escuchar el diagnóstico.

Como todos los pacientes que se enfrentan con un diagnóstico de cáncer, los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente, se enfrentan con el miedo a la muerte, a la pérdida y el dolor (Weisman, 1976; Krouse, 1989; Straus, 1989). En respuesta, muchos pacientes experimentarán incredulidad, shock, insensibilidad, ira, rechazo, temor, ansiedad, depresión, tristeza o diestrés. En otros, la crisis del diagnóstico, compuesta por la anticipación de la desfiguración y los tratamientos inhabilitantes que vienen en el futuro, pueden disparar una severa reacción emocional. Tal como una intensa reacción de aflicción puede manifestar en un comportamiento regresivo, depresión, e ideación suicida por lo cual una intensiva intervención psicológica sería necesaria. Todas estas reacciones emocionales que suelen experimentar los pacientes ante el diagnóstico; así como los mecanismos de defensa que suelen manejar como la negación, la represión, la proyección, el aislamiento de los afectos, la evitación de situaciones y decisiones, la modificación en el concepto del tiempo, etc. son un intento de adaptación al estrés producto del cáncer y su tratamiento; los cuales son normales hasta ciertos niveles. La reacción a la enfermedad, está determinada por la interacción de varios factores y en particular, por el impacto que tiene esta sobre la personalidad y los mecanismos de defensa del paciente. La incertidumbre y el miedo al diagnóstico, el entorno hospitalario y la espera por los procedimientos constituyen una constante fuente de estrés. Mas allá, los efectos de la cirugía en términos de cambios somáticos permanentes y el

tratamiento subsiguiente, con los posibles sentimientos de falla de los anteriores tratamientos, pueden convertir la experiencia del paciente con cáncer en una situación particularmente a desarrollar desordenes psicológicos, algunas veces de considerable gravedad. La literatura (Derogatis RL, Morrow GR, Fetting J et al, 1983), refiere que alrededor del 30% - 47% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello desarrollan innumerables molestias psicológicas y el más prevalente desorden psicológico asociado a este grupo de pacientes es el Trastorno de Adaptación. De cualquier manera, incluso en cualquier orden, debe de notarse que estos pacientes sufren alteraciones en el animo, desordenes mentales orgánicos, y síndrome de personalidad y ansiedad.

Sin embargo a medida que el paciente acepta gradualmente la realidad del diagnostico suele continuar presentando reacciones emocionales como: depresión, ansiedad, falta de apetito, incapacidad para dormir, concentración deficiente y varios grados de incapacidad para desenvolverse en actividades cotidianas. Cuando el paciente recibe y comprende la información sobre opciones de tratamiento va a empezar a sentirse de manera gradual más esperanzado y optimista y finalmente ante este hecho los pacientes desarrollan maneras de adaptación y pueden amoldarse al diagnostico del cáncer.

El periodo entre el diagnostico inicial y el tratamiento es a menudo acompañado con sentimientos de ansiedad , tristeza y desesperación asociada con la perdida anticipada de atributos físicos y funciones. Lo cual se ve reflejado cuando el paciente se prepara para la cirugía, en donde el miedo y la ansiedad

están típicamente fortalecidos. En una alta proporción de pacientes con cáncer de cabeza y cuello hospitalizados, niveles psiquiátricos de depresión reactiva y ansiedad han sido reportados con trastornos de adaptación en un porcentaje que varía entre el 36% al 50% de los pacientes (Beitbart y Holland, 1989). Durante el tratamiento el paciente suele manifestar reacciones emocionales como tristeza, pesadumbre de forma periódica, depresión, desesperación, y ansiedad la cual puede contribuir a un incremento en la sensación de dolor, interferir con el sueño, causar náuseas y vómitos e intensificarse aun mas si el paciente observa el cáncer expandirse, intensificarse el tratamiento o al ver los cambios que se produjeron después de la cirugía.

Dentro estas reacciones emocionales la depresión y la ansiedad son las reacciones mas frecuentes de adaptación al cáncer. Las cuales pueden estimular o alertar al paciente que paralizarlo, por lo que en algunos casos tienen implicaciones beneficiosas en el tratamiento y en otros pueden impedir que el paciente participe activamente en él. Además de ser parte del ajuste normal a la enfermedad oncológica, también pueden constituir un trastorno o pueden estar causadas por los procesos somáticos subyacentes, como señalan Stiefel y Razavi (1994).

Durante la fase de tratamiento activo de la afección, la adaptación de un paciente se centra primariamente en hacer frente a los muchos y variados factores de estrés del tratamiento. Estos pueden incluir aprensión y temores sobre procedimientos dolorosos, efectos secundarios no deseados (pérdida del cabello,

náuseas/vómitos, fatiga, dolor), y trastornos en la vida cotidiana. Los trastornos que incluyen modificaciones en las funciones de la vida son difíciles para muchos pacientes (por ejemplo, el individuo que es el sostén de la familia y ya no puede trabajar). Los pacientes que se adaptan bien pueden tolerar estos factores de estrés a corto plazo a través de un enfoque de costo-beneficio en el cual ponderan las molestias de la pérdida a corto plazo contra los beneficios de las ganancias a largo plazo (por ejemplo, supervivencia incrementada) y concluyen, "Vale la pena"(Holland JC, Gooen-Piels J, 2000). Preguntas que a menudo surgen durante el tratamiento activo incluyen, "¿Sobreviviré esto?" o "¿Lo quitarán todo?" o "¿Qué efectos secundarios sufriré?" A medida que surgen estas y otras preguntas conexas, los pacientes utilizan estilos y estrategias para adaptarse. Si bien muchas estrategias de adaptación diferentes son útiles durante esta fase, se utiliza a menudo la adaptación centrada en los problemas --estrategias diseñadas para manejar situaciones de problemas específicos (por ejemplo, fatiga, transporte a tratamientos, horarios de trabajo modificados, cambios en las funciones).

Antes de finalizar los tratamientos activos, la mayoría de los pacientes esperan concluir el tratamiento con expectativa positiva de "retornar a la normalidad". No obstante, la finalización del tratamiento activo puede ser un momento de gran ambivalencia para los pacientes con cáncer y sus familias. La finalización de tratamientos implica un momento de celebración y alivio, pero también puede ser un momento de angustia acentuada, con una sensación renovada de vulnerabilidad que surge con el cese de las medidas médicas activas para luchar contra la enfermedad (Sherman AC, Simonton S, 1999). Aquellos que tienen una

buena adaptación pueden equilibrar sus expectativas positivas con las realidades de los temores y las aprensiones constantes. Muchos pacientes informan mayor ansiedad y temor en conexión con los miedos de la recidiva y la frecuencia reducida de la vigilancia médica a través de contactos menos frecuentes con el médico. Otras cuestiones en relación con la adaptación incluyen vivir con incertidumbre, retornar a funciones anteriores en la vida y vigilancia acentuada de preocupaciones sanitarias (Loscalzo M, Brintzenhofeszoc K, 1998). Durante la remisión, los pacientes comienzan una secuencia de citas regulares para el seguimiento con el oncólogo. La ansiedad y la preocupación normales a menudo se intensifican a medida que se acercan las fechas para las citas de seguimiento. Se genera ansiedad normal a raíz de inquietudes sobre recidiva y las consecuencias emocionales relacionadas (por ejemplo, retomar la función de paciente y sensaciones renovadas de pérdida del control) (Harpham WS, 1994). Muchos pacientes consideran que esperar resultados de exámenes es una experiencia particularmente angustiante.

La adaptación normal al postratamiento y la remisión incluye la utilización de una variedad de estrategias para la adaptación; sin embargo, esta fase a menudo incluye el empleo frecuente de estrategias de adaptación centradas en las emociones (aquellas diseñadas para ayudar a regular los trastornos emocionales normales), habida cuenta de la variedad de reacciones emocionales ambivalentes. Aquellos que tienen una buena adaptación tienen mayor probabilidad de sentirse cómodos expresando una gama amplia de emociones tanto positivas como negativas. Las estrategias de adaptación centradas en las emociones incluyen

honestidad sobre las emociones individuales, concientización de los sentimientos individuales, aceptación sin emisión de juicios sobre los sentimientos individuales, la capacidad de expresar esos sentimientos a otros, una disposición a abordar la tarea de hacer frente a esas emociones y la disponibilidad de apoyo de otros que desean escuchar y aceptar.

Recidiva y atención paliativa

La transición de un plan de tratamiento curativo a un plan de atención paliativa es extremadamente difícil para los pacientes que padecen cáncer (Sherman AC, Simonton S, 1999). La angustia extrema a menudo acompaña esta transición dado que el paciente se enfrenta a angustia psicológica renovada, síntomas físicos y la crisis existencial de la muerte, todo lo cual se combina hasta resultar en el sufrimiento a menudo ligado con el cáncer en estadios avanzados (Cherny NI, Coyle N, Foley KM, 1994).

La adaptación normal a esta crisis está caracterizada por el shock inicial, la incredulidad y el rechazo seguido por un período de angustia importante (por ejemplo, estado de ánimo deprimido, problemas para concentrarse, pensamientos frecuentes molestos sobre la muerte). La adaptación normal puede incluir períodos significativos de tristeza y llanto, sentimientos periódicos de ira contra Dios o el poder superior percibido por la persona, períodos de retraimiento y aislamiento e incluso pensamientos de darse por vencido. No obstante, al igual que con el diagnóstico inicial, este sufrimiento es seguido a menudo por una adaptación gradual durante el transcurso de algunas semanas. Es importante observar que

estas reacciones comunes no indican necesariamente una psicopatología. Si bien la intensidad de estas emociones puede ser similar a psicopatologías más graves, su frecuencia de ocurrencia y duración tiende a ser más breve. Los pacientes que experimentan adaptación normal a la recidiva y la atención paliativa generalmente se recuperarán de estas emociones fuertes más rápidamente que aquellos que experimentan un trastorno mental verdadero.

La adaptación a la recidiva y la atención paliativa a menudo implica modificar las expectativas de la curación a la cicatrización. A partir de esta perspectiva, la cicatrización incluye un proceso de "recuperar el carácter de totalidad" (Dienstfrey H, 1994), de transformar la vida individual en una variedad de maneras ante el rostro de la muerte. Este proceso de adaptación incluye el mantenimiento de la esperanza, que se considera crucial en la adaptación general a la crisis (Beck AT, Weissman A, Lester D, et al, 1974). El paciente que se adapta exitosamente a la crisis de recidiva a menudo cambia expectativas y mantiene la esperanza en diferentes actividades significativas de la vida. Por ejemplo, un paciente que tiene confianza en que el dolor y el sufrimiento pueden controlarse tendrá esperanza en relación con la calidad de vida futura. Los pacientes que creen que reciben amor y atención tendrán esperanza en sus relaciones futuras. La religión y la espiritualidad desempeñan una función muy importante para ayudar a muchos pacientes a mantener la esperanza. La religión o la espiritualidad pueden suministrar una estructura de fe que ayude a adaptarse a la crisis de recidivas. Durante la recaída y la atención paliativa, los pacientes posiblemente utilizarán estrategias para la adaptación basadas en el significado y probablemente

buscarán consuelo en la oración y las prácticas religiosas y rituales o convicciones espirituales.

Supervivencia

La adaptación del postratamiento y la remisión a la supervivencia a largo plazo es gradual y se extiende durante muchos años. No obstante, la mayoría de los pacientes, a pesar de varios diagnósticos de cáncer y tratamientos, se adaptan bien (Kornblith AB, 1998), y algunos informan incluso beneficios con respecto al diagnóstico de cáncer (por ejemplo, mayor valorización de la vida, repriorización de los valores de la vida, fortalecimiento de las convicciones espirituales o religiosas). Los pacientes que tienen una adaptación más deficiente tienden a presentar mayores problemas médicos, menores apoyos sociales, adaptación psicosocial premórbida más deficiente y menos recursos económicos (Kornblith AB, 1998).

Con el mejoramiento de los tratamientos de cáncer, esta afección se está tornando una enfermedad crónica, especialmente con ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, de próstata, de mama). Cada uno de los diferentes aspectos psicosociales del funcionamiento con una enfermedad crónica presenta sus cuestiones únicas propias para la adaptación. Por ejemplo, la adaptación a largo plazo a ser un sobreviviente de cáncer implica consideraciones sobre la manera en que uno se adapta psicológicamente, socialmente, sexualmente, profesionalmente y, sin lugar a dudas, físicamente.

En general, los estudios de los sobrevivientes de cáncer y grupos de comparación sanos no han identificado diferencias significativas en medidas de alteraciones psicológicas, adaptación marital y sexual, funcionamiento social y funcionamiento psicosocial general (Kornblith AB, 1998). No obstante, existen algunas áreas comunes de sufrimiento a las que están expuestos muchos pacientes que padecen cáncer que son un subumbral o no lo suficientemente serias para satisfacer los criterios para el diagnóstico. Se incluye ansiedad sobre la recidiva, sentido aumentado de vulnerabilidad, sensación de control disminuida, recordatorios condicionados de la quimioterapia (olores, visiones) que producen ansiedad y náuseas, síntomas similares al estrés postraumático (como pensamientos persistentes molestos, imágenes recurrentes relacionadas con los tratamientos del cáncer, sensaciones de distanciamiento de otros) (Smith MY, Redd WH, Peyser C, et al., 1999), y preocupaciones sobre la imagen corporal y la sexualidad. (Kornblith AB, 1998)

Anexo 4

El modelo biopsicosocial como alternativa para dar respuesta a la necesidad de brindar al paciente atención multidisciplinaria e interdisciplinario efectiva.

En los pacientes con cáncer de cabeza y cuello muchos aspectos de su vida se ven afectado como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento; como son las áreas relacionadas con su personalidad y estilo particular de vida las cuales sufrirán alteraciones e interferirán en la calidad de vida del paciente.

Para este, el tener que enfrentarse al diagnóstico de la enfermedad y soportar el tratamiento; el va dirigido hacia la intervención quirúrgica lo que implica para los pacientes el tener que asumir el hecho de afrontar pérdidas de sus atributos físicos y funciones, producto de la desfiguración facial que en muchas ocasiones suelen presentar tras esta cirugía, generando así una amplia variedad de reacciones en el paciente; entre las cuales están disminución de la autoestima, aumento del aislamiento social, miedo al rechazo, pérdida del interés por el entorno, entre otras.

Esta situación conlleva a que el paciente permanezca en un estado de expectación lo que supone altos niveles de incertidumbre respecto a su futuro. Afectando no solo emocionalmente al paciente sino también a su familia y al grupo social que junto a él experimentarán las consecuencias de esas alteraciones. Experimentando diversas emociones que con frecuencia son difíciles de manejar y controlar entre ellas: tristeza, soledad, rabia, miedo, ansiedad, desesperación y desesperanza.

El cáncer es una de las entidades mórbidas que como se mencionó al principio es una de las que más produce impacto a nivel emocional y psicológico en quienes lo desarrollan. Debido a esto, resulta necesario e indispensable que el estudio y

análisis de esta enfermedad (cáncer de cabeza y cuello) no sea realizada desde una perspectiva biomédica – modelo donde prima el aspecto biológico, no teniendo cabida otros determinantes como el psicológico y social; y donde el abordaje del cáncer se realizaría a partir de un punto de vista totalmente reduccionista- como sugiere la tendencia actual. Sino que sea visto desde un modelo que permita incluir y a su vez estudiar diversos determinantes o variables como son los psicológicos o sociales; aparte de los ya estudiados, biológicos. (Roa, 1998).Siendo este el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial propone que los factores biológicos, psicológicos y sociales están interrelacionados y como tal ejercen una influencia tanto sobre la salud como sobre la enfermedad (Engel 1977). Este modelo proporciona entonces un marco conceptual _ mas que una teoría unificadora _ para comprender la enfermedad crónica como lo es el cáncer de cabeza y cuello, y de igual forma su manejo.

De ahí la relevancia de su utilización dentro del proceso psicoterapéutico y al mismo tiempo el manejo por parte de los profesionales de la salud el cual les permitirá entender la compleja problemática del cáncer y a su vez las reacciones emocionales que genera en el paciente durante todo del curso dela enfermedad; permitiendo a estos tener una visión mucho más amplia de las implicaciones tan profundas que tienen en las dimensiones psicológicas ,biológicas y sociales al momento de abordar el manejo del paciente y su enfermedad; a su vez será muy beneficioso al momento de implementarse el tratamiento adecuado al paciente, y esta se llevará a cabo desde una perspectiva psicoterapéutica integral para lo cual se requiere de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, con la suficiente experiencia y con capacidad de coordinación y colaboración; dicho equipo estará conformado por una serie de especialistas de las diferentes áreas del conocimiento médico entre los cuales tenemos: médico oncólogo, cirujano, foniatra, psicólogo, enfermera y asistente social; todos orientados a un mismo objetivo que es el de proporcionar un optimo servicio que incremente la calidad de

vida del paciente y permita su readaptación a los diferentes entornos en los cuales se desenvuelve en su vida normal y cotidiana. Puesto que la recuperación del paciente suele ser compleja y siempre en continuo desarrollo.

Anexo 5

Importancia de la relación equipo de salud- paciente-sistema familiar o significante

Un momento particularmente difícil para el paciente es el que precede y acompaña a la comunicación del diagnóstico de una enfermedad grave, cuando por primera vez se ha de enfrentar a la posibilidad de un dolor o deterioro intensos o a una muerte cercana.

La comunicación del diagnóstico de una enfermedad como es el cáncer resulta ser una situación compleja al médico tratante y al equipo que cuida al paciente, pues dentro del entrenamiento los profesionales de la salud no reciben capacitación orientada al sano manejo de la información delicada con el paciente. Por tal razón esta situación resulta algo verdaderamente difícil porque de la manera como se comunica o transmite éste va a tener una notable incidencia en el modo en que el paciente afronte su enfermedad y en su futura calidad de vida, así mismo en cómo se configura la relación con el médico de referencia, en su adherencia a los tratamientos que se le aconsejen y en el desarrollo y manifestación de trastornos que precisen atención psicológica o psiquiátrica.

A partir de la comunicación del diagnóstico comienza un proceso de adaptación durante el cual el paciente va a requerir apoyo emocional permanente por parte de todos los miembros del equipo sanitario si pretende que mantenga un nivel de bienestar aceptable.

Una investigación llevada a cabo por Stedeford pone de relieve que mantener una pobre comunicación con el paciente causa mayor sufrimiento que ningún otro problema, excepto el dolor no aliviado. Con frecuencia el temor de los miembros del equipo a hablar de temas delicados y la falta de entrenamiento de

cómo realizarlo son desencadenantes de un malestar importante que dificulta, en gran medida, la calidad de la asistencia y la consecución de los objetivos propuestos.

La relación médico-paciente es un proceso importante en el cual los conocimientos científicos, la habilidad y la experiencia del médico juega un papel fundamental, siempre que no prevalezca una actitud paternalista absoluta que pudiese dañar la confianza del paciente y sobre todo su autonomía.

En la relación médico-paciente el primer fundamento ético esta representado por la información, pero cuando se trata de "cáncer" se enmascara con la mentira, no entregándole al paciente la información requerida para aprobar o compartir las decisiones médicas ya sea por el temor a causar dolor y sufrimiento, el temor a generar una reacción emocional que no se sabe manejar, el temor a responder "no lo se" antes las preguntas que surgen, y el temor a expresar y a dejar traslucir nuestras emociones como respuesta.

Así, como la relación médico-paciente puede verse afectada, las relaciones entre el paciente y su familia ante un acontecimiento como lo es, el que uno de los miembros de la misma tenga cáncer suele verse igualmente alterada lo cual provoca cambios en la unidad social y en el núcleo familiar; debido a que ésta sufre una seria alteración psicológica y pasa por un periodo de crisis emocional pues deben afrontar no solo la enfermedad sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento de la misma; lo cual se ve reflejado en los conflictos internos preexistentes que suelen aflorar y tienden a influir negativamente sobre la persona afectada al igual que en las dificultades que se generan en la comunicación producto del caos generado en la red normal de interacción; en donde las actitudes del paciente hacía su enfermedad muchas veces cambia la pauta de los estilos de comunicación familiar, y las actitudes de la familia como respuesta a la reacción del paciente, influirán sin lugar a dudas, en el mantenimiento de patrones de conducta que pueden ser favorables o perjudiciales para su salud, ocurriendo

lo mismo en las relaciones con amistades y allegados; generando así mismo cambios en el sistema de vida de cada uno de sus miembros.

Por todo esto, es importante que el médico establezca desde el primer contacto con el paciente una buena relación basada en la confianza ; y de igual manera el resto del equipo médico; ya que a través de la misma éste puede vehicular sus necesidades de seguridad y comprensión, al mismo tiempo calmar sus temores de abandono, de sentirse una carga y de incapacidad para mantener la propia identidad. asimismo el establecimiento de una comunicación clara, frecuente y abierta entre el paciente, el personal sanitario y familiares en especial con el médico de referencia le permite al paciente sentirse acompañado, escuchado, comprendido y ayudado lo cual le brinda seguridad y confianza para expresar libremente sus emociones y plantear sus dudas y preocupaciones en relación a su enfermedad. Todo esto ayuda a este a superar la situación de estrés agudo, pudiendo tomar decisiones con relación al tratamiento ,a sus relaciones vinculares y a sus actividades sociales, a su vez se le brinda la oportunidad de enfrentar las propias circunstancias pasando de una actitud pasiva a una actitud activa de sujeto ;lo que permitirá que se sienta con fuerzas para emprender el camino que tiene por delante, camino en donde va a necesitar permanentemente el apoyo personal por parte de su familia, amigos, médico, personal sanitario y con el cual él va hacer capaz de mejorar, de afrontar, perseverar, de enfrentarse a la enfermedad e incluso a la propia muerte. Para el paciente oncológico el apoyo o soporte social marca la diferencia entre abandonar la esperanza o no ceder, entre querer vivir o desear morir.

Por consiguiente el médico junto con el equipo sanitario es su función evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista. Por tanto es importante ayudar a los pacientes y a sus familiares a mantener entre ellos una comunicación clara y abierta ya que esta le permitirá compartir la presión a la que se encuentran sometidos y puedan así, acompañarse realmente, lo que ayudará a todos a crear

un área de comprensión compartida, como base para continuar la interacción en pos de unas relaciones interpersonales adecuadas.

Por todo lo expuesto anteriormente es necesario que en la medida de lo posible se logran manejar relaciones adecuadas basadas en la confianza en una tríada que suele resultar inseparable equipo médico-paciente –familia. Para de esta forma entre todos contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Anexo 6

El Rol del psicólogo en oncología

“Hay que llegar al convencimiento de que el tejido canceroso no es en sí mismo el problema que debe resolverse, sino que lo importante es la aberración que ha permitido la existencia de un medio favorable para la enfermedad. El cáncer no es sino un síntoma, y aislar el síntoma mediante el solo tratamiento es como tratar la esquizofrenia de manera esquizofrénica. Un virus puede ser la causa bioquímica, pero si lo que ha permitido el desarrollo del cáncer, es decir, la etiología básica, reside en la psique, sólo puede producirse la curación si se conoce esta etiología”. (Bammer K. y Newberry B, 1985).

Esta enfermedad está afectada por múltiples factores, tanto en su aparición y curso, como en su recuperación. Esto significa, que una aproximación al cáncer rigurosa y éticamente impecable, debe considerar todos los aspectos involucrados, tanto biológicos como psicológicos, tanto sociales como espirituales.

La psico-oncología ha surgido como respuesta a esta necesidad y, a pesar de que hay psicólogos trabajando en esta área desde hace muchos años, recién en la década de los 80 esta disciplina es considerada una rama de la psicología y se funda la International Psycho-oncology Society en 1984. Sin embargo, la psico-oncología entendida como tal, es “reactiva”, preocupándose del apoyo al paciente de cáncer, su familia y el equipo, siendo en este sentido altamente necesaria y eficiente. Cubre aspectos relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos,

manejo del dolor, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad (Cuidados Paliativos), elaboración del duelo y asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud.

Esta es la psico-oncología que se estudia e investiga en los principales Centros de esta disciplina en el mundo: Sloan-Kettering en Nueva York, liderado por la psico-oncóloga Jimmie Holland (Holland J., 1998), en Kiel con el Dr. Kollenbaum, en Paris en especial en cuidados paliativos y en otros centros del mundo.

Esta es sólo una parte de los objetivos de la psico-oncología, ya que se debe dedicar también a la psico-oncología proactiva. Esto implica colaborar con el paciente, para descubrir las características de su estilo de vida que puedan haber influido en la presentación de su enfermedad y su curso, y, ayudarlo a revertir estas características, así como desarrollar políticas de prevención.

No es una excusa que las investigaciones cuantitativas que se realizan a nivel mundial, no hayan entregado suficientes resultados (¿cuántos son suficientes?) que relacionen estilos de vida y presentación y curso de la enfermedad, o no asocien stress y cáncer, o sistema inmune y cáncer en forma categórica (Schedlowski M. and Tewes U, 1999).

Por otra parte, el Dr. Claus Bahnson, en 1980, al resumir una parte de las pruebas recientes, concluyó: "Así pues, existen datos concluyentes derivados de

los campos neurológicos y endocrinológico que respaldan la idea de que acontecimientos psicológicos mediados por el sistema nervioso pueden influir en las reacciones endocrinas e inmunitarias a los procesos malignos” (Bammer K. y Newberry B, 1985).

Cabe hacer notar, en primer lugar, que las investigaciones cuantitativas en este campo son difíciles, por los problemas que se presentan en la aislación de variables psicológicas (no es lo mismo evaluar el efecto de una quimioterapia que el de un cambio de vida).

En segundo lugar, no sólo las investigaciones cuantitativas son válidas científicamente; las investigaciones cualitativas y los estudios de casos, realizados adecuadamente, también arrojan resultados de validez científica.

En tercer lugar, sí existen investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que relacionan aspectos psicológicos y presentación y curso de la enfermedad, cuya historia empieza con Galeno, sigue en los siglos XVII y XVIII, y continúa haciéndose presente en el Siglo XIX y en el Siglo XX, detalle que se puede encontrar en el libro de Bammer y Newberry (Bammer K. y Newberry B, 1985).

La investigación de Spiegel en relación a terapia de grupo y sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama marcó un hito en la historia de la psico-oncología (Spiegel D. and Classen C., 2000) aunque desde nuestro punto de vista los resultados habrían sido mucho más reveladores si se hubieran evaluado factores de cambio y no sólo asistencia al grupo. También es posible citar aquí la

investigación de Bücher y Moya (2000), Eysenk (cit. Middleton J, 2001), Simonton (1978), LeShan (1989) para sólo nombrar algunas.

Con esta visión, el campo profesional de la psico-oncología se amplía a todos los aspectos preventivos del cáncer, lo que nos permite participar en forma activa en detectar los modelos de alto riesgo cancerígeno y contribuir a revertirlos oportunamente, investigar en estas áreas y contribuir con una aproximación éticamente responsable.

Una actitud proactiva es una parte fundamental en un proceso de recuperación o de prolongación de la vida (Middleton J, 2001).

Así mismo, en ocasiones, se repiten características y se presentan denominadores comunes en los pacientes (Middleton J, 2001), lo que permite realizar una prevención primaria real y no sólo una detección precoz de la enfermedad.

Lawrence LeShan y su discípula y colaboradora Ruth Bolletino, trabajan desde hace años en Nueva York con una aproximación proactiva, estimulando a sus pacientes a “volver a cantar su propia canción”, es decir, ir al encuentro de aquello que dejaron en el camino y cuya pérdida llevó a vivir en forma frustrada, tensa, poco satisfactoria (LeShan, 1989).

Psico-oncología reactiva

El campo de acción de la psico-oncología reactiva es enorme y permite al psico-oncólogo apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración.

Con respecto al paciente, al recibir el diagnóstico siente que se le detiene la vida abruptamente, queda invadido y paralizado por terribles temores, está desorientado y perdido entre múltiples opciones. Esta persona requiere ser apoyada inmediatamente por un equipo multidisciplinario, y no esperar a que haga crisis de angustia o caiga en un estado depresivo.

Cualquiera de estas situaciones agravará el problema, hará más difícil la aplicación de tratamientos y permitirá que la persona se deje llevar por un sistema común de creencias frente al cáncer, como que es sinónimo de muerte, de dolor y de desesperanza, etc.

Los médicos parecen desconocer el potencial de trabajo de un psico-oncólogo y con frecuencia no recurren a él hasta que el enfermo está en crisis o cuando sienten que la proximidad de la muerte a ellos los desborda o no saben como tratar este tema con el paciente o la familia.

Más adelante, una adecuada psicoprofilaxis de los tratamientos, permitirá una mejor tolerancia de ellos y, como consecuencia, posiblemente una mayor efectividad. Basta decir que una persona que entra relajada y bien preparada a una cirugía, se recuperará más pronto, procesará mejor las eventuales mutilaciones y se reinsertará antes en su vida familiar, social y laboral.

Lo mismo ocurre con una adecuada preparación a la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc. Con respecto al manejo del dolor, el trabajo del psico-oncólogo está relacionado con un diagnóstico diferencial del dolor, con su evaluación y tratamiento. Si consideramos el dolor clínico como una manifestación subjetiva, producto de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales, queda en evidencia que la sola participación del médico es insuficiente para un buen manejo.

Hoy día existen múltiples alternativas de manejo psicológico del dolor, que representan un gran aporte tanto en los problemas de dolor agudo o crónico, tanto en las etapas iniciales de la enfermedad como en cuidados paliativos. El no abrir al paciente estas opciones, es por decir lo menos, irresponsable. Es bien sabido que hoy es inadmisibles que una persona sufra un dolor sin control, considerando las múltiples opciones que posee un equipo multidisciplinario para su manejo.

En el área de cuidados paliativos, considerando la tríada – paciente, familia, equipo – (Bayés R. et al, 1996), la responsabilidad del psico-oncólogo es aportar sus conocimientos y experiencia a todos los integrantes de esta tríada, evitando al

máximo el sufrimiento de cada uno. Esta labor es profunda, sacrificada y muchas veces agotadora, pero la vivencia de acompañar a un paciente y su familia en etapas avanzadas de la enfermedad y en la proximidad de la muerte, es una de las experiencias más enriquecedoras de la vida. El equipo debe autocuidarse y optimizar sus energías en este trabajo, recibiendo por parte del psico-oncólogo las herramientas adecuadas para dar lo mejor de sí sin extenuarse.

Si a todo esto agregamos los talleres de duelo para la familia, las intervenciones de pareja y familiares, las asesorías en relación a la sexualidad del paciente con cáncer, los entrenamientos en imaginería, visualización, relajación, yoga y meditación, arte-terapia, consejería telefónica e intervenciones psico-educativas, creemos haber mencionado las áreas más importantes que cubre la psico-oncología reactiva, tanto en el trabajo con niños, adolescentes, adultos como adultos mayores.

En el ejercicio de la psico-oncología reactiva, es frecuente recibir pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad. Por un lado la familia necesita un apoyo y guía para tratar al paciente y tolerar mejor la tragedia que están viviendo, por otro, el paciente está dispuesto a recibir cualquier ayuda que le alivie y, por último, muchas veces el médico tratante acepta la presencia del psicólogo aunque no entienda la utilidad, presionado por la familia y el paciente que están desesperados y piden cualquier ayuda que les alivie. Otras veces, al formar parte de equipos de cuidados paliativos la labor del psico-oncólogo es parte habitual del tratamiento en etapas avanzadas.

Muchas veces, y debido a los tabúes sociales que existen respecto a la muerte y el morir, las personas no están dispuestas a abordar el tema fácilmente y se requiere la concurrencia de una persona entrenada para romper las reservas. Este es uno de los roles que debe saber realizar un psico-oncólogo.

Psico-oncología proactiva

Este término ha sido acuñado en el Centro de Desarrollo de la Persona y se basa en el modelo teórico desarrollado en este Centro y que fue creado por Jens Bücher (Bücher J., 1999).

Para que una persona vuelva a ser sana, debe flexibilizar los “filtros” (modelos, experiencias, roles, mandatos, imposiciones, etc.) que le impiden ser inocente y que le han llevado a stress, luego a disfunciones y, finalmente, a una enfermedad. Sólo el reencuentro con su inocencia, su integración emotiva, su íntimo modo de ser, su entusiasmo vital, su autonomía, y el quiebre de la instrumentalización de sí misma, va a permitir que vuelva a ser una persona sana nuevamente.

Una y otra vez se ha constatado que, personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos, muchas veces recuperan su salud y, como otras, con mejores pronósticos, que no están dispuestas a hacer cambios, vuelven a hacer una recurrencia.

En 1990, Middleton (2001) realizó una investigación cualitativa en más de 1000 casos e identificó algunos denominadores comunes que se presentan en las personas con cáncer. Durante 12 años realizó un seguimiento de algunos de esos casos: personas con mal pronóstico que hicieron cambios notables y profundos y que aún están vivas y enamoradas de la vida.

Se ha observado como en familias donde el cáncer se repite de generación en generación, aunque no siempre se encuentra el gen responsable (BRCA1 o BRCA2), muchas veces las evaluaciones psicológicas de madre, hijas y hermanas son muy similares. Esto abre un enorme campo de trabajo e investigación. En este sentido, es posible decir que la labor de la psico-oncología está recién empezando a perfilarse.

El trabajo en el ámbito proactivo no es fácil, porque muchas veces el paciente siente que está haciendo todo lo que puede hacer para sanarse y, sin embargo, no avanza en su recuperación, o lo que es peor, su enfermedad es cada vez más grave. En estos casos, la labor profesional debe ser apoyadora e impulsadora de cambios más radicales, lo que muchas veces es resistido por el paciente, especialmente por su falta de energía.

Puntualizando, el trabajo del psicólogo en el área de la oncología, esta dirigido principalmente, a ocho líneas de actuación:

- *Intervenciones preventivas:*

Con ello nos referimos a la incorporación de conductas y acciones adecuadas de salud, que impliquen además de la transmisión de información y conocimientos, los principios de aprendizaje cognoscitivos, de aprendizaje social y la comunicación persuasiva:

- ◆ El conocimiento de los riesgos
- ◆ La claridad sobre la exposición del riesgo
- ◆ Las intenciones de involucrarse en la modificación del riesgo.
- ◆ La toma de decisiones para modificar los efectos del riesgo.
- ◆ Los planes de conducta a la implementación del riesgo
- ◆ El mantenimiento de las acciones.

□ *Información adecuada al paciente:*

Una línea importante de abordaje con pacientes oncológicos es brindar la información que solicitan, teniendo en cuenta el contenido de la misma, el tipo de información y el momento en el que vamos a darla, tanto al paciente como a sus familiares. Si hay algún tipo de información que no podemos ofrecerla porque no es de nuestra competencia ayudaremos al paciente a encontrarla poniéndole en contacto con el personal adecuado para administrarla.

□ *Preparación para la hospitalización y tratamientos:*

La hospitalización y los consecuentes tratamientos a los que debe ser sometido un enfermo oncológico favorecen la aparición de reacciones emocionales (ansiedad, depresión, miedos, sintomatología psicopatológica). La tarea aquí es controlar y reducir aquellas las reacciones en pos de favorecer estrategias de afrontamiento ante la hospitalización y los tratamientos.

□ *Intervención tras el diagnóstico de cáncer:*

El impacto emocional tras el diagnóstico de la enfermedad genera incertidumbre respecto a la impredecibilidad de los acontecimientos y a la falta de información, emociones negativas (miedo, ansiedad y depresión entre otras), pérdida de control, y la disrupción inmediata de las actividades cotidianas (personal, familiar, social, laboral y sexual). La tarea del psico oncólogo está orientada a:

- ◆ Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales “desadaptativas”;
- ◆ Promover un sentido de control personal y participación activa;
- ◆ Dotar al paciente de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la relación familiar (Moorey y Greer, 1989).

□ *Intervenciones asociados a la patología oncológica:*

- ◆ Control de reacciones asociadas y condicionadas a los efectos de los tratamientos: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, (Redd, 1989; Morrow, Lindke y Black, 1991); miedo a las posibles quemaduras y fatiga por la radioterapia (Johson, Lauver y Nail, 1989).
- ◆ Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos (Jay, Elliot, Katz y Siegel, 1987) y dolor crónico característico de la patología (Turk y Fernández, 1990).
- ◆ Anorexia (como efecto secundario a los principales tratamientos o por la propia patología) (Lesko, 1989).
- ◆ Problemas Sexuales (Auchincloss, 1989; Pellicer, Creus y Soler, 1991)
- ◆ Adaptaciones a mutaciones (Tebbi, Stern, Boyle, Mettling y Mindell, 1985)

□ *Intervención en fase terminal (proceso paliativo)*

(Arranz, 1991; Comas, 1991; Bayés y Barreto, 1992)

En el caso de pacientes en fase terminal se atiende a las necesidades del paciente (espirituales y emocionales), permitiéndole entre otras cosas expresar emociones y cerrar su ciclo de vida. También es vital la intervención con los familiares en el proceso de duelo.

- *Selección y entrenamiento de personal voluntario*

- *Entrenamiento en afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería*

Entrenamiento en habilidades para la relación terapéutica y estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico)

Anexo 7

Síndrome de agotamiento profesional en personal sanitario cuidador de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la OMS, en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora (OMS, 2000). En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la OMS., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud al igual que las vicisitudes de la política sanitaria en los últimos años en nuestro país han generado un marcado aumento de la carga laboral, cambios en la relación con el paciente y su familia, aumento de la litigiosidad, fortalecimiento de los aspectos

administrativos en la práctica médica, pérdida de jerarquía profesional, entre otros. Estos cambios no han hecho más que exagerar el riesgo de agotamiento-estrés en estos profesionales aumentando su vulnerabilidad ante los estímulos del medio.

Los trastornos que esta situación produce repercuten negativamente en su propia salud, sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. A su vez, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos laborales de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas. En España, la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995), al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo. Una sentencia reciente del Tribunal Supremo (octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad

Autónoma del País Vasco, respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral (ver, Gil-Monte, 2000). Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector sanitario ni para los *nuevos servicios de prevención* creados por la administración sanitaria, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

A mediados de la década del '70 se definió un cuadro polifacético y plurisintomático, de intensidad y amplitud variable, en quienes brindan servicio y asistencia, que surge como respuesta al estrés laboral crónico denominado síndrome de "burnout". Este es definido por Maslach y Jackson, como una respuesta al estrés laboral crónico el cual se caracteriza por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, por actitudes y sentimientos negativos y de despersonalización hacia las personas con las que se trabaja, y por una valoración negativa hacia el propio rol profesional y una falta de realización personal en el trabajo.

De la delimitación conceptual del síndrome pueden diferenciarse una *perspectiva clínica* que lo define como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y una *perspectiva psico-social* que apunta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales.

Desde la perspectiva clínica, Freudenberguer en 1980 señaló que el burnout hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios y como resultado de "gastarse" por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables.

Desde un enfoque psicosocial, la mayoría de los autores toman la definición de Maslach y Jackson, quienes en 1984 afirmaron que el burnout debe ser conceptualizado como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”. Son estos autores los que crean el instrumento para evaluación del síndrome que ha sido traducido a varios idiomas y utilizado alrededor del mundo entero: el MBI (Maslach Burnout Inventory).

Componentes del Síndrome de “burnout”

a) *Agotamiento emocional*: Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios; en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y sostenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Aparece el desgaste, la fatiga y manifestaciones físicas y psíquicas en representación del vaciamiento de los

recursos emocionales y personales, experimentándose que no se tiene más nada que ofrecer profesionalmente.

b) *Despersonalización*: Desarrollo de sentimientos negativos de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas por los profesionales en forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. Se incrementa la irritabilidad, la pérdida de motivación, con reacciones de distanciamiento y hostilidad hacia los pacientes y los compañeros de trabajo.

c) *Falta de realización profesional*: es la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atiende; los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales; hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se considera relacionado a una falta de adecuación de la realidad con las expectativas del sujeto.

El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección

frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización.

Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicósomáticas (v.g., alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (v.g., accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y

tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

a) En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte

de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (v.g., la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

Si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral y el “burnout” como expresión de un fallo en su afrontamiento, tendrá consecuencias nocivas para el individuo y también para la organización donde trabaja.

Como consecuencia del “burnout” a nivel individual se generan vivencias de soledad y fracaso, ansiedad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, verbalización escasa; a su vez se produce un deterioro de la salud psico-física de los profesionales y de sus relaciones interpersonales. La sintomatología que se deriva a nivel psicosomático, como son: cefaleas, dificultad para concentrarse alteraciones en el sueño, del apetito, sexuales, hormonales, trastornos gastrointestinales, osteomusculares etc. Son las que tienen mayores repercusiones percibidas sobre su calidad de vida. Las consecuencias sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y conductas de carácter

negativo desarrolladas por el sujeto: cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento, irritabilidad, induciendo a un deterioro de los vínculos y a un aumento de los conflictos. Se ha descrito, entre otros, un aumento significativo de alcoholismo, tabaco, aumento en la ingesta de café, sedentarismo, mala alimentación, uso de psicofármacos y problemas familiares en portadores del síndrome.

Entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones está; la disminución de la satisfacción laboral, el sentido de pertenencia, la productividad, el bajo compromiso e interés en el trabajo, al igual que en su rendimiento, deterioro de la calidad del servicio brindado; y así mismo se genera un aumento en el ausentismo laboral, la propensión al abandono del puesto y/o de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de accidentes laborales, entre otros.

Hay unos principios para la prevención del síndrome de burnout:

- Autoconocimiento y cuidado de las propias emociones: el cuidador debe reflexionar sobre sus emociones y profundizar en su propio conocimiento.

- Establecer límites y fijarse unas expectativas reales: hay que fijarse unas expectativas realistas respecto a lo que se puede hacer, entendiendo que no puede satisfacer todas las necesidades del enfermo ni de todos los enfermos.

- Separar la vida laboral y personal: hay que procurar olvidar las preocupaciones del trabajo cuando no se está en él. Los cuidadores más eficaces suelen dedicar parte de su tiempo a disfrutar de actividades totalmente ajenas a su actividad laboral.

- Memorar la comunicación y las habilidades para resolver problemas: la comunicación interpersonal constituye una faceta fundamental de la atención al paciente y puede causar un alto nivel de estrés. Hay que aprender y mejorar las habilidades que aseguren la transmisión de ideas y emociones de una forma sana y eficaz. Hay que tener una actitud de no paternalismo y respeto al enfermo.

- Reciclar energías: el estrés es inevitable en muchas situaciones, por lo que hay que darle salida. La práctica regular de ejercicio físico, relajación, meditación o yoga puede ser muy útil.

- Reforzar la red de apoyo social: disponer de personas con las que compartir las vivencias permite romper la sensación de aislamiento y reforzar la autoestima.

Anexo 8

Actividad 1

“Mis habilidades comunicadoras”

Objetivo:

Reconocer las habilidades de resolución de situaciones conflictivas que poseen los participantes para las situaciones de crisis en pacientes en el área de oncología.

Duración:

El tiempo para la actividad será de diez (10) minutos.

Materiales:

Papeles, lapiceros.

Equipos:

Tablero acrílico, video beam

Indicador de logro:

Al final de la actividad, los participantes reconocerán sus propios estilos de resolución de situaciones de crisis en pacientes en el área de oncología.

Contenido:

Para comenzar la actividad, se les el siguiente caso:

Caso 1:

“El señor M. es un paciente varón de 32 años que se dedica a la administración de un importante negocio mercantil. M. es casado hace 10, tiene 2 hijas de 8 y 5 años respectivamente. Hace algún tiempo el señor M. ha llegado a su consultorio, reportando dolores en la garganta, cierta dificultad para deglutir, molestias al hablar por algún tiempo, lo cual le molesta sobre todo al momento de estar en negociaciones con diferente socios comerciales de su compañía, esto ultimo le genera mucha preocupación puesto que es el quien dirige las reuniones semanales en su empresa.

Al realizar la valoración medica del señor M. usted encuentra la existencia de un carcinoma epidermoides de laringe T1 N0 M0, lo que indica que es un tumor derivado del tejido epidermoides, localizado en la laringe, pequeño, que no invade estructuras linfáticas y que no posee aun metástasis.”

Al finalizar la lectura del caso, se procede a realizarles la siguiente pregunta:

“Usted como médico, ¿Qué hace para transmitirle el diagnostico al paciente?”.

Se deja un tiempo de al menos 7 minutos, para que expresen sus conductas y comportamientos al respecto y luego se procede a continuar con la explicación de la intervención en crisis.

Anexo 9

Intervención en crisis

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.

Este proceso abarca dos fases:

1) Intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica. Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.

2) Intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia en crisis, puede durar semanas o meses, y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas: 1) la teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir, 2) las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre, 3) la teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver, y 4) datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria, de prevención secundaria o de prevención terciaria.

1) Prevención primaria: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas, etc.

2) Prevención secundaria: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.

3) Prevención terciaria: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, etc.

Teoría De La Crisis - Estructura General

Definición de crisis: Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Las crisis pueden ser circunstanciales o de desarrollo. Las primeras son inesperadas, accidentales (incendios, violaciones, desempleo, divorcio, etc.) y dependen sobre todo de factores ambientales. Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud.

Las crisis ocurren en una serie de etapas:

- 1) Se eleva la tensión al comienzo por el impacto del suceso externo.
- 2) La tensión aumenta más porque no se puede enfrentar la nueva situación con la norma habitual de conducta.
- 3) Al incrementarse la tensión, se movilizan otros recursos que pueden desembocar en varios resultados: reducción de la amenaza externa, éxito en el enfrentamiento con la situación, redefinición del problema, etc.
- 4) Si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional.

Las reacciones frente a una crisis pueden ser al comienzo dos: llanto o negación de la crisis. El llanto puede conducir a la negación o a la intrusión. Esta última significa sentirse invadido por sentimientos de dolor, imágenes del impacto, pesadillas, etc.

La intrusión lleva a la penetración, proceso donde se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Implica definir problemas, tomar decisiones o aprender soluciones nuevas,

movilizar recursos personales o externos, reducir efectos desagradables, etc. La penetración lleva la etapa final, que es la consumación, o integración de la situación de crisis dentro de la vida del individuo. La crisis puede dar como resultado un mejoramiento o un empeoramiento del sujeto.

Antes de un suceso crítico, el individuo (persona-sistema) se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar o social que está alojado en un ambiente comunitario, parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos, y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis. Sólo como probable, sin embargo, vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa se afectan.

A los pocos días siguientes al trastorno de crisis, las oportunidades para la primera ayuda psicológica (intervención en crisis de primer orden) de la familia y la comunidad existen. En las semanas subsiguientes, las etapas se dirigirán a restablecer el enfrentamiento y por último resolver la crisis. Sea a través de una terapia en crisis formal (proporcionada por un trabajador entrenado mediante diversos sistemas comunitarios), o a través de recursos de ayuda naturales (familias, vecinos, medio), finalmente ocurrirá el equilibrio ya sea para la salud o la

enfermedad. La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general.

Crisis Circunstanciales

Las crisis circunstanciales (enfermedad infantil, secuestro, terremoto, etc.) tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo (a diferencia de la crisis de desarrollo) y pueden sobrevenir en cualquier momento de la vida y a cualquiera.

La crisis circunstancial tiene cinco características:

- 1) Es repentina: aparece de golpe.
- 2) Es inesperada: no puede ser anticipada.
- 3) Es urgente, pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- 4) Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales).
- 5) Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Ejemplos de crisis circunstanciales son enfermedades físicas o lesiones no debidas a una avanzada edad (pues estas son predecibles), muerte súbitas, crímenes, desastres naturales y guerras, etc.

El primer paso en la intervención en crisis circunstanciales es centrarse en el aquí y ahora. En un desastre natural por ejemplo, salvar víctimas, o moderar los ánimos

en una pelea conyugal. Luego, la intervención apuntará a ayudar al individuo a introducir cambios en su vida debido a la secuela de la crisis. Por ejemplo, cambio de trabajo por haber adquirido cierta incapacidad física.

Intervención De Primer Orden: Primera Ayuda Psicológica

Tiene cinco componentes básicos, que son:

1) Hacer contacto psicológico: hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.

2) Examinar las dimensiones del problema: centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las 5 áreas CASIC en la pre-crisis. En cuanto al presente, también indagar como estaban en el momento de la crisis las 5 áreas CASIC, los recursos personales (internos) y sociales (externos), y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas, etc.).

3) Examinar las soluciones posibles: El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa, cambio ambiental.

4) Ayudar a tomar una acción concreta: el objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Si la mortalidad (peligro de morir) es baja y el paciente es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se lo aconsejará. En una palabra se toma una actitud facilitadora. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay mortalidad alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (un intento de suicidio, por ejemplo).

5) Seguimiento: O registrar la evolución posterior del paciente. Hay que asegurarse aquí que seguirá con el apoyo recibido, que la mortalidad se mantendrá baja, y que hay un enlace con recursos consumados, o sea puede seguir aplicando las soluciones ensayadas antes. El seguimiento concluye cuando nos aseguramos que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores. Si no, debe volverse a la etapa 2 (examen de las dimensiones del problema).

Anexo 10

Actividad

Relaciones que sirven de ayuda:

Comunicación verbal y no-verbal

Objetivos:

- I. Demostrar los efectos que tienen tanto la postura, como la mirada en las relaciones y como sirven de ayuda.
- II. Enfocar la atención de los miembros del grupo, sobre el impacto de sus comportamientos no verbales, en otros individuos.
- III. Enseñar las aptitudes básicas no-verbales.

Duración:

Aproximadamente veinte (20) minutos.

Material:

Ninguno.

Indicador de Logro:

Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de reconocer las emociones y sus diferentes expresiones que influyen en la comunicación empática con los demás.

Procedimiento:

I. El instructor inicia la experiencia discutiendo los aspectos verbales y no-verbales de la comunicación, señalando que aunque los individuos parecen basarse en la comunicación verbal, la no-verbal (gestos, postura, tono de voz. etc.) es también de suma importancia. Para reforzar este punto, demuestra en qué forma los intercambios no-verbales pueden contradecir o confirmar un mensaje verbal. Para demostrar LA CONTRADICCIÓN, se acerca a un participante y dice: "Me gustas", usando un tono de voz de enojo y con los puños cerrados. Para demostrar CONFIRMACIÓN, se acerca a un miembro del grupo y dice: "Me gustas", en una forma cálida y le hace un cariño.

II. El instructor anuncia que la actividad consistirá en formar parejas y explorar los efectos de diferentes arreglos. Explica que los miembros de cada pareja se sentarán en posiciones diferentes, y que cada vez que cambien de posición, permanecerán en silencio, y estarán atentos al efecto que produce su forma de sentarse.

III. Los participantes forman parejas, y el instructor da direcciones para que se sienten espalda con espalda sin hablar. Después, se esperan en esa posición un minuto, y luego se ordena que se volteen de frente.

IV. Después de pasado otro minuto, cada pareja discute su reacción a la actividad. El instructor solicita observaciones de toda la experiencia de todo el grupo.

V. Las parejas se sientan una frente a otra, y silenciosamente adoptan tres diferentes posturas con el cuerpo (un minuto cada una): empujado hacia adelante, derecho, encorvado.

VI. Cada pareja discute sus reacciones la etapa anterior. El instructor pide observaciones a todo el grupo acerca de la experiencia.

VII. Un miembro de cada pareja asume el papel de ayudante; el otro de ayudado.

VIII. Mientras están sentados frente a frente, las parejas silenciosamente experimentan diferentes contactos visuales (un minuto cada uno)

1. El ayudante intenta mirar al ayudado directamente a los ojos, mientras que el otro miembro mira hacia abajo o a lo lejos.

2. El ayudado intenta mirar a su compañero directamente a los ojos, mientras que el otro mira abajo o hacia a lo lejos.

3. Ambos se miran directamente a los ojos.

IX. Se repite el paso VI.

X. Después de haber procesado la experiencia visual, el instructor dirige una discusión sobre las reacciones de los participantes a la secuencia de actividades.

Enfoca la discusión en la integración y la aplicación de este aprendizaje.

Anexo 11

Actividad

“Superando la crisis”

Objetivo:

Fortalecer el aprendizaje de los pasos y etapas de los primeros auxilios psicológicos como estrategia de primer orden para la intervención en crisis.

Duración:

30 minutos

Materiales:

Papeles, lapiceros.

Equipos:

Video beam, computadora.

Procedimiento:

Para esta actividad, se divide el grupo en dos pares iguales, se relea el caso presentado durante la primera actividad (Caso 1), y se les solicita a los participantes que, con lo aprendido durante esta sesión, lo apliquen para resolver nuevamente la pregunta realizada durante la primera actividad. Pasados 10 minutos se les pide que socialicen sus respuestas, y posteriormente, se les presenta una propuesta sobre como aplicar los primeros auxilios psicológicos al caso:

“Invito a Sr. M para que venga a mi consultorio en las primeras horas de la mañana, le invito a seguir y a tomar asiento, de manera muy cordial. Lo saludo y le pregunto como le esta yendo en su trabajo, como va su familia y como se ha sentido en términos generales, en un tono de voz calida y neutral. Posteriormente, le pregunto en relación con sus expectativas acerca del diagnóstico, las preocupaciones que tiene al respecto, si percibo alguna ansiedad en este punto, le explico que cualquier interrogante que tenga, se las iré resolviendo y le expresaré que tendrá todo nuestro apoyo disponible. En este punto le explicaré de manera clara, concisa y en términos coloquiales el resultado del diagnostico, en ese momento y dependiendo de la respuesta del señor M., manifestaré nuestro apoyo y resaltaré la importancia de trabajar en equipo ya que es un trabajo de tres: él, su familia y mía, y que por tal motivo, necesito su total colaboración durante todo el proceso.

Una vez en consulta, procedo a evaluar cada una de las áreas de ajuste del paciente. En primera instancia le pregunto al señor M. si en algún de su vida el pensó que podría presentar cáncer y ahora que esta enfrentado a esta realidad, como cree que va a ser su vida de ahora en adelante. En que medida piensa que va a afectar la realización de su trabajo y la dinámica familiar. Posteriormente le preguntó que si el tiene algún conocimiento sobre lo que es esta enfermedad. Luego, procedo a explicarle en que consiste, por que se presenta, cuales son sus síntomas, cual es su pronostico y las implicaciones que tiene en su vida si está

enfermedad no es atendida de inmediato, igualmente, sobre su familia y significantes.

Luego de esto, le pregunto al paciente que acciones realizaba para enfrentar las molestias que se le presentaban en la garganta después de cierto tiempo de adelantar sus discursos, cuando comía y en general, cuando su garganta presentaba alguna molestia. Si tomaba algún medicamento, si preparaba alguna medicina casera o cualquier otra opción. En este punto, le pregunto si ha pensado en medidas para ayudar a su curación. Posterior a esto, le explico las alternativas a nivel de tratamiento que existen para el manejo de esta enfermedad, cuales son los efectos que tendrán en su organismo, las ventajas y desventajas de no implementarlas y así mismo le proporcionaré estrategias a corto plazo que pueda implementar en los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelve, por ejemplo, en su empresa nombrar un asistente personal, que se encargue de ayudarlo en su trabajo. En que asista 3 veces a la semana a ver como va su negocio y los otros días en que no va a asistir, recibir un reporte de todas las actividades que se realizan, para evitar las excesivas preocupaciones, lo mismo que estrategias prácticas para la comunicación con su familia.

Para finalizar, citaré al paciente para nuestra próxima consulta, en donde le preguntaré como le fue con la asignación de un asistente personal y la comunicación con su familia. Dependiendo de cómo le fue se le proporcionaran nuevas estrategias en la solución de las dificultades que se le presenten.

Anexo 12

Actividad

“Como dice el refrán:

Zapatero a tus zapatos”

Objetivo:

- Dar a conocer a los participantes cuáles son las situaciones que ameritan remisión a Psicología.

Duración:

45 minutos

Equipos:

Computador, Video beam.

Materiales:

Papeles, lapiceros

Procedimiento:

Para la realización de esta actividad, se les lee dos casos, tras lo cual se les pide a los participantes que resuelvan dos preguntas: ¿Consideras que este caso debe ser tratado mediante los primeros auxilios psicológicos o por el contrario, ser remitido a psicología para su pronta atención? y ¿Quiénes debe intervenir en este caso?

Casos:

Caso 1

Mujer de 38 años, casada, tiene 3 hijos de 13, 15 y 17 años respectivamente. Hace alrededor de dos (2) años la paciente tiene un cáncer de mama. Desde entonces, se le remitió a Oncología, pero ella no asistió por temor a que le ordenaran tratamiento de quimioterapia. Afirma que este tratamiento lo único que le va a hacer es perder su bonita figura y que si eso pasa, su marido ya no le va a querer más. A raíz de esto, el tumor ha crecido unos centímetros más, y es urgente comenzar el tratamiento. Cabe anotar que la paciente últimamente ha presentado vómito y náuseas, síntomas que coinciden con momentos posteriores en que habla sobre la quimioterapia que ella cree que se le va a ordenar.

¿Quiénes pueden intervenir?

La intervención tiene que pasar por el trabajo mancomunado del médico y el psicólogo. Sin embargo, la intervención tiene que ser realizada a distintos niveles a través de los cuales cada uno de los miembros del equipo de salud tiene una incidencia diferente.

¿Cómo se puede intervenir?

En este caso, los niveles de intervención tienen que ir dirigidos hacia un objetivo principal: reducir los niveles de ansiedad y facilitar la adhesión al tratamiento oncológico. Como primera medida, el médico, junto con el psicólogo, organizarán la información relevante a la enfermedad, al tratamiento y a la sobrevivencia (repercusiones en las distintas dimensiones y dinámicas en las cuales se desenvuelve la paciente, tanto positivas como negativas), como una primera medida psicoeducativa. Este trabajo interdisciplinario se debe realizar puesto que

es el medico quien maneja información biológica referente a la enfermedad, mientras que el psicólogo, maneja información adecuada relacionada con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales de la enfermedad que permiten al compactarla dentro de un marco teórico claro y coherente, un marco referencial para la paciente al respecto de su situación actual y de su situación futura de realizarse o no la intervención. Posteriormente a esto, el manejo de las reacciones psicoemocionales resultantes de la transmisión de la información hacia la paciente debe realizarse en dos niveles: el primero, manejado por el médico, a través de una intervención en primeros auxilios psicológicos, tendientes a reducir el impacto psicoemocional resultante del conocimiento de la situación presente y futura y posteriormente, una intervención psicoterapéutica tanto para la nueva situación de la paciente como la intervención en el impacto que esta tenga sobre su familia.

Caso 2

Hombre de 32 años con linfoma, el cual salió recientemente de una intervención quirúrgica que se le practicó para retirar el tumor localizado. Previo a la intervención quirúrgica, el paciente mostró una actitud idónea y positiva frente a la intervención, sin embargo, una vez que salió de esta y recuperó la conciencia se mostró extremadamente ansioso y deprimido, a la vez que irascible, puesto que los resultados de la operación no fueron como él los esperaba. Además, afirmaba constantemente que el nunca podría volver a ser el mismo, y que no se imaginaba dependiendo de alguien más, puesto que siempre había sido alguien independiente.

¿Quiénes pueden intervenir?

En este caso, el principal miembro del equipo de salud en la resolución de esta problemática, es el psicólogo, puesto que es este quien a través de las herramientas y estrategias propias de la psicología puede establecer la situación psicolemocional del paciente posterior a la intervención quirúrgica y así, determinar las medidas de abordaje mas apropiadas para la situación del señor, sin embargo, el médico puede actuar utilizando las medidas preventivas de primeros auxilios psicológicos, para reducir los niveles de ansiedad iniciales y facilitar el posterior trabajo psicoterapéutico.

¿Cómo se puede intervenir?

En primera instancia, el médico puede utilizar las herramientas de primeros auxilios psicológicos para reducir los niveles iniciales de ansiedad producto de la crisis generada por la intervención quirúrgica y facilitar una actitud mas positiva hacia la psicoterapia necesaria para la readaptación a la vida.

A través de la evaluación cognitiva-conductual, el psicólogo detectará los puntos de vulnerabilidad que facilitaron la aparición de la problemática posterior al tratamiento quirúrgico y tras los cuales se generó la inflexión en el comportamiento, los pensamientos y las emociones del paciente. Igualmente, mediante técnicas de reestructuración y de resolución de problemas, se buscará una reorientación del paciente hacia su situación presente y futura.

Anexo 13

Actividad

“Alcanzar una estrella”

Objetivo:

- Lograr que los participantes discriminen claramente las funciones de cada uno de los miembros del equipo de salud en la atención integral del abordaje psicosocial del paciente: Médico, enfermero y psicólogo.

Duración:

45 minutos

Materiales:

Tablero acrílico, 15 estrellas de cartón o cartulina, cinta adhesiva, marcadores.

Procedimiento:

En primer lugar, se procederá a formar dos grupos cada uno conformado por seis participantes. Luego, se sortea al azar cuál de los dos grupos inicia primero se le explican las instrucciones a los participantes “en el tablero hay 15 estrellas que contienen cada una, una función específica de los miembros del equipo de salud, luego el grupo que haya ganado el sorteo, iniciará. Un representante del grupo se

acercará al tablero y escogerá una estrella, la leerá en voz alta a todos los presentes y una vez termine de leer la estrella se dirigirá a su grupo con los cuales discutirá a cual de todos los miembros del equipo pertenece esta función, para ello tendrán un tiempo de 30 segundos, tras lo cual el representante del grupo colocará la estrella en la columna correspondiente a la opción que escogiesen. A partir de ese momento, el equipo contrincante tiene 10 segundos para decidir si refutan o no la respuesta, si lo hacen, se les dará un tiempo adicional de 30 segundos para explicar su decisión y colocar la estrella en donde consideren. Luego se retroalimenta la respuesta correcta por parte de los facilitadores y al grupo ganador se le entregará un bono para refrigerio adicional.