

ARTÍCULO DE REVISIÓN

SECCIÓN DE PSICOONCOLOGÍA

Distrés y cáncer

Psic. María Luisa Rebolledo García,* Psic. Onc. Salvador Alvarado Aguilar***** Psicóloga, adscrita a la Dirección Nacional de Cáncer de la Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica.****** Psicólogo clínico y psicooncólogo, adscrito al Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología, México D.F.****RESUMEN**

Distrés hace referencia a un evento emocional, social y/o espiritual, que aparece ante una situación excesivamente estresante como lo es el cáncer. Su origen es multicausal: factores financieros (problemas económicos, de empleo, cuidado de la casa), preocupaciones familiares (relación de pareja, cuidado de los hijos), problemas físicos (dolor, náuseas, fatiga, trastorno del sueño, discapacidad física), reacciones emocionales (preocupaciones, tristeza, ansiedad, pánico, depresión), dudas existenciales y espirituales (pérdida de fe). Tanto el paciente como su familia se ven imposibilitados para afrontar la enfermedad y sus tratamientos, lo que los lleva a un fuerte cansancio que afecta su calidad de vida. La psicooncología, como subespecialidad, es una manera de responder a los factores relacionados con la aparición del cáncer y el distrés. La finalidad es que el paciente y su familia afronten activamente el proceso de la enfermedad, retroalimentando positivamente el estado de ánimo del paciente y contrarrestando el sentimiento de indefensión. Esto porque la percepción de tener el control puede servirle de contención emocional, ya que es posible manejar las situaciones siempre y cuando cuenten con el apoyo familiar y social, y el equipo profesional tratante.

Palabras clave: Distrés, cáncer.

En México el cáncer es la segunda causa de muerte y constituye un problema de salud pública que afecta a 35.3% de los hombres y 64.5% de las mujeres (principalmente cáncer cervicouterino).¹

La etiología o causas del cáncer son factores exógenos (ambientales) en un 80-90% de todos los casos, y endógenos (naturaleza espontánea o genéticos), en el 10-20% restante. Hoy se sabe que el daño es específico sobre determinados genes y que todos esos genes comparten algo en común. Existen dos categorías de genes relacionados con el proceso ma-

Distress and cancer**ABSTRACT**

Distress makes reference to an emotional, social and/or spiritual event, which appears when dealing with an excessively stressful experience, such as cancer. Its can be caused by many reasons such as: financial reasons (economic, employment, labour or housekeeping difficulties), family concerns (relationship with couple, child care), physical problems (pain, nausea, fatigue, sleeping disorders, physical disability), emotional reactions (concern, sadness, anxiety, panic, depression), existential and spiritual doubts (loss of faith). Both the patient and family are incapable of dealing with the disease and its treatments, leading them into a strong fatigue, which affects their quality of life. Psychooncology, as a subspeciality, offers a way to provide answers to the relating factors when dealing with cancer and distress. The objective is for the patient and his family to actively deal with the disease process, providing positive feedback to the mood of the patient and counteracting the defenceless feeling they may experience. The perception of having control, can help as an emotional containment, since its possible to deal with the situations, as long as they count with the support of their family, society and the attending professionals.

Key words: *Distress, cancer.*

ligno: los oncogenes y los genes supresores o antioncogenes. El cáncer parte de una célula que alteró sus controles de proliferación, diferenciación, o ambos (carcinogénesis); es un proceso complejo que transcurre a lo largo del tiempo y a través de diferentes etapas.²

Sin embargo, como lo señalan la Dra. Torroella Kouri y el Dr. Villa Treviño, la realidad es que el cáncer hoy en día es un flagelo para cualquier sociedad y sus causas son diversas. Por un lado, el característico elevado nivel de vida de estas sociedades entraña el contacto con un ambiente más contaminado por compuestos químicos. Además, la vida en esta sociedad tan competitiva obliga a las personas a estar sujetas a un nivel incrementado y perenne de estrés nervioso que es hoy causa reconocida de cáncer.²

Correspondencia:**Psic. María Luisa Rebolledo García.**

Dirección Nacional de Cáncer. Gerencia de División Médica, Oficinas Centrales, Avenida Segunda. Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica. Centroamérica.

E-mail: mrebolle@ccss.sa.cr y m_rebolledo@hotmail.com

En la época actual, el ser humano vive cargado de estrés, tensión nerviosa, ansiedad, depresión, etc., y con ello temores, angustias y preocupaciones constantes. Todas estas cargas emocionales negativas pueden contribuir a la aparición de un cáncer. Se sospecha del papel que puede desempeñar la inmunosupresión característica de las fases depresivas, en la disminución de la vigilancia inmunológica, tan importante en la protección del organismo frente al surgimiento de células malignas.²

Según Hranicky,³ el factor central que determina la magnitud de la respuesta de estrés parece ser la evaluación que se hace al estrés y a la percepción de control sobre la situación, más que las características objetivas del agente estresante.³

De manera similar, como lo señala Ehlert,⁴ los eventos estresantes externos que experimentamos y que por lo general se consideran indeseables, amenazantes y/o demandantes, estimulan una reacción emocional y fisiológica.⁴

Es así que ante un diagnóstico de cáncer, la enfermedad por sí misma puede ser considerada por un individuo como un evento que actúa como agente de estrés altamente amenazante. El diagnóstico de una enfermedad somática severa induce en la mayoría de los casos una respuesta de estrés extremadamente alta. Este evento estresante frecuentemente está acompañado de la admisión en un hospital y la incertidumbre sobre el diagnóstico definitivo y sobre el tratamiento a seguir que provoca estimulación emocional y fisiológica.⁴

María Die Trill refiere que la repetida administración de procedimientos médicos dolorosos o invasivos como la quimioterapia, radioterapia y/o la cirugía, es otro de los aspectos del tratamiento contra el cáncer que pueden producir trastornos en la conducta. Sin embargo, las reacciones de los efectos secundarios de los mismos varían de un enfermo a otro. Un ejemplo de ello es la quimioterapia, que desagrada y debilita al enfermo, ya que los fármacos citostáticos administrados afectan a todas las células del organismo y no únicamente a las cancerosas. Los efectos de tales fármacos sobre las células sanas son muchos y muy desagradables para el enfermo. Algunos de ellos incluyen alopecia, vómitos, náuseas, esterilidad (temporal o permanente), depresión del sistema inmunológico, malestar general, diarrea, astenia, etc. Además, el proceso del tratamiento puede ser en sí mismo doloroso y ansiogénico.⁵

Por otra parte, Marcelo Gatto menciona que el paciente puede percibir todos esos eventos como un estímulo aversivo, que le produce sentimientos de vulnerabilidad, incertidumbre, tristeza y miedo a la muerte, que pueden generar en la persona enferma depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y

crisis espiritual. Para muchos pacientes afrontar la enfermedad puede tener un impacto muy traumático que lo lleve a caer lenta e inevitablemente a un gran cansancio, debido al mal manejo de la situación y al distrés.⁶

Es una realidad que en los últimos años los avances en el tratamiento del cáncer han propiciado un aumento en el número de pacientes que se “curan”, pero a quienes muchas veces mutila o invalida tanto física como psicológicamente,² porque a pesar de su tratamiento la atención se centra más en la parte médica, dejando de lado los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, pese a que el verdadero protagonista, el personaje central en la toma de decisiones, es el paciente.

Como lo plantea María Die Trill desde antes del siglo XIX, según la literatura, decirle a un paciente que su enfermedad era cáncer se consideraba inhumano y cruel.⁵ Y no es de sorprendernos que a pesar de los avances científicos logrados hasta hoy, un gran porcentaje de la sociedad considera el cáncer como un estigma, sinónimo de sufrimiento, deterioro físico y muerte.

Una nueva manera de entender la relación entre lo médico y lo psicológico ha hecho que los psicólogos y psiquiatras extiendan su intervención a nuevos campos, planteando para ello una visión integral de la persona con enfermedad física, poniendo énfasis en la importancia de la valoración de otras variables distintas a las estrictamente biológicas, ya que éstas interaccionan con lo psicológico, social y medioambiental. De esta manera se ha impulsado el desarrollo de la psicooncología como una subespecialidad que intenta responder a los factores relacionados con la aparición del cáncer, así como las reacciones emocionales del enfermo, la familia y el equipo asistencial durante el proceso de la enfermedad.⁷

Este nuevo enfoque constituye el cuidado clínico de pacientes y familiares; el entrenamiento de personal sanitario en el manejo de problemas psicológicos, ayuda en investigaciones acerca de problemas de comportamiento relacionados con la prevención del cáncer, en el manejo de enfermedades psiquiátricas y de problemas psicológicos durante el tiempo que dure el tratamiento, así como en las últimas etapas de la vida.⁸

La reciente tendencia a integrar la exploración de las variables psicosociales en el estudio de la enfermedad crónica ha producido interesantes resultados en el área de la psicooncología.⁹

Esta disciplina estudia la relación entre las variables psicológicas y la enfermedad neoplásica, la interacción entre los conocimientos biomédicos y conductuales relevantes del cáncer, tanto en el impacto que causa como en su prevención.¹⁰

La psicooncología se dedica al cuidado psicosocial del paciente con cáncer y de su familia, cuyos focos de interés van desde la respuesta inicial al diagnóstico hasta el cuidado del paciente moribundo.

Se enfatizan tres áreas básicas de cuidado clínico:

- La comunicación de malas noticias.
- La detección de estrés psicosocial.
- El abordaje diagnóstico y terapéutico (farmacológico y psicoterapéutico) de los trastornos mentales que aparecen como complicación del cáncer.

Se comentan los aspectos relativos a la enseñanza e investigación y finalmente se hacen algunas consideraciones con relación a direcciones futuras en esta área.¹¹

La finalidad de la psicooncología se basa en que el paciente sea quien lleve un rol activo en su enfermedad y en el proceso terapéutico, a partir de la capacitación educativa relacionada con ese mal, tanto en la prevención como en la intervención terapéutica y/o cuidados paliativos, para que se tomen en cuenta los factores psicológicos cognitivos, emocionales y motivacionales de la persona enferma y su familia, con el fin de propiciar una mejor calidad de vida y ayudarle a afrontar la enfermedad.

La vulnerabilidad psicológica de algunas personas lleva a que utilicen mecanismos de defensa como la negación de la realidad, o un trastorno adaptativo como la depresión, como una manera de silenciar y opacar eso que les pasa.

El proceso es complejo porque intervienen múltiples factores y circunstancias biológicas, psicológicas y sociales, así como ético-valorativas que interactúan y se integran.

Se presenta el estrés debido a la impotencia e inseguridad del paciente con cáncer ante los cambios y pérdida de control de la situación, lo que afecta lenta e inevitablemente al propio enfermo y a quienes están cerca de él: su familia, cuidadores y profesionales que le asisten.

Desafortunadamente cuando a una persona se le diagnostica cáncer, sin más explicación y en algunos casos con la sentencia de muerte en un tiempo determinado, se ve presionada a tomar decisiones apresuradas sobre los posibles tratamientos a seguir: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc., lo que aumenta el estrés, ya que en muchos casos se pasan por alto las probables reacciones psicosociales que pudiera presentar, lo que afecta su calidad de vida y la de su familia.

El diagnóstico actúa como un impacto que puede desestructurar al paciente si éste no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada a la situación, que le permita continuar con el proceso

diagnóstico y terapéutico necesarios para su curación.

Con relación al impacto del diagnóstico, Aresca y cols. plantean que la familia, al convivir con su paciente ante una enfermedad crónica, grave o terminal, distorsiona su funcionamiento habitual. El impacto que la enfermedad produce en la primera fase genera un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento familiar establecida.¹²

En ese sentido, Minuchin S. y Fishman H., se refieren al equilibrio que había tenido la familia y que se altera irremediablemente, debiendo afrontar además los efectos físicos tangibles del enfermo por los tratamientos. Esto hace que la familia experimente dolor, por la sensación de pérdida de esa persona significativa en su grupo familiar, lo que puede dificultar aún más el proceso de asimilación de la enfermedad. El proceso de adaptación será largo y para sobreponerse a tales circunstancias se necesitará adquirir o recuperar habilidades de afrontamiento, para ser una familia que dé soporte emocional al enfermo.¹³

Todo esto se relaciona con el estrés, término que proviene del inglés *distress*, formado con el prefijo griego *dis-*, que significa malo. Lo desorganizante sería el estrés desagradable o estrés patogénico, que genera insatisfacción y enfermedad, provocado por estresantes no normativos o anormales, que serían estímulos obstaculizantes de la evolución normal.¹⁴

Es decir, hablar de estrés es referirse a un evento emocional, social y/o espiritual que surge ante una situación excesivamente estresante como lo es padecer cáncer; el paciente y su familia se ven impotentes para afrontar la enfermedad y sus tratamientos, lo que genera en ellos un fuerte cansancio que afecta su calidad de vida.

Su origen es multicausal: factores financieros (problemas económicos, de empleo, cuidado de la casa), preocupaciones familiares (relación de pareja, cuidado de los hijos), problemas físicos (dolor, náuseas, fatiga, trastornos del sueño, discapacidad física), reacciones emocionales (preocupaciones, tristeza, ansiedad, pánico, depresión), dudas existenciales y espirituales (pérdida de fe).

La medición del estrés es la evaluación de los factores que están presentes en el paciente y que le impiden hacerle frente a la amenaza, daño o desafío ante los efectos de la enfermedad y poder ofrecerle alternativas para el manejo del estrés.

Esto facilita al paciente y a su familia afrontar activamente el proceso de la enfermedad, retroalimenta de forma positiva el estado de ánimo del paciente y contrarresta el sentimiento de indefensión. La percepción de tener el control puede servirle de contención emocional, ya que es posible manejar las situaciones, siempre y cuando cuenten con el

apoyo familiar, social y el equipo profesional tratante. Por otra parte, es bien sabido que el distrés puede aumentar si la persona se deprime y/o carece de estos apoyos.

La literatura demuestra en diversas investigaciones de pacientes con cáncer la manera como el distrés repercute en la forma de afrontar el proceso de la enfermedad, así como en la familia. Por ejemplo, Cano y col. (Universidad Complutense de Madrid, 1997), realizaron un estudio sobre la racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. Se evaluó a 66 mujeres: 34 formaron el grupo de mujeres con cáncer de mama y 32 se correspondieron con el grupo control.

Se estudió a mujeres con cáncer de mama en una fase controlada de su enfermedad, de mediana edad, casadas, amas de casa y con fuertes creencias religiosas, que dicen estar menos ansiosas que un grupo control sano de semejantes características demográficas. También informan que tratan de solucionar todas las situaciones problemáticas de su vida usando la razón y la lógica, evitando mayores problemas y tratando de mantener una relación armónica con su entorno físico y social; del mismo modo, presentan puntuaciones en optimismo muy similares a las de su grupo control comparativo.

Por otro lado, el perfil del grupo control aparece definido como amas de casa de mediana edad, emparejadas con el grupo de cáncer en edad, pero con la diferencia de no estar padeciendo cáncer de mama, ni estar sujetas a lo que implica esta enfermedad en cuanto a tratamiento médico y secuelas físicas, con mayores puntuaciones en ansiedad, menores puntuaciones en armonía y racionalidad, y puntuaciones similares en optimismo.

De lo anterior derivan tres hipótesis en los resultados:

- **Primera.** Refieren que las mujeres con cáncer puntúan menos en ansiedad, a pesar de estar sometidas a un estresor importante. Es lógico que parecen controlar esa emoción negativa, o niegan padecerla; por otro lado, registran menos ansiedad al ser evaluadas u observadas por los demás.
- **Segunda.** Las mujeres enfermas tratan de mantener relaciones armónicas con su entorno y solucionar sus problemas usando la razón y la lógica.
- **Tercera.** No existen diferencias reseñables en la variable optimismo.

Los cuestionamientos son: es lógico que un grupo de mujeres con cáncer de mama, sujetas a esa amenaza, presenten puntuaciones menores en ansiedad que el grupo control sano y que no está some-

tido a la misma amenaza. Un modo de explicar estos resultados es a través del estilo represivo de afrontamiento.

En cualquier caso estos resultados confirman la hipótesis de niveles más bajos en el rasgo de ansiedad en mujeres con cáncer de mama, medido a través de cuestionarios. También confirman la existencia de altos niveles de racionalidad y defensividad emocional, así como armonía, en mujeres con cáncer de mama.¹⁵

Mientras tanto, Vidal y Benito, en Argentina, realizaron en 1999 una investigación sobre estimación de la presencia de trastornos depresivos en las pacientes con cáncer de mama y su relación con el estadio tumoral, el dolor, el tipo de tratamiento oncológico indicado, la discapacidad física que padece la paciente y la existencia de apoyo familiar o social.

Se estudió a 50 pacientes, de las cuales 42% padecía cáncer de mama con metástasis a distancia, 58% recibían quimioterapia, y 34% tratamiento quirúrgico conservador.

Los resultados fueron que 60% de las pacientes experimentan náuseas y ansiedad anticipatoria. Las pacientes que recibían quimioterapia evidenciaron más altos puntajes de ansiedad, depresión y disturbio psiquiátrico general, que las pacientes que sólo recibieron radioterapia.

La conclusión del estudio fue que las mujeres que perciben que sus esfuerzos para afrontar los efectos colaterales de la quimioterapia fracasan, experimentan un distrés mayor que las que piensan que sus estrategias de afrontamiento dan buenos resultados, ya que se observó que las reacciones emocionales de las pacientes durante los primeros seis ciclos de quimioterapia se asociaban a distrés emocional más importante, en relación con un gran número de efectos colaterales.

En cuanto a la falta de sostén y apoyo familiar en las pacientes con depresión de este estudio, si bien los resultados no fueron estadísticamente significativos, muy probablemente por la pequeña magnitud de la muestra el riesgo de depresión aumentó tres veces en relación con las pacientes con familia o amigos continentales.

Estos resultados avalan el concepto de la necesidad de la consulta psicooncológica en las pacientes con cáncer de mama que están en situación de riesgo de desarrollo de enfermedad depresiva.¹⁶

Por otro lado, en el año 2000 Hagedoorn M, et al., de la University of Groningen, Netherlands, citan una investigación de parejas frente al cáncer y diferencias entre el distrés psicológico y calidad de vida y consecuencias. Informan que existen pocas pruebas en cuanto a si hay diferencia entre ser paciente o cuidador ante una enfermedad como el cáncer, ya

que afecta tanto a los pacientes como a quienes están cerca de ellos.

Los pacientes pueden presentar distrés psicológico ante el miedo a la muerte, cuando su estado físico se empeora debido a los tratamientos y sus efectos secundarios. Al mismo tiempo, sus parejas también pueden sentir angustia psicológica que afecta su calidad de vida, debido al miedo de perder a su ser querido, por lo que ambos se ven afectados. No hay diferencia en relación con la aparición del distrés, que afecta su calidad de vida, por lo que recomiendan a los profesionales sanitarios estar alerta ante las señales de la angustia entre pacientes y también entre sus parejas, especialmente cuando son del sexo femenino.¹⁷

En 2004, Northern Centre for Healthcare Research, Stieglis, H. et al., en su investigación sobre el impacto ante la enfermedad antes y la angustia psicológica después de la radioterapia, reconocen que el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos son eventos muy estresantes que afectan negativamente la calidad de vida de las personas. Los tratamientos que producen problemas y/o efectos secundarios van más allá de los beneficios que resultan de los tratamientos médicos.

Muchos estudios han reportado que pacientes de cáncer muestran tener control de la situación, pero informan más angustia psicológica debido a los sentimientos de incertidumbre.¹⁸

Sobre el mismo tema, en 2005 Mount Sinai School of Medicine en EUA, Youngmee, et al., en su artículo sobre la angustia psicológica entre mujeres sanas con historia de familia con cáncer, muestra que al ser más frecuente el cáncer de mama en las mujeres del mundo occidental, la experiencia de un miembro cercano de la familia puede generar estrés. Existen estudios recientes que han encontrado niveles altos de angustia psicológica en mujeres con historia familiar de cáncer de mama.¹⁹

Finalmente, en 2006, el Institute of Medical Genetics, School of Medicine, Brain Kate et al., realizaron el primer estudio del Reino Unido en el que examinaron la prevalencia de distrés psicológico en los hombres con cáncer de mama y los factores asociados con distrés aumentado.

Los niveles de ansiedad y depresión general fueron menores que los hallados en otros estudios con otros tipos diferentes de cáncer, pero un cuarto de los pacientes experimentaron síntomas específicos de estrés traumático relacionado con el mal. Esto podría significar que el cáncer de mama en el hombre no necesariamente significa una situación de mal ajuste global, sin dejar de considerar las condiciones estresoras que podrían afectarlos como la sensación de estar bien, su masculinidad, temores o estigmas y la sensación de estar aislado, sobre

todo con relación al hecho de no haber una información adecuada disponible sobre el tema. El estudio concluye que los factores de riesgo potencial para distrés incluyen el uso de estrategias que evitan la imitación, la imagen corporal negativa, los sentimientos de miedo o temor y de incertidumbre al futuro, todo relacionado con el cáncer de mama y la necesidad de información relacionada para hombres aún no disponible. Entre los entrevistados, un tercio de ellos estuvieron interesados en los grupos de apoyo.²⁰

Estas aportaciones nos hacen pensar que ante un evento estresante como el que genera el cáncer, coinciden todas las definiciones e impacto psicológico que pueden llevar al paciente y su familia a presentar distrés. Aunque no se pueden obtener datos precisos debido a la falta de investigación clínica sobre este tema en el Instituto Nacional de Cancerología de México, la experiencia de trabajar directamente con los pacientes con cáncer y su familia muestra un común denominador con la literatura existente sobre el distrés, a saber los problemas económicos, familiares, laborales, de preocupación e incertidumbre del proceso de la enfermedad y los tratamientos, los cuales afectan la calidad de vida del paciente y de su familia, por lo que es importante evaluar y evidenciar la realidad que tienen que afrontar los pacientes ante el cáncer.

Indicadores que pueden determinar las estrategias a seguir en el manejo del distrés

Las reacciones psicosociales ante el cáncer dependerán de su tipo, su estadio clínico, pronóstico y tratamientos, si está en remisión o si hay recidiva de la enfermedad, además del apoyo social y familiar del que dispone el paciente.

Pero son las características de personalidad del paciente los factores determinantes en la elección de los métodos de afrontamiento, y tiene que ver con las personas que poseen una percepción aguda de sí mismas, de los demás y de la naturaleza de los retos que los rodean. Es como las imágenes o fantasías comunes que pueden ayudar a enfrentar las dificultades o, por el contrario, pueden perjudicar. Por ejemplo, si imaginamos lo peor, las fantasías nos pueden llevar a agitación emocional o pueden constituir un escape del mundo cotidiano; pero las imágenes positivas sobre uno mismo e imaginar resultados positivos nos prepara y ayuda a afrontar la situación.

Un importante criterio profesional entrenado en psicooncología para determinar la eficacia de cualquier método de afrontamiento es la exactitud con que la persona juzga la realidad. Para encontrar so-

luciones es preciso abordar problemas reales de manera realista. Además dependerá del soporte emocional con el que cuente, lo que permitirá disminuir los niveles de ansiedad y afrontar la situación en la toma de decisiones, además ser más accesible a la información y conocimiento de su enfermedad, evitando la negación y/o distorsión de la realidad.

Lamentablemente, la reacción más común que presenta la persona cuando se le informa un diagnóstico de cáncer se presenta en forma de crisis, que tiene que ver con su *existir* (crisis vital), lo que produce una perturbación emocional en toda la estructura cognitiva de los pensamientos: percepción, memoria, atención, conocimiento, reconocimiento, conciencia, representación e interpretación de su entorno; todo se desordena.²¹

El apoyo de la familia como un sistema, junto con el apoyo social, es un importante camino hacia el afrontamiento de las crisis de la vida. Cuando las amistades, la familia y otras relaciones entran en conflicto, muchas personas sienten la tentación de darse por vencidas y pensar “*Seguiré el camino solo*”. Retirarse puede ser una medida eficaz temporalmente, pero no es la solución.

El planteamiento que nos ofrecen los psicólogos Richard Lazarus y Susan Folkman en su Proyecto de Berkeley para el estudio del estrés y el afrontamiento en 1984, considera que el antídoto del afrontamiento son las llamadas *habilidades de afrontamiento*, orientadas hacia el problema o hacia las emociones. Manifestaron que, al enfrentar cualquier situación, el componente más importante es el proceso de pensamiento por medio del cual la persona se describe la situación a sí misma. En su investigación encontraron que las personas que describen la situación como un “reto” se inclinan a poseer la moral más elevada, a funcionar más eficaz y productivamente, que bien o mal debemos enfrentarlas y dependerá de los *estilos de afrontamiento personales*, para determinar a través de evaluaciones cognitivas.²²

Se toma en cuenta que la respuesta emocional del *afrontamiento* será diferente en cada persona y estará en función del significado que le dé al acontecimiento. Y dependerá del estilo de afrontamiento que utilice la persona para adaptarse a las exigencias, grandes y pequeñas que le plantea la vida, y de su *personalidad* (planear, analizar y sintetizar la información), de la capacidad de pensar para regular sus emociones (ansiedad, cólera y depresión), o de proveer recursos espirituales para fortalecerlo.

Las *evaluaciones negativas* que realiza la persona enferma pueden involucrar el miedo o la pérdida. En cambio las *evaluaciones positivas* que se haga, pueden involucrar esperanza y determinación.

Alternativas de manejo para el distrés

Estos métodos son herramientas que pueden permitir el desarrollo de habilidades de afrontamiento para el manejo del distrés, y disminuir de esta manera la alteración emocional, sea a través de la psicoterapia individual y/o grupal, dentro de los cuales se encuentran: psicoterapia breve, de apoyo, esclarecimiento (individual, de pareja, psicoterapia de familia, psicoterapia de grupo). Técnicas cognitivo-conductuales como: técnicas de relajación, de desensibilización sistemática, de hipnosis, imaginería y uso de psicofármacos.²³

RECOMENDACIONES

1. Una persona con cáncer que presente niveles altos de distrés, debe ser referida a un profesional de psicooncología.
2. Elegir un espacio ambiental donde se pueda establecer y definir si requiere o desea la presencia de un acompañante para recibir la mala noticia.
3. Ofrecer orientación a la persona sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento para la búsqueda de estrategias de afrontamiento y manejo de los tratamientos del cáncer. Para ello es necesario facilitarle toda la información sobre la enfermedad.
4. La información sobre la enfermedad, suficiente, clara y comprensible, ofreciendo alternativas de tratamiento y respetando su derecho de aceptarlos o rehusarlos.
5. Actuar en la práctica clínica mediante el proceso de toma de decisiones compartido, donde el paciente sea quien participe activamente en la decisión que le afecta, según sus preferencias, valores y objetivos personales.
6. Evaluar cuantos recursos psicológicos posee la persona para hacerle frente a la amenaza, daño o desafío ante los supuestos de la enfermedad; esto posibilita elaborar estrategias para el afrontamiento y lograr de esa manera una mejor adaptación a la situación.
7. Fomentar el afrontamiento físico en el uso adecuado de medicamentos, realizar dietas adecuadas, la relajación y el ejercicio.
8. Tomar en cuenta que en una misma familia, comúnmente se encontrarán actitudes y comportamiento diferentes; hay diversas maneras de afrontar la misma situación, por lo que el profesional que pierda la paciencia ante la familia podría evidenciar que no tiene interés en el enfermo.
9. Tomar en cuenta las condiciones socioculturales y educativas. Muchos pacientes utilizan la racionalización como mecanismo de defensa, lo que en ocasiones limita afrontar activamente el cáncer.

10. Promover, a través de la psicoeducación, tanto para el enfermo como para su familia, su capacidad para identificar sus recursos internos y externos, lo cual implica que la persona tenga esperanza, pero que pueda distinguir las falsas expectativas.
11. Ofrecer al enfermo y su familia la búsqueda y utilización de recursos tales como: ayuda psicooncológica, acceso a medios impresos sobre la enfermedad, redes de ayuda (grupos de apoyo de personas con la misma enfermedad), amigos, otros familiares, etc., y si fuera necesario poner en orden los asuntos legales del enfermo.
12. Respetar la búsqueda de apoyo espiritual que la persona y su familia decidan.

REFERENCIAS

1. Escalón-Romero C, Benítez-Martínez MG, Navarrete-Espinoza J, Vásquez MJC, Martínez-Montaño OG, Escobedo-de la Peña J. Epidemiology of cervical at the Mexican Institute of Social Security. Sal Púb Méx 1992; 34(6): 607-14.
2. Torroella KM, Villa TS. Bases genéticas del cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1998.
3. Hranicky J. Your power to win with cancer. Am Health Institute 2000.
4. Ehlert U, Straub R. Physiological and emotional response to psychological stressors in psychiatric and psychosomatic disorders. Ann NY Acad Sci 1998; 851: 477-86.
5. Die TM. Psico-Oncología. Madrid: ADES Ediciones, SL; 2003.
6. Gatto M. Psicooncología. Artículo de Biblioteca Médica Digital. Argentina: Hospital Marie Curie; 2002.
7. González BM, Díaz MF, Ordóñez GA. La relación médico-paciente en oncología. Una visión sociológica. España: Medicina TM Editores, SL; 2002.
8. Aaronson NK, Ahmedzai B, et al. The european organization for life instrument for use in international clinical trials in oncology. J National Cancer Institute 1993; 85; 5: 365-76.
9. Holland JC. Historical Overview. In: Holland JC, Rowland JH (eds.). Handbook of Psychooncology. Oxford University Press; 1989.
10. Newberry BH, Liebet AG, Boyle DA. Variables in behavioral oncology: overview and assessment of current issues. In: Fox BH, Newberry BH (eds.). Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity. New York: Hogrefe; 1984.
11. Almanza MJ, Romero RJI, Holland JC. Abordaje psicosocial del paciente con cáncer. Rev Sanid Milit Mex 2000; 54(5): 261-71.
12. Aresca L, Birgin D, Blum S, Buceta E, Figini MC, Gulias S, Connikoff R, Kors B, Rosenfeld C. Psicooncología. Diferentes miradas. Argentina: Lugar Editorial; 2004.
13. Minuchin S, Fishman HCh. Técnicas de terapia familiar. Barcelona, España: Edit. Paidós; 1983.
14. Paolasso A. Clasificación o tipos de estrés. Rev Arg Psiquiatría Biológica 1998; 5(41): 23-30.
15. Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero MB, Pérez-Manga G. Racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. ISS N 1137-8492 Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Rev Electr Psicol 1997; 1(1).
16. Vidal y Benito MC, López CB. La consulta psico-oncológica. La depresión en cáncer de mama. ALCMEON 30. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Rev Arg Clín Neuropsiquiat 1999; 8(2): 141-56.
17. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijer Roeline G, Wobbes T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. Psycho-Oncology. J Psychologic Soc Behavioral Dimen Cancer 2000; 9: 232-42.
18. Stiegelis HE, Hagedoorn M, Sanderman R, Bennenbroek, Buunk BP, Van Den Berg ACM, Botke G, Ranchor A. The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. Psycho-Oncology. J Psychological Soc Behavioral Dimen Cancer 2004; 13: 248-59.
19. Kim YK, Duhamel KN, Valdimarsdottir HB, Bovbjerg DH. Psychological distress among healthy women with family histories of breast cancer: effects of recent life events. Psycho-Oncology. J Psychologic Soc Behavioral Dimen Cancer 2005; 14: 555-63.
20. Brain K, Buddug W, Iredale R, France L, Gray J. Psychological distress in men with breast cancer. Original Report. J Clin Oncol 2006.
21. Doyle III, Bl. Eres lo que piensas; la mecánica del pensamiento. 1a. Ed. México: Ed. Panorama; 1998.
22. Halligan FR. El arte de sobreponerse. Cómo enfrentar las crisis de la vida. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma; 1996.
23. Alvarado AS. Psicooncología en México (perspectiva histórica). Instituto Nacional de Cancerología de México. GAMO 2004; 3(3).

Recibido: Enero 6, 2006.

Aceptado: Enero 30, 2006.