

Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras

José de Jesús Almanza-Muñoz*,** Jimmie C Holland***

RESUMEN

El objetivo central de la Psico-oncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer de su familia y del equipo oncológico. Su campo de estudio incluye: cuidado clínico; prevención y consejo genético; respuesta normal y adaptación; comunicación de malas noticias; distrés psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos relacionados con la enfermedad. Este artículo revisa el estado actual de dichas áreas clínicas y discute aspectos de educación médica, entrenamiento e investigación, con el propósito de orientar al equipo oncológico en el apropiado abordaje de las dimensiones psicosociales del cáncer.

Palabras clave: Psico-oncología, cáncer, distrés psicosocial, trastornos mentales.

Introducción y perspectiva histórica

El cáncer es la segunda causa de muerte en México y constituye un problema de salud pública que afecta a 35.3% de los hombres y 64.7% de las mujeres (principalmente cáncer cervicouterino).¹⁻³ A los actuales esfuerzos en materia de prevención temprana y diagnóstico oportuno debe aunarse la consideración de los factores psicosociales asociados. El presente trabajo efectúa una revisión de la Psico-oncología disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico,⁴ con el objetivo de coadyuvar al equipo médico-oncológico en abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer y su familia.

La atención de los factores psicosociales incluyen el manejo de la familia y de aspectos relativos al equipo médico (dimensión psicosocial), además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen

ABSTRACT

The central issue in Psycho-oncology is the psychosocial care of the patient with cancer its family and Oncology. The field includes: clinical care; prevention issues and genetic counseling; normal response and adaptation; breaking bad news; psychosocial distress and management of psychiatric disorders related to the illness. This paper reviews the current status of these clinical areas and discusses medical education, training and research, with the purpose of orienting the oncology team in the proper approach of the psychosocial dimensions of cancer.

Key words: *Psycho-oncology, cancer, psychosocial distress, mental disorders.*

en la aparición del tumor y en su progresión (dimensión psicobiológica).^{4,5} Es una labor interdisciplinaria que incluye psiquiatría de enlace, enfermería, trabajo social, psicología, manejo de dolor y cuidado paliativo, servicio pastoral, así como la valiosa participación de voluntarios (sobrevivientes al cáncer o familiares).⁶

Los primeros estudios de adaptación psicológica al cáncer abordaron aspectos de comunicación y manejo del sentimiento de culpa (Hospital General de Boston, Massachusetts, 1950).⁷ Casi simultáneamente, Arthur Sutherland⁸ estableció la primera unidad de psiquiatría oncológica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering (MSKCC) de Nueva York, mismo que ha evolucionado al moderno Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, que desarrolla cuidado clínico, investigación y enseñanza, publicaciones diversas,^{4,9} así como una labor societaria muy relevante que incluye la fundación de la Sociedad Internacional de Psico-oncología (1984), y de la Sociedad Americana de Oncología Psicosocial y Conductual y SIDA (1988).^{5,9}

Tras haberse enfocado casi exclusivamente al cuidado del paciente en tratamiento oncológico activo, la Psico-oncología muestra una expansión que abarca prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo de la comunicación médico-paciente. Dicha expansión implica nuevos retos tanto en materia de investigación como de enseñanza.

* Servicio de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional, México.

** Fellow de investigación en Psico-oncología y Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

*** Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

Prevención y consejo genético

Los recientes avances en oncología genética permiten detectar cada vez con mayor claridad el riesgo genético. Ello ha originado un nuevo grupo de individuos físicamente sanos y asintomáticos quienes se encuentran angustiados por la posibilidad de ser portadores del “gen del cáncer”, y sienten que van “caminando hacia una bomba”. Dicho grupo necesita apoyo e información apropiada con relación a prevención y reducción de factores de riesgo.¹⁰⁻¹²

Las consecuencias de conocer el estatus genético son todavía desconocidas, pero podrían influir en la calificación para el seguro de vida o en el contrato laboral; por ello se ha enfatizado la necesidad de desarrollar guías que incluyan: información pre-test, consejo genético, consejo pos-test, información sobre alternativas y seguimiento, identificación de vulnerabilidad y mayor educación al público.¹³ Aun para una sociedad como la estadounidense, éste es un debate casi enteramente nuevo que está originando controversia a diversos niveles. La consideración cuidadosa de dicho fenómeno desde la perspectiva mexicana será indudablemente de mucha utilidad en la atención presente y futura de nuestros pacientes oncológicos y sus familias.

Cuidado clínico

Respuesta normal y adaptación al cáncer

La presencia de cáncer es un evento catastrófico,^{14,15} asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y interrupción de la relación con otros. A la negación (Fase I) y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña de un sentimiento de “anestesia” emocional; seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia (Fase II), en el cual la realidad es reconocida lentamente e incluye síntomas como: ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. La adaptación a largo plazo (Fase III) incluye el retorno a la rutina normales y la aparición de “optimismo”. No hay una manera única de afrontar el cáncer tampoco un orden en la aparición de las reacciones adaptativas;^{16,17} algunos pacientes “dan la batalla”, mientras que otros son más reservados, respetar esta forma individual de afrontamiento (coping) es críticamente importante.

La adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad.¹⁸ Los factores sociales son dinámicos y cambiantes. Actualmente se teme menos al cáncer y su diagnóstico es más rutinario y abierto, especialmente en sociedades como la norteamericana. Se enfrenta en general con

más optimismo que en el pasado y origina una mayor demanda de información. Sin embargo, aún persiste, la errónea creencia de que el estrés “mal manejado” produce cáncer, así como las teorías de la medicina psicosomática. Tal preconcepción debe ser corregida mediante educación. Los *factores derivados del paciente* incluyen su etapa vital, sus recursos sociales y su capacidad de afrontamiento. En este contexto, resulta esencial conocer las distintas etapas vitales (infancia, adolescencia, adultez, etcétera), sus objetivos biológicos, personales, y sociales, y cómo son influenciados por la presencia del cáncer.¹⁹⁻²¹

La capacidad de afrontamiento permite manejar el estrés, mantener la dignidad personal y las relaciones significativas, así como recuperar e incrementar la función física.¹⁵ Factores tales como la personalidad, la religiosidad, la historia de cáncer en la familia,²² así como experiencias traumáticas (por ejemplo, exposición a guerra o el ser sobrevivientes del Holocausto) afectan dicha capacidad adaptativa.²³ Los *factores derivados de la enfermedad* incluyen el tipo de cáncer, su estadio, la sintomatología (especialmente la presencia de dolor) y el pronóstico. La sabiduría y sensibilidad del médico frecuentemente se convierte en una fuente importante de apoyo interpersonal, ofreciendo preocupación y “cuidado” en el contexto de servicio profesional,¹⁴ a lo largo del continuum de la enfermedad.

Comunicación de malas noticias al paciente con cáncer y su familia

Como un escenario frecuente de comunicación de malas noticias, la práctica de la oncología implica un alto grado de impacto psicológico a nivel del paciente,²⁴ su familia²⁵ y el equipo médico oncológico.²⁶ Por lo tanto el adecuado manejo de dicha información es un factor clave e indispensable,^{27,28} pese a lo cual existe una deficiente preparación de los médicos para tal efecto.^{29,30} Una revisión reciente muestra que apenas 14% de la investigación en esta área se orienta hacia la enseñanza.³¹

La comunicación de malas noticias (CMN) puede definirse como: toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento de eventos negativos de reciente suceso. En dicho contexto, la teoría de enfrentamiento (Coping) hace referencia al desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas, requerida frente

Cuadro I. Principios generales para comunicar malas noticias en pacientes con cáncer.

-
- I. *Preparación*
 - Conocer la historia médica y el plan de manejo
 - Conocer las expectativas del paciente
 - Saber de antemano si el paciente desea algún amigo o familia presente
 - II. *Lugar y tiempo*
 - Elegir un cuarto privado, donde todos puedan sentarse
 - Evitar interrupciones (teléfono, bipers, etcétera)
 - Incluir tiempo para dar la información, observar la respuesta emocional y responder a preguntas
 - III. *Comunicación de las malas noticias*
 - Determinar que sabe —o sospecha— el paciente acerca de su enfermedad
 - Dar la información en términos claros y simples
 - Prepararse para cualquier tipo de respuesta emocional (enojo, ansiedad, negación)
 - Determinar si el paciente ha comprendido la información proporcionada
 - IV. *Emociones del paciente*
 - Identificar y permitir la expresión de emociones
 - Ofrecer una respuesta empática y sensitiva
 - Señalar el plan de tratamiento en forma paralela a las malas noticias
 - V. *Aspectos familiares*
 - Estar consciente del grupo familiar
 - Determinar si existen otras crisis en la familia
 - Confirmar si el paciente está recibiendo apoyo emocional de la familia
 - Discutir con la familia las malas noticias y el plan de tratamiento
 - VI. *Factores transculturales*
 - Determinar el origen cultural del paciente (¿Cómo es considerada su enfermedad en su cultura de origen?)
 - ¿Está el paciente en una cultura distinta a la de su origen? ¿Se encuentra asimilado?
 - Afrontar apropiadamente la barrera del lenguaje (solicitar un traductor si es preciso)
 - VII. *Espiritualidad y religión*
 - Ser consciente del apoyo que las creencias religiosas o espirituales presentan para el paciente
 - ¿Depende el paciente de dichas creencias para afrontar la enfermedad?
 - Recomendar consejo espiritual o religioso si es apropiado
-

a una dificultad inusual y ofrece una matriz teórico-conceptual que ayuda a explicar la complejidad de este fenómeno y es un punto de partida para diseñar y explorar el impacto de los distintos modelos de intervención.³² En el *cuadro I* enumera los aspectos primordiales a considerar cuando deben comunicarse malas noticias,^{27,28,31} aunque es preciso subrayar que corresponde al clínico el implementar una estrategia personalizada en función de las características particulares de su paciente en turno.

*Reconocimiento del distrés psicosocial
en oncología*

Se ha reconocido que la dimensión psicosocial está involucrada en el cuidado de todos los pacientes en todos los estadios del cáncer.^{33,34} Así mismo, la presencia de ansiedad no tratada es un aspecto básico o en dicha dimensión y origina frecuentes visitas a la sala de emergencia, así como falta de adherencia al tratamiento, entre otras consecuencias.³⁵ Sin embargo, el estigma de la enfermedad mental

impide todavía la adecuada detección y manejo de dicho síntoma. Como una estrategia para abatir dicha estigmatización, se ha propuesto el uso de la palabra “*distress*” que se define como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social, y/o espiritual), que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento.^{33,34}

El espectro del distrés incluye sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo, así como problemas más severos de depresión ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis espirituales,³⁶ por lo cual el distrés debe ser detectado y tratado tempranamente. Una estrategia útil consiste en aplicar el denominado termómetro de distrés (*Figura 1*) y considerar una intervención potencial por psiquiatría psicológica, trabajo social, o servicio pastoral en todo paciente con un puntaje de 5 o más (*Figura 2*).^{33,34} La aplicación de dicha escala (termómetro de distrés) en el contexto específico de cada centro hospitalario permitirá definir la estrategia de referencia para dicha población.

Trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer

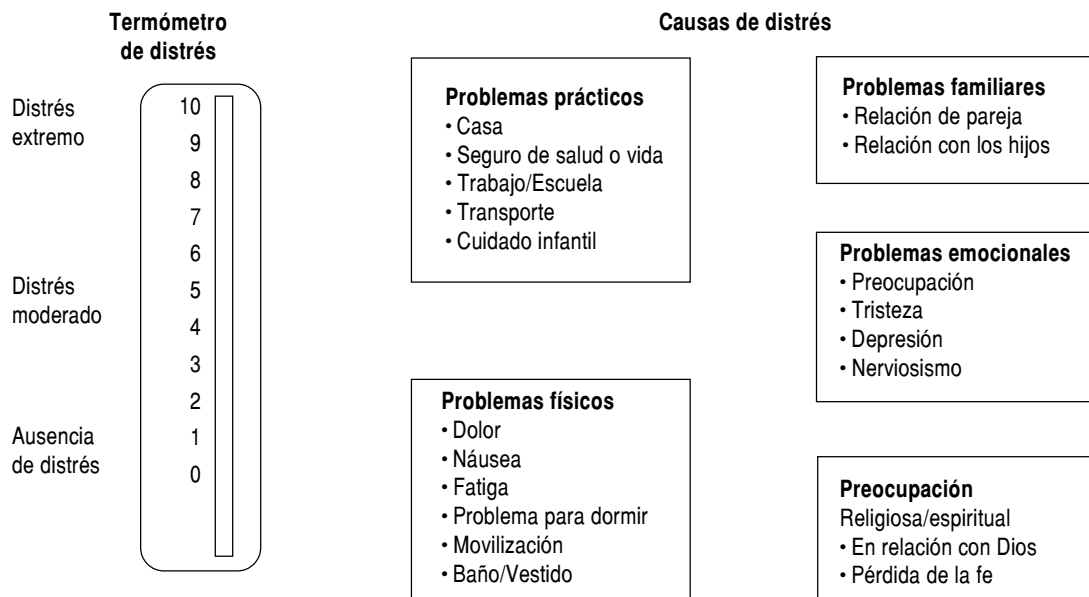
Aproximadamente 50% de las personas con cáncer presentan una reacción “normal” y adaptación (*Cuadro I*). Pacientes hospitalizados presentan trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de la personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%).^{6,37,38} Pacientes ambulatorios presentan principalmente trastorno depresivo mayor (22%), con trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión (17%), trastorno de adaptación con depresión (14%), trastorno afectivo secundario a cáncer (12%), y 8% presenta distimia (Almanza, Breitbart y Holland, 1999; comunicación personal).

Trastornos de ansiedad: La ansiedad es la forma más común de distrés psicológico en pacientes con cáncer. Puede ser: a) situacional (CMN, procedimientos invasivos, etcétera); causada por un problema médico (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, sangrado, arritmia cardiaca, e hipoglicemia), o tumores secretores de hormonas (feocromocitoma, adenoma o carcinoma tiroideo, adenoma paratiroide, tumores productores de ACTH entre otros); b) secundaria al tratamiento (quimioterapia, debridación

de heridas;³⁹⁻⁴³ o c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.⁴⁴

El manejo de ansiedad incluye: a) proporcionar información clara y generar confianza en el equipo de atención; b) intervención en crisis,⁴⁵⁻⁴⁷ psicoterapia (educacional, interpersonal, de apoyo, cognitivo-conductual, imaginación guiada, relajación e hipnosis;⁶ c) manejo farmacológico, siendo indispensable explicar y clarificar al paciente sus dudas respecto a “aspectos adictivos”. El armamentarium farmacológico incluye benzodiazepinas, betabloqueadores o neurolépticos en bajas dosis.²¹ El manejo estándar (Alprazolam: 0.5 mg 2-3 veces al día) debe adecuarse a cada caso, para prevenir la sobredosificación así como los síntomas de abstinencia. Para la ansiedad que se manifiesta como insomnio, es preferible administrar una sola dosis a la hora de dormir. Otros fármacos útiles son la buspirona (no es sedante ni adictiva); y algunos neurolépticos (tioridazina, haloperidol, clorpromazina), útiles a dosis bajas cuando están contraindicadas las benzodiazepinas (*Cuadro II*).

Trastornos depresivos: La depresión es difícil de diagnosticar en oncología debido al traslape de síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación. La mayoría de los casos corresponden a depresión reactiva (25% en

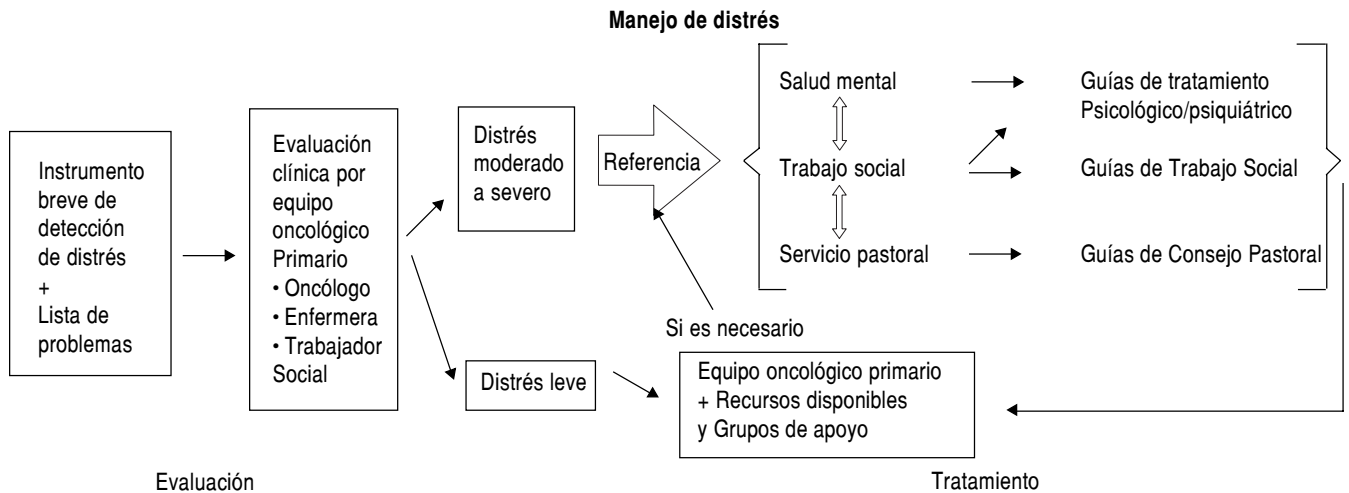


Definición de distrés

Experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social, y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular.

El distrés se extiende a lo largo de un continuum, abarcando desde sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales.

Figura 1.³⁴ Escala de distrés.



Versión 1.0 © 1998 National Comprehensive Cancer Network, Inc (NCCN).

Figura 2.³⁴ Algoritmo de referencia de la detección de distrés psicosocial en cáncer.

pacientes oncológicos externos).⁴⁸ Entre los predictores de depresión se encuentran los siguientes: historia de depresión e intentos suicidas, abuso de sustancias, pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia, así como falla metabólica o nutricional.

En su manejo es preciso establecer una adecuada alianza terapéutica, garantizando el apoyo del grupo familiar; proporcionar psicoterapia de apoyo, intervenciones conductuales y uso de fármacos.⁴⁹ Los fármacos útiles son: a) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina) debido a su eficacia y su bajo perfil de efectos colaterales. b) Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina) a dosis inicial de 10 a 25 mg de imipramina (o su equivalente), con incrementos posteriores de acuerdo a la presencia de efectos secundarios (boca seca, constipación, somnolencia, disfunción cardíaca). El efecto antidepresivo aparece de dos a tres semanas después de iniciar el manejo. Todo tratamiento antidepresivo debe durar al menos seis meses y disminuirse paulatinamente una vez que se ha documentado claramente la resolución del cuadro depresivo. c) Otros fármacos útiles incluyen: psicoestimulantes,⁵⁰ benzodiazepinas⁵¹ (*Cuadro III*)⁵² y terapia electroconvulsiva.⁵³

La incidencia de suicidio es mayor en pacientes con cáncer que en la población general.^{21,54} Una idea frecuentemente oculta en el paciente oncológico es: "antes que morir en medio de intenso dolor, prefiero matarme yo mismo". Tal idea funciona como válvula de escape y ayuda en alguna medida a mantener el control; sin embargo, dicho riesgo debe ser cuidadosamente evaluado (*Cuadro IV*). Se ha documentado

que el manejo apropiado de la patología subyacente (depresión mayor, abuso de sustancias o duelo reciente) reduce la ideación o plan suicida.⁵⁵⁻⁵⁷

Delirium: La prevalencia de delirium va de 25% en cáncer hasta 85% en cáncer terminal.^{58,59} La presentación temprana incluye: alteración del ciclo de sueño, desorientación, ansiedad inexplicable, irritabilidad, enojo, rechazo de ayuda, inatención y problemas de memoria. La presentación tardía se caracteriza por falta de cooperación al manejo médico y alteraciones perceptuales tales como: ideas persecutorias, y alucinaciones visuales y auditivas).

La etiología es habitualmente multifactorial e incluye: encefalopatía metabólica, desequilibrio electrolítico, infecciones, síndromes paraneoplásicos, trastornos hematológicos y nutricionales así como efectos secundarios al uso de medicamentos (esteroides, quimioterapia). El tratamiento consiste en: a) identificar la etiología subyacente y corregirla; b) medidas no farmacológicas, ambiente tranquilo, orientación ambiental (reloj, calendario, figuras familiares); c) farmacoterapia: administración de haloperidol u otros neurolepticos (droperidol, olanzapina, risperidona),⁶⁰ así como lorazepam y propofol en casos específicos.^{58,61,62}

Abordaje psicoterapéutico en oncología

El requisito esencial es conocer el curso de la enfermedad, planear un abordaje flexible, abordar las defensas usando sentido común y reconocer que éstas funcionan más como mecanismos de coping que como barreras resistenciales; atender aspectos de calidad de vida y un especial cuidado en el manejo de la

Cuadro II. Benzodiazepinas comúnmente prescritas en cáncer.

Fármaco	Dosis aproximada		Dosis inicial (mg)		Vida media (horas)
	Vida media corta a Intermedia				
Alprazolam	0.5	.25-0.50	1-1-1 ^c		10 - 15
Clordiazepóxido	10.0	10-25	1-1-1		5 - 30
Clonazepam	1.0	0.5	1-0-1		18 - 50
Lorazepam ^a	1.0	0.5-2.0	1-1-1		10 - 20
Oxazepam	10.0	10-15	1-1-1		5 - 15
Temazepam ^b	15.0	15-30	0-0-1		10 - 15
Triazolam	0.25	0.125-0.25	0-0-1 ^d		1.5
Zolpidem	5.0	5.0-10.0	0-0-1		2 - 4
		Vida media larga			
Cloracepato	7.5	7.5-15.0	1-0-1		30 - 200
Diazepam	5.0		5-15		20 - 70

a) Puede administrarse por vía intramuscular

b) Agentes hipnóticos

c) Mañana-tarde-noche

d) Una dosis al acostarse

Cuadro III. Antidepresivos utilizados en pacientes con cáncer.

Medicamento	Dosis inicial vía oral (mg)	Dosis terapéutica diaria (mg)
1. Antidepresivos tricíclicos		
• Amitriptilina	25	75-100
• Doxepina	25	75-100
• Imipramina	25	75-100
• Desipramina	25	75-100
• Nortriptilina	25	50-100
2. Segunda generación de antidepresivos		
• Bupropion	15	200-450
• Trazodona	50	150-200
3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina		
• Fluoxetina	20	20-60
• Paroxetina	20	20-50
• Sertralina	50	50-150
4. Inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina		
• Venlafaxina	25	75-150
5. Antidepresivos heterocíclicos		
• Maprotilina	25	50-75
• Amoxapina	25	100-150
6. Inhibidores de la monoaminoxidasa		
• Isocarboxasida	10	24-40
• Fenelzina	15	30-60
• Tranilcipromina	10	20-40
7. Estabilizadores del estado de ánimo		
• Carbonato de Litio	300	600-1200
8. Psicoestimulantes		
• Dextroanfetamina	2.5 (8 am y 12 am)	5-30
• Metilfenidato	2.5 (8 am y 12 am)	5-30
• Pemolina	18.75 (8 am y 12 am)	37.5-150.0
9. Benzodiazepinas		
• Alprazolam	0.25-1.00	0.75-6.00

Cuadro IV. Abordaje de riesgo suicida en cáncer.

1. *Factores de riesgo*
 - Antecedentes de suicidio (individual o familiar) e historia psiquiátrica positiva
 - Abuso previo de alcohol o drogas
 - Pérdida reciente significativa y/o duelo
 - Presencia de dolor (agudo o crónico)
 - Delirium
 - Progresión de la enfermedad
 - Debilitamiento extremo y/o fatiga
2. *Evaluación de riesgo suicida*
 - a) Establecer una relación armónica con el paciente
 - b) Explorar:
 - Los síntomas presentes (dolor, fatiga, confusión, fatiga)
 - Síntomas depresivos e ideas suicidas (actuales y pasados)
 - Pensamientos suicidas pasivos (quisiera morir)
 - Pensamientos suicidas activos (estoy planeando suicidarme)
 - Pérdidas recientes (especialmente debido a cáncer)
 - El significado de la enfermedad
 - c) Determinar la red de apoyo existente (familia, amigos, recursos sociales)
 - d) Preguntar no causa pensamientos suicidas: el paciente generalmente se siente aliviado al poder expresarlos

Cuadro V. Psicoterapia en pacientes con cáncer.

1. *Pre-requisitos para implementar psicoterapia en oncología*
 - Conocer el curso natural y la evolución de la enfermedad
 - Establecer un abordaje flexible
 - Utilizar el sentido común al abordar las defensas
 - Evaluar aspectos de calidad de vida
 - Manejo cuidados de la transferencia / contra-transferencia
2. *Temas centrales del proceso psicoterapéutico en oncología*
 - Amenaza básica de la integridad narcisista
 - Sensación de pérdida de control
 - Dependencia
 - Miedo al abandono
 - Pérdida de la identidad
 - Aspectos relativos al tratamiento
 - El significado de la enfermedad
 - El miedo a la muerte

transferencia contratransferencia (*Cuadro V*).⁶³ También se requiere flexibilidad en términos de tiempo (sesiones, hora muy cortas, hora muy prolongadas) y espacio (hospital, consultorio, casa del paciente, hospicio, etcétera). Es muy importante definir la identidad del enfermo, misma que se desdibuja en la vorágine del proceso de atención médica;⁶⁴ el abordaje y manejo de los siguientes aspectos es central: la amenaza básica de la integridad narcisista, sensación de pérdida de control, dependencia y miedo al abandono, pérdida de la identidad y el significado de la enfermedad, así como aspectos relativos a la muerte y al morir⁶⁵ (*Cuadro V*).

Supervivencia y adaptación a largo plazo

Pacientes en tratamiento curativo, cuidado paliativo y sobrevivientes de cáncer enfrentan diversa problemática psicosocial. Durante el tratamiento curativo la idea de cura ayuda a tolerar el discomfort. El objetivo del cuidado psicosocial es apoyar la capacidad de afrontamiento y reducir el distress.⁶⁶ Mediante terapias de apoyo, grupos de autoayuda, intervenciones cognitivo-conductuales y agentes psicofarmacológicos.⁴⁹

La transición de un abordaje curativo a uno paliativo es extremadamente difícil y acarrea en ocasiones mayor angustia que la que se experimentó al recibir el diagnóstico.⁶⁷ Una vez superada esta etapa, es preciso plantear y discutir aspectos relativos a la designación de una persona que pueda tomar decisiones por el paciente cuando éste ya no pueda decidir (*health proxy*) acerca de la resucitación y sostenimiento artificial de la vida. Asimismo, es necesario considerar la posibilidad de manejo en un hospicio *versus* el manejo en casa para obtener el beneficio de la cercanía paciente-familia durante los últimos días, pues una modalidad creciente es la disponibilidad de enfermeras clínicas expertas en el manejo de síntomas, psiquiátricos, dolor, anorexia, constipación, disnea, debilidad, pérdida de peso, etcétera).⁶¹

La población sobreviviente al cáncer supera ya los 8 millones de personas, tan sólo en los Estados Unidos. Su principal preocupación es el riesgo de recurrencia, seguido de la presencia de esterilidad, deterioro neuropsicológico (especialmente en niños pos-radioterapia craneal),⁶⁸ ansiedad, sensación de vulnerabilidad, baja

autoestima, miedo a revisiones de seguimiento y estudios (sanguíneos o de neuroimagen), así como disfunción sexual. Algunos reportes recientes subrayan la presencia de síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático (TEPT)^{40,42} después de quimioterapia (a corto y largo plazo).

Aun cuando puede considerarse que la mayoría de las intervenciones señaladas para el manejo de pacientes en tratamiento curativo funcionan para los sobrevivientes, éstos representan un grupo en constante crecimiento que enfrenta distintas formas de estrés, lo cual requiere de intervenciones específicas.

Educación y entrenamiento

El modelo integral de entrenamiento incluye una intensa experiencia clínica, participación y desarrollo de investigación psicosocial (en pacientes internos, externos y a nivel comunitario). Su curriculum incluye los aspectos abordados a lo largo de este trabajo.⁶² La psico-oncología es un campo abierto a diversas disciplinas: psiquiatría, psiquiatría de enlace, psicología, servicio social, enfermería psiquiátrica, servicio pastoral, etcétera,⁹ con un rol definido para cada una.

La creciente necesidad de personal entrenado en este campo ha originado diversas iniciativas, una de ellas propone el uso de un módulo interactivo breve que en un lapso de tres horas proporciona a los estudiantes de medicina: sensibilización psicosocial, información básica de psico-oncología, revisión de aspectos éticos, de comunicación, mecanismos de coping, así como la interacción con profesionales de la oncología que ofrecen una dimensión vivencial, logrando con ello la difusión efectiva de todo el espectro profesional que ofrece la Psico-oncología.⁶⁹ Dicho módulo es aplicable a residentes de medicina, psiquiatría, especialistas médicos y oncólogos.

El fortalecimiento de los programas de enseñanza y entrenamiento, así como de la capacidad de interactuar con otras disciplinas médicas en un contexto no sólo multidisciplinario, sino trans-disciplinario son fundamentales. El potencial de pérdida de energía por lo conflictos interdisciplinarios es enorme debido a la amplitud de las disciplinas involucradas, por lo cual parte del entrenamiento en psico-oncología debe estar dirigido a proporcionar la capacidad de manejar estos aspectos,^{5,70,71} de tal forma que se garantice su consolidación curricular.

Investigación en psico-oncología

Existen diversas líneas de investigación vigentes en psico-oncología. Una de ellas está orientada hacia la

evaluación de la calidad de vida en distintas dimensiones (física, psicológica, social, laboral, sexual, espiritual). El punto clave en este sentido es la medición objetiva de tales dimensiones mediante instrumentos diversos, como el desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, instrumento multilingüe que incluye un módulo general y un módulo especial para neoplasias específicas, tiene una perspectiva transcultural y vincula investigación y trabajo clínico.^{72,73}

Otro foco de interés es conocer el impacto positivo de la intervención a nivel de síntomas psicosociales y bienestar psicosocial. Algunos metanálisis,^{37,74} han mostrado resultados positivos en la calidad de vida y una reducción de los síntomas problemáticos. Spiegel⁷⁵ y Fawzy⁷⁶ han reportado los beneficios de supervivencia que muestra dicha intervención. Sin embargo, es necesario replicar dichos hallazgos. Nuevos diseños de investigación son requeridos para evaluar calidad de vida y manejo tanto del grupo de alto riesgo para el cáncer, como en los sobrevivientes.^{10-12,77}

Otras líneas genéricas de interés en Psico-oncología incluyen; el rol del estrés postraumático, tanto en pacientes como en familiares (especialmente madres de niños con cáncer),⁷⁸ la integración e influencia de la espiritualidad, el creciente uso de la denominada medicina integrativa o complementaria que va de 7% hasta 64%,⁷⁹ la interacción mente-cerebro desde la perspectiva psiconeuroinmunológica,⁸⁰ el impacto de trabajar con pacientes oncológicos, y la comunicación de malas noticias.^{27,28} Esta agenda de investigación dista mucho de ser exhaustiva, y, por otro lado, debe ser establecida en función del contexto particular de cada sociedad o país. Un detenido análisis de los distintos factores que interactúan en el manejo de pacientes con cáncer en función de las condiciones y necesidades prevalentes en pacientes mexicanos nos permitirá diseñar nuestra propia agenda y definir nuestras prioridades en materia de investigación.

Comentarios finales

Las perspectivas futuras en Psico-oncología giran en torno a consolidar altos estándares de cuidado psicosocial, incorporando aspectos de calidad de vida; mantener la consistencia en la investigación; incrementar aún más la difusión de información al público. En el ámbito académico la meta es su consolidación curricular tanto a nivel de pregrado como de posgrado.

Una consideración particular estriba en subrayar que el cuidado psicosocial del paciente con cáncer y

su familia debe necesariamente ubicarse dentro del contexto social y cultural propio. El conocimiento y consideración de la dinámica familiar, social y global que caracterizan nuestra sociedad mexicana son requisitos esenciales para que el oncólogo mexicano y su equipo médico diseñen un abordaje propio y definan prioridades específicas y estrategias de abordaje en tareas clínicas, de enseñanza y de investigación.

En este mismo rubro, el fenómeno de la globalización exige un dinámico intercambio de información, así como la posibilidad de implementar proyectos multicéntricos de investigación que generen una constante retroalimentación cuyo beneficio garantice cada vez un mejor cuidado clínico al paciente con cáncer y a su familia.

RECONOCIMIENTO

El presente trabajo ha sido desarrollado gracias a una Beca otorgada por la Secretaría de la Defensa Nacional (Servicio de Sanidad Militar) de México al primer autor.

BIBLIOGRAFÍA

- Escandon-Romero C, Benitez-Martinez MG, Navarrete-Espinoza J, Vazquez-Martinez JL, Martinez-Montanez OG, Escobedo-de la Pena J. Epidemiology of cervical cancer at the Mexican Institute of Social Security. *Salud Pública Mex* 1992; 34(6): 607-14.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (1997) Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno 14, México, 39.
- De la Garza SJG. Cáncer cervicouterino. *Annals of Oncology* (Edición Española) 1998; 1 (4): s221-s226.
- Greer S. Psycho-oncology, its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology* 1994; 3: 87-101.
- Holland JC. Psychooncology overview, obstacles and opportunities. *Psycho-oncology* 1992; 1: 1-13.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 100-113.
- Abrams, 1953 Abrams RD, Finesinger JE. Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer* 1953; 6: 474-482.
- Shuterland AM, Orbach CE, Dyk RB, Bard M. The psychological impact of cancer and cancer surgery: I. Adaptation to the dry colostomy: Preliminary report and summary of findings. *Cancer* 1952; 5: 857-872.
- Holland JC. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Kash KM, Holland JC, Halper S, Miller DG. Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *J Nat Cancer Inst* 1992; 84: 24-30.
- Biesecker BB, Boenike M, Calzone K et al. Genetic counseling for families with inherited susceptibility to breast and ovarian cancer. *JAMA* 1993; 269: 1970-1974.
- Lerman C, Hughes C, Lemon SJ, Main D, Snyder C, Durham C, Narod S, Lynch HT. What you don't know can hurt you: adverse psychologic effects in members of BRCA1-linked and BRCA2-linked families who decline genetic testing. *J Clin Oncol* 1998; 16 (5): 1650-4.
- Audrain J, Schwartz MD, Lerman C, Hughes C, Peshkin BN, Biesecker B. Psychological distress in women seeking genetic counseling for breast-ovarian cancer risk: the contributions of personality and appraisal. *Ann Behav Med* 1998; 19 (4): 370-377.
- Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 767-770.
- Hamburg DA, Adams JE. A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 17 (3): 277-284.
- Gray RE, Doan BD. Heroic self-healing and cancer: clinical issues for the health professions. *J Palliat Care* 1990; 6 (1): 32-41.
- Taylor SE, Aspinwall LG. Psychosocial aspects of chronic illness. In: PT Costa Jr, GR VandenBos (eds). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions fatal diseases and clinical care*. Washington, DC: American Psychological Association, 1990: 7.
- Harrison J, Maquire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 593-598.
- Rowland JH. Developmental stage and adaptation: Adult model. In: JC Holland, JH Rowland (eds). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford, 1989a: 25.
- Watson M, Greer S. Personality and coping. In: Holland JC: *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998: 91-98.
- Bolund C. Suicide and cancer. 11: Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden, 1973-1976. *J Psychosom Oncol* 1986; 3: 31.
- Stefanek ME, Derogatis LP, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatics* 1987; 28 (10): 530-2.
- Peretz T, Baider L, Ever-Hadani P, De-Nows AK. Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experience. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 413-418.
- Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. *J Fla Med Assoc* 1997; 84 (8): 486-487.
- Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27 (2): 80-83.
- Espinosa E, Gonzalez Baron M, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care. Cancer* 1996; 4 (1): 61-63.
- Almanza MJJ, Holland CJ. La Comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente; Guía clínica práctica basada en evidencias II. *Rev Sanid Milit Mex* 1998; 52(6): 372-378.
- Holland J, Almanza J. Giving Bad News - Is There a Kinder, Gentler Way? Editorial. *Cancer* 1999; 86 (5): 738-740.
- Charlton R. Medical education-addressing the needs of the dying child. *Palliat Med* 1996; 10 (3): 240-246.
- Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(6): 638-642.
- Almanza-MJJ, Holland CJ. A review of literature on breaking bad news in oncology. *Psychosomatics* 1999b; 40 (2): 135.
- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276 (6): 496-502.
- American Pain Society Quality of Care Committee: Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995; 274: 1874-1880.

34. Holland JC. NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13 (5A): 113-147.
35. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 1904-1908.
36. Fitchett G, Handzo G. Spiritual assessment, screening, and intervention. In: Holland JC (ed). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998: 790-808.
37. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751.
38. Barg FK, Cooley M, Pasacrita J, Senay B, McCorkle R. Development of a self-administered psychosocial cancer screening tool. *Cancer Pract* 1994; 2: 288-296.
39. Andrykowski MA, Redd WH. Longitudinal analysis of the development of anticipatory nausea. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 36.
40. Jacobsen P6, Bovbjerg DH, Schwartz M, Hudis CA, Gilewski TA, Norton L. Conditioned emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 108-114.
41. Montgomery GH, Tomoyasu N, Bovbjerg DH, Andrykowski MA, Currie VE, Jacobsen PB, Redd WH. Patient's pretreatment expectations of chemotherapy-related nausea are an independent predictor of anticipatory nausea. *Ann Behav Med* 1998; 20 (2): 104-9.
42. Cella DF, Pratt A, Holland JC. Persistent anticipatory nausea, vomiting, and anxiety In cured Hodgkin's disease patients after completion of chemotherapy. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 641-643.
43. Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, Meeske K, Guthrie D, Meadows AT. Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 (8): 823-831.
44. Massie MJ. Anxiety panic and phobias. In: JC Holland, JH Rowland (eds). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford, 1989: 302.
45. Burton MV, Parker RW, Farrell A et al. A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-oncology* 1995; 4: 1-19.
46. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 149-192.
47. Moorey S, Greer S, Watson M et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology* 1994; 3: 1-10.
48. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 199-212.
49. Breitbart W, Holland JC. *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
50. Breitbart W, Mermelstein H. An alternative psychostimulant for the management of depressive disorders in cancer patients. *Psychosomatics* 1992; 33 (3): 352-356.
51. Holland JC, Morrow GR, Schmale A et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1004-1011.
52. Hjermland MJ, & Kassa S. Quality of Life in Adult Cancer Patients Treated with Bone Marrow Transplantation-A Review of the Literature. *Europ J Cancer* 1995; 31A: 163-173.
53. Beale MD, Kellner ChH, Parsons PJ. ECT for the treatment of mood disorders in cancer patients. *Convulsive Therapy* 1997; 13 (4): 222-226.
54. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998; 39 (4): 366-70.
55. Hietanen P, Lonnqvist J. Cancer and suicide. *Ann Oncol* 1991; 2 (1): 19-23.
56. Chochinov HIVI, Wilson KG, Enns M. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-1192.
57. Conwell Y, Caine ED. Rational suicide and the right to die: reality and myth. *N Engl J Med* 1991; 325 (15): 1100-1103.
58. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill patients. *Am J Psychiatry* 1983; 140 (8): 1048-1050
59. Fleishman SB, Lesko LIVI. Delirium and dementia. In: JC Holland, JH Rowland (eds). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford, 1989: 342.
60. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium, Work Group on Delirium. Washington, DC: Author, 1999.
61. Breitbart W, Passik S. *Psychiatric aspects of palliative care* In: D Doyle, G Hanks, N MacDonald (eds). *Oxford textbook of palliative care*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993: 607.
62. Breitbart W, Marotta R, Platt M et al. A double-blind trial of Haloperidol, Chlorpromazine, and Lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153(2): 231-237.
63. Straker N. Psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 1998; 7: 1-9.
64. Sourkes BM, Massie MJ, Holland JC. *Psychotherapeutic Issues In: JC Holland (ed). Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998: 694-700.
65. Postone N. Psychotherapy with cancer patients. *Am J Psychother* 1998; 52 (4): 412-424.
66. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994; 3: 189-194.
67. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and a taxonomy. *J Palliat Care* 1994; 10: 57-70.
68. Butler RW, Hill JM, Steinherz P, Meyers PA, Finlay JL. Neuropsychologic effects of cranial irradiation, intrathecal, methotrexate and systemic methotrexate in childhood cancer. *J Clin Oncol* 1994; 12: 2621-2629.
69. Die-Trill M, Holland JA. Model Curriculum for Training in Psycho Oncology. *Psycho-oncology* 1995; 4: 169-182.
70. Rancour P. Introducing medical students to psycho-oncology. *Psycho-oncology* 1996; 5: 55-57.
71. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology: Psychological Care of the patient with cancer*. New York: Oxford, 1989.
72. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 884-847.
73. Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res* 1993; 2 (4): 287-295.
74. Meyer TJ, Mark MM. Effects of Psychosocial Interventions with adult Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Experiments. *Health Psychology* 1995; 14: 101-108.
75. Spiegel D, Kraemer H, Bloom JR, Gottheil D. Effect of psychosocial treatment on survival in patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 88-90.

76. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. Malignant Melanoma: Effects of early structured psychotic intervention, coping and effective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatr* 1993; 50: 681-684.
77. Valdimarsdottir HB, Bovjerg DH, Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychosocial distress in women with a familiar risk of breast cancer. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 133-142.
78. Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, Meeske K, Guthrie D, Meadows AT. Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 (8): 823-31.
79. Cassileth BR. Complementary therapies: overview and state of the art. *Cancer Nurs* 1999; 22 (1): 85-90.
80. Cohen S, Rabin BS. Psychological stress, immunity and cancer. *J Nat Cancer Inst* 90: 1998.

Dirección para correspondencia:

Jesús Almanza MD
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
Department of Psychiatry and
Behavioral Sciences
1275 York Avenue
New York NY 10021 Box 421
Tel: (212)639-7051
Fax: (212) 717-3087
E-mail: almanzaj@mskcc.org

Fecha de recepción: 07/10/99.
Fecha de aceptación: 29/02/00.