

PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA: PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Estrella Durá & Elena Ibañez
Universidad de Valencia, España

RESUMO: La Psico-oncología aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad. Si bien es una disciplina de reciente desarrollo, ha tenido una amplia difusión tanto a nivel de investigación como de práctica profesional. En este trabajo se revisa brevemente su desarrollo histórico y las diversas temáticas que han centrado el trabajo de los psico-oncólogos. Se presentan los principales resultados obtenidos en tres grandes áreas: 1) las características de personalidad asociadas al desarrollo y/o progresión del cáncer, 2) los programas de intervención psicosocial dirigidos a enfermos de cáncer, y 3) los aspectos psicológicos implicados en la prevención de esta enfermedad. En todos los casos se reflexiona sobre los mecanismos que podrían explicar las relaciones encontradas entre factores psicológicos y enfermedad oncológica. Finalmente, se enfatiza la necesidad de una formación específica en Psico-oncología y la conveniencia de fundamentar la práctica profesional del psico-oncólogo en los resultados obtenidos en la investigación básica.

Palavras chave: Cáncer, Psicología, Personalidad, Intervención, Prevención, Psico-oncología.

PSICOLOGIA ONCOLÓGICA: PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

RESUMO: A Psico-oncologia agrupa os esforços de várias disciplinas (médicas, psicológicas e sociais) visando proporcionar aos doentes oncológicos uma abordagem abrangente tomando por referência o modelo bio-psico-social da saúde e da doença. Embora sendo uma disciplina de desenvolvimento recente teve uma ampla divulgação tanto a nível de investigação como de prática profissional. Neste trabalho faz-se uma breve resenha histórica das diversas temáticas que têm sido mais importantes no trabalho dos psicólogos oncológicos. Apresentam-se os principais resultados obtidos nas grandes áreas: 1) as características de personalidade associadas ao desenvolvimento e/ou progressão do cancro; 2) Os programas de intervenção psico-social dirigidos a doentes com cancro, e 3) os aspectos psicológicos implicados na prevenção desta doença. Faz-se uma reflexão sobre os mecanismos que poderiam explicar as relações encontradas entre factores psicológicos e doença oncológica. Finalmente, salienta-se a necessidade de uma formação específica em Psicologia Oncológica, e a conveniência de basear a prática profissional do psicólogo oncológico nos resultados obtidos na investigação básica.

Palavras chave: Cancro, Psicologia, Personalidade, Intervenção, Prevenção, Psicologia oncológica.

ONCOLOGICAL PSYCHOLOGY: THE FUTURE OF RESEARCH AND PROFESSIONAL PRACTICE

ABSTRACT: Psycho-oncology combines the efforts of different disciplines (medical, psychological, and social) to provide comprehensive treatment for oncological patients using the bio-psycho-social health and disease model as a

frame of reference. Although this discipline developed recently it has become widespread in research and in professional practice. This work is a brief review of its historical development and the different themes that psycho-oncological work has focused on. The main results obtained in three large areas are presented: 1) personality characteristics associated with the development and/or progression of cancer; 2) psychosocial intervention programmes for cancer patients; and 3) the psychological aspects involved in the prevention of this disease. In each case the mechanisms that may account for the relations found between psychological factors and oncological disease are discussed. Finally, the need for specific training in psycho-oncology and the advisability of basing the professional practice of psycho-oncologists on the results obtained in basic research are emphasised.

Key words: Cancer, Psychology, Personality, Intervention, Prevention, Psycho-oncology.

La Psicología Oncológica o simplemente Psico-oncología aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Si bien su reconocimiento oficial es relativamente reciente – distintos autores (Greer, 1994; Holland, 1992; Ibañez, 1989) señalan la década de los 70 como la de mayor difusión de este campo de estudio –, también es cierto que ya es un tópico situar sus orígenes en los escritos hipocráticos que relacionaban la personalidad (características melancólicas) con el desarrollo del cáncer de mama. Por otro lado, a lo largo de toda la historia de la Medicina han existido intentos de relacionar el desarrollo y/o evolución del cáncer con determinadas características de personalidad; sin embargo, el acercamiento más sistemático y científico al tema no se produce hasta finales del siglo XIX y principios del XX. Desde entonces, y hasta la fecha, son muchos los temas estudiados desde la Psicología Oncológica, siendo mucha también la información que existe al respecto. De hecho, si se hace una revisión del campo, lo primero que llama la atención son los múltiples cambios temáticos que se han sucedido en los intereses de investigación de esta disciplina.

Siguiendo el “paseo por la salud y la muerte” que nos describe Ibañez (1989) al referirse al desarrollo histórico de la disciplina, observamos que, hasta la década de los 50 predominan los estudios de corte psicodinámico en los que se intenta detectar un perfil de personalidad típico de cada enfermedad cancerosa, buscando un posible simbolismo entre patología psíquica y localización tumoral; a ellos se unen otro tipo de trabajos sobre la relación entre personalidad y prontitud o retraso en la búsqueda de asistencia médica. En la década de los 60, el enfermo terminal se convierte en “protagonista” y los principales esfuerzos de la investigación psicológica se centran en conseguir entender el proceso por el que pasa el enfermo al enterarse de que va a morir, o bien a intentar ayudarlo a tener una “buena muerte”. Junto a ello comienza a plantearse el tema de la “información”, apareciendo así las primeras encuestas sobre actitudes de los médicos respecto a dar información o no al paciente con cáncer.

La década de los 70 supone un cambio importante en la concepción médica de la enfermedad oncológica: el cáncer pasa de ser considerado una patología loco-regional a una enfermedad sistémica crónica, siendo la quimioterapia el tratamiento que logra incrementar de forma espectacular la supervivencia para cierto tipo de tumores. La mayor supervivencia de los enfermos oncológicos conlleva un cambio en los intereses de investigación de la psicología oncológica: el cáncer se convierte en una enfermedad “crónica” – el paciente convive con su enfermedad durante mucho tiempo, incluso toda su vida – y, por tanto, lo importante ahora es ayudar a que el paciente se “adapte” a su nueva situación. Las estrategias de afrontamiento que predicen una mayor adaptación, la personalidad – ahora no premórbida sino postdiagnóstico – que resulta ser más adaptativa, y los programas o técnicas de intervención dirigidos a disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia, a asegurar la adherencia a los tratamientos, y a facilitar la adaptación del enfermo a su enfermedad, se convierten en los temas estrella de los años 70. Junto a ellos continúa la polémica sobre la información a los pacientes, tema que, aunque zanjado

legalmente en algunos países – en 1977 el Congreso americano aprueba la Ley del Derecho a la Información por la que se obliga a los médicos a informar a los pacientes de cáncer de su diagnóstico –, es abordado ahora desde un análisis científico y sistemático evidenciándose la complejidad del mismo y la imposibilidad de “solucionarlo” desde una perspectiva puramente legal – no todos los pacientes desean ser informados, ni la información tiene consecuencias positivas para todos los pacientes bajo todas las circunstancias; es preciso determinar “a quién hay que informar, cómo, cuándo, qué hay que decirle y quién debe informarle”.

Junto a todo lo anterior la década de los 70 supone la incorporación de los aspectos biológicos del cáncer a la investigación psicológica: comienzan a aparecer estudios, tanto a nivel experimental como clínico, que intentan demostrar la influencia que tiene el estrés sobre la aparición y desarrollo de las neoplasias, al actuar directamente sobre el sistema inmunitario.

Y si en la década de los 70 se había prestado atención a los aspectos biológicos del cáncer, en los años 80 van a ser los aspectos sociales los que despertarán intensamente el interés de los psicólogos. Las investigaciones médicas iban poniendo de manifiesto la existencia de factores ambientales y comportamentales relacionados directa o indirectamente con la etiogénesis del cáncer. El alcohol, el tabaco, la dieta, las prácticas sexuales, las radiaciones solares, etc... convierten al cáncer en una enfermedad de la civilización y prototípica del siglo XX. La prevención aparece así como un arma efectiva para luchar contra una enfermedad para la que no se han encontrado tratamientos curativos definitivos. La Psicología oncológica volcará ahora sus esfuerzos en la determinación de aquellos “estilos de vida” y “conductas de salud” que promueven la adopción de comportamientos saludables que previenen el desarrollo del cáncer o que permiten su detección precoz (por ejemplo: revisiones médicas periódicas).

Este énfasis en “lo social” de la enfermedad oncológica se ve reflejado también en el auge que toma, durante la década de los 80, un concepto que, nacido en el campo de la salud, va a tener una amplia aplicación al caso concreto del cáncer: el apoyo social y su relación con la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad.

Por otro lado, continúan en esta década todos los temas ya clásicos en la Psicología Oncológica – personalidad, estrés, información, tratamientos, etc. – enmarcados ahora bajo un nuevo concepto, la “Calidad de vida”, con el que se pretende justificar todo el ámbito de investigaciones e intervenciones desde la Psicología Oncológica.

Y llega la década de los 90, obligándonos a preguntarnos ¿dónde estamos?, ¿qué hemos conseguido? y, sobre todo, ¿hacia dónde vamos y/o debemos ir? Para intentar dar respuesta a estas preguntas – adelanto ya que no lo vamos a conseguir de forma clara –, revisaremos los resultados y conclusiones más relevantes que se pueden extraer de las investigaciones de la Psicología Oncológica, agrupándolas en tres grandes temáticas: personalidad y cáncer, intervenciones psicosociales dirigidas a enfermos oncológicos, y factores psicológicos implicados en la prevención del cáncer.

PERSONALIDAD Y CANCER

En este apartado, seguiremos las exhaustivas revisiones del tema que ha realizado la profesora Yolanda Andreu de la Universidad de Valencia (Ibañez, Romero, & Andreu, 1992; Andreu, 1998a,b).

Son muchos los investigadores que a lo largo de los siglos habían observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de personalidad (ya hemos citado como observación precursora la de Galeno), sin embargo problemas metodológicos, fundamentalmente referidos a la variedad de diseños existentes en los trabajos (prospectivos, longitudinales, retroprospectivos, cuasipropectivos, control-comparación, y retrospectivos) y también teóricos (polémica acerca de si los factores psicosociales actúan como precursores del cáncer o bien como potenciadores del mismo), impedían establecer conclusiones claras al respecto. Aún así, se empieza a difundir entre la psicología oncológica un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y/o progresión del

cáncer: éste es el de “patrón de conducta o personalidad Tipo C” apuntado por primera vez por Morris y Greer en 1980.

La personalidad Tipo A se plantea como una constelación de variables que pueden considerarse como características de las personas que tienden a padecer cáncer. Las variables que han conseguido un mayor apoyo empírico son las siguientes (Contrada et al., 1990): (1) depresión, (2) desamparo/desesperanza, (3) pérdida o escaso apoyo emocional, (4) bajo afecto negativo, e (5) inexpresividad emocional.

La depresión es el estado psicológico descrito con más frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer, y a pesar de que la mayor parte de estudios presentan evidencias a favor, los problemas metodológicos presentes en los mismos, así como los problemas planteados al propio concepto de Depresión (Ibañez, 1984), no permiten afirmar tajantemente que esta variable juegue un papel importante en la aparición de los tumores, si bien puede ser un factor adicional en el desarrollo y progresión clínica de los mismos.

Más consistente parece ser la relación postulada entre desamparo/desesperanza y cáncer. Esta variable fue uno de los factores asociados por Temoshok et al. (1985) con el desarrollo de melanomas, y también se ha encontrado que es un buen predictor tanto del surgimiento del cáncer de mama (Wirshing et al., 1982) como de las recaídas de la misma enfermedad (Greer et al., 1979; Jensen, 1987). También en los estudios prospectivos realizados por el grupo de Grossarth-Maticek, se ha encontrado que las reacciones de desamparo ante acontecimientos vitales estresantes son predictores del surgimiento del cáncer (Grossarth-Maticek et al., 1982, 1985, 1988).

Otro conjunto de factores que parecen contribuir a la carcinogénesis es el referido a la ruptura del apoyo social, entre ellos, la pérdida de personas significativas. Sin embargo, dado que las pérdidas, tanto en la infancia como en la vida adulta, se asocian con la depresión, es difícil establecer una relación directa entre ruptura del apoyo social, por pérdidas afectivas, y aparición del cáncer. Con todo, una serie de estudios se han centrado en el análisis de esta variable, encontrando que la pérdida o ausencia de buenas relaciones con los padres puede ser un buen predictor del cáncer (Shaffer et al., 1982), o bien que los enfermos que tienen una recidiva o recurrencia de la enfermedad, presentan un mayor número de pérdidas recientes que los que no la presentan (Greene, 1954; Horne y Picard, 1979). Además, en trabajos en los que se aplicaba tratamiento psicológico para potenciar los vínculos de apoyo social, se incrementó notablemente el tiempo de supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastático (Spiegel et al., 1989). Estos resultados, unidos a aquellos que han encontrado que un apoyo social deficiente podría estar relacionado con una baja actividad de las células NK (Levy et al., 1987), justifica que la pérdida de apoyo social se considere un factor de riesgo en la enfermedad oncológica.

Un cuarto factor que conformaría la Personalidad Tipo C según Contrada et al. (1990) es la relación que se establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo; es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas – ira, cólera, agresividad, etc. – en contraste con su alta expresividad de emociones positivas – amor, cariño, solidaridad, etc. –. Desde los trabajos pioneros de Kissen y colaboradores (Kissen, Brown, y Kissen, 1969; Kissen y Eysenck, 1962), diversos autores han relacionado la represión de las emociones negativas y la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer (Grossarth-Maticek et al., 1982) o con un peor pronóstico de la enfermedad (Jensen, 1987; Temoshok et al., 1985; Wirshing et al., 1982).

Por último, respecto al quinto factor relacionado con el patrón de conducta Tipo C, la deficiente expresividad emocional, se han encontrado resultados un tanto contradictorios. Existen al menos dos estudios cuyos resultados indican una menor frecuencia de expresión de la ira, antes del diagnóstico, en enfermas cuya biopsia dió lugar a un diagnóstico de cáncer de mama (Greer & Morris, 1975; Jansen & Muenz, 1984). Pero, también se ha encontrado cierta evidencia de que la expresión de emociones puede incidir negativamente en el desarrollo del cáncer; así Greer y Morris (1975) encontraron mayor expresividad emocional en pacientes con cáncer de mama en comparación con un grupo control y Wirshing et al. (1982) encontraron

frecuentes “explosiones afectivas” en pacientes con cáncer de mama. Para explicar estos resultados se ha planteado que el hecho de que los enfermos de cáncer subestimen, por lo general, sus estados emocionales puede llevar a estados de desorganización personal y, en consecuencia, a mostrar una mayor labilidad emocional (Jensen, 1987; Scharz, 1983).

A la vista de lo reseñado hasta ahora cabe plantearse, como señalan Ibañez et al. (1992), si existe una o muchas personalidad proclives al cáncer, si hay más de una, o si existen variables psicológicas específicas para cada tipo de cáncer. Estas autoras proponen, como vía para una mejor comprensión de esta problemática y de los mecanismos por los que los factores psicológicos influyen en el cáncer, el análisis de los procesos fisiológicos que podrían mediar entre los factores psicológicos y la enfermedad.

La propuesta pues de un modelo que explique las relaciones entre psicología y cáncer parece que, inevitablemente, ha de provenir de investigaciones desde la psicoimmunología. Esta es la creencia de numerosos psico-oncólogos en la actualidad y hemos de reconocer que se ha avanzado mucho al respecto en los últimos años. De hecho, si hasta mediados de los años 80 no existía ningún modelo que explicara las relaciones entre Personalidad y Cáncer, en los últimos 12 años se han defendido varias propuestas que intentan justificar los resultados empíricos encontrados hasta ese momento y que tienen en común el relacionar variables de personalidad (todas ellas incluidas entre los factores definidores de la Personalidad Tipo C descritos anteriormente) con el funcionamiento del sistema neuro-endocrino-inmunológico.

No es el momento de entrar a describirlos; todos ellos se encuentran publicados y han dado ya origen a distintas investigaciones. Por orden cronológico de aparición son los siguientes:

- 1) el modelo psicoimmunológico de Greer y colaboradores (Greer y Watson, 1985) aplicado, fundamentalmente, a enfermas con cáncer de mama, y que, recogiendo la teoría de la vigilancia inmunológica propuesta por Burnet (1957), considera que los factores psicológicos mediatizan las respuestas inmunológicas ante acontecimientos estresantes;
- 2) el modelo de Eysenck (1985) que recoge tanto sus primeras investigaciones realizadas en los años 60 con Kissen sobre enfermos de cáncer de pulmón, como los resultados obtenidos por el grupo de Grossarth-Maticek, y se sustenta, principalmente, sobre su propia teoría de la Personalidad;
- 3) el modelo procesual del estilo de afrontamiento y homeostasis psicofisiológica de Temoshok (1987), que surge principalmente de sus investigaciones con enfermos de melanoma;
- 4) el modelo prospectivo de Levy y Wise (1988) aplicado a enfermas con cáncer de mama; y,
- 5) el modelo bidireccional de Contrada et al. (1990) y que intenta agrupar las distintas investigaciones realizadas sobre Psicología y Cáncer, sin distinción de tipo de tumores.

En definitiva, la década de los 90 planteó a la Psicología Oncológica el reto de verificar empírica y experimentalmente las propuestas teóricas acerca de las relaciones entre personalidad y cáncer. Sin embargo, los numerosos problemas metodológicos (muestras, diseños, instrumentos de evaluación, indicadores fisiológicos, etc...), implicados en este tipo de investigaciones impiden por el momento establecer afirmaciones claras y rotundas. Consideramos que las conclusiones planteadas por Da-Shih y Silberfarb (1988) hace más de diez años siguen siendo válidas hoy en día: 1) los factores psicológicos probablemente actúan – si es que lo hacen – como potenciadores del cáncer, más que como iniciadores del mismo; 2) el estrés, como acelerador de la enfermedad, puede jugar un papel importante en la manifestación clínica del cáncer; 3) la gran variabilidad de la enfermedad implica que es posible que los factores psicológicos afecten únicamente a una subpoblación de enfermos, y 4) cualquier factor que se considere relevante en la aparición del cáncer, tendría que analizarse un número importante de años antes de que el cáncer se manifestase clínicamente, y durante un periodo considerable de años, dependiendo del tipo de cáncer y del tiempo que se necesita para que la multiplicación celular de lugar a manifestaciones clínicas.

Consideramos que éste sigue siendo un reto para la Psicología Oncológica del año 2000.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA ENFERMOS ONCOLOGICOS

En una revisión previa de esta tema (Ibañez y Durá, 1990) ya señalamos que al “sufrido” “paciente” de cáncer se le han aplicado, y siguen aplicándose, numerosos procedimientos terapéuticos, desde la más remota hipnoterapia hasta el “counselling” más moderno, pasando por todo tipo de psicofármacos y terapias más o menos experimentadas, así como por las distintas asociaciones de enfermos, programas de rehabilitación – tales como “Reach to Recovery” –, etc... Todo se ha aplicado, modificado y adaptado al paciente con cáncer. Sin embargo hay pocos trabajos sobre el tema en los que se analicen los resultados obtenidos, y mucho menos aquellos que intentan no sólo describir un/os procedimiento/s terapéuticos y sus consecuencias para los pacientes de cáncer, sino que intenten lo que consideramos es el objetivo último de la ciencia: explicar porqué funcionan determinados mecanismos – en este caso psicoterapéuticos –, ofreciendo modelos interpretativos. Veamos, sin embargo, antes de realizar la valoración final, una breve descripción de los principales programas de intervención que se han aplicado a pacientes de cáncer.

Podemos agruparlos en tres categorías de intervención en función del tipo de problemática que abordan: (1) tratamiento de la sintomatología psicopatológica que puedan presentar los enfermos de cáncer, (2) tratamiento de la problemática específica derivada del diagnóstico y/o tratamiento clínico de la enfermedad cancerosa, e (3) intervenciones psicológicas dirigidas a incrementar no sólo la calidad de vida sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer.

Respecto al primer tipo, señalar simplemente que al paciente oncológico, como persona que es, se le puede aplicar cualquier procedimiento terapéutico de los que habitualmente se aplican en psicología clínica, con el objetivo de tratar los trastornos psíquicos de mayor incidencia entre la población oncológica y que parecen ser la ansiedad y la depresión. También es importante resaltar la necesidad de no “psicopatologizar” al ya “enfermo” paciente de cáncer. Si, como señalan distintos autores, sólo entre un 34-44% de los enfermos de cáncer necesitan ayuda por problemas psíquicos, y de éstos únicamente el 18% muestran síntomas psíquicos de depresión clínica, habría que asumir que el cáncer no es una enfermedad con consecuencias psicopatológicas más adversas que otras enfermedades crónicas, mutilantes y/o letales, y de esta forma contribuiríamos a desmitificar el cáncer como enfermedad socialmente temida (Greer, 1994; Massie & Holland, 1989).

Lo anteriormente señalado enfatiza la necesidad de atender a la problemática psicológica “específica” de los pacientes de cáncer y que se deriva de las características clínicas (biológicas) y sociales (representación socio-cultural) de la enfermedad oncológica. Se han aplicado programas de intervención dirigidos a las distintas fases por las que pasan los pacientes de cáncer a lo largo del proceso de su enfermedad, fundamentalmente las relacionadas con el momento del diagnóstico y la aplicación del tratamiento.

De la fase del diagnóstico, los psicólogos oncológicos han abordado dos problemáticas importantes: por un lado, la relacionada con la comunicación del diagnóstico de cáncer a un enfermo y, por otro, la referida a las reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento ante el mismo.

El análisis de la problemática implicada en la comunicación de un diagnóstico de cáncer ha sido nuestro objeto de investigación durante muchos años (Durá & Ibañez, 1987; Durá, 1990; Durá & Ibañez, 1991) y nos ha permitido delimitar un proceso secuencial de información que puede ser considerado como un programa de intervención dirigido a facilitar la adaptación de los enfermos de cáncer, tanto a corto como a medio-largo plazo, controlando qué información se les ofrece, por parte de quién, en qué momento, y, sobre todo, de qué forma. Se postulan unos principios (congruencia, sistematización, y secuencialidad) que deben guiar el proceso de comunicación e información diagnóstica (y también de tratamiento y pronóstico) con este tipo de pacientes.

Por otra parte, las reacciones emocionales despertadas por el conocimiento de un diagnóstico de cáncer y las estrategias de afrontamiento adoptadas ante el mismo, se han relacionado con el ajuste psicológico de los enfermos e incluso con la mayor o menor

supervivencia. En este sentido son ya clásicos los cinco tipos de estrategias de afrontamiento, señalados por Moorey y Greer (1989), que pueden adoptar los pacientes de cáncer ante su diagnóstico: espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación estoica, indefensión o desesperanza, y preocupación ansiosa. Estas estrategias de afrontamiento determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el nivel de adaptación del sujeto.

Si el diagnóstico de cáncer es tomado subjetivamente por el paciente como un “desafío”, es decir, como un reto personal que uno debe superar y vencer, el paciente considerará que, en cierta medida, la situación de enfermedad está bajo su control personal, por lo que el espíritu de lucha aparece como la estrategia más probable. Si por el contrario el diagnóstico de cáncer se percibe como una “amenaza” (algo que supone un riesgo para la propia salud tanto física como psíquica), se pueden desarrollar distintas estrategias de afrontamientos: (1) o bien se puede negar dicho daño, en el sentido de que el paciente rechaza admitir la realidad tal como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que padece no es realmente cáncer o es un “cáncer benigno” (Negación), o bien, (2) el paciente acepta pasivamente dicha amenaza, considerando que por sí mismo no puede ejercer ningún control sobre ella, que depende de los demás, resignándose a su suerte (Fatalismo), o bien (3) desarrolla un estado de ansiedad y preocupación ante una situación que percibe como fuertemente amenazadora (Preocupación ansiosa). Por otro lado, el paciente puede percibir un diagnóstico de cáncer como una “pérdida” del estado de bienestar o de “algo” que nunca se va a volver a recuperar, en este caso se suele dar una auténtica sensación de desesperanza y desamparo (Indefensión) que se acompaña de un pensamiento negativo acerca del pronóstico de la enfermedad. Según Moorey y Greer (1989), las dos estrategias de afrontamiento que predicen un buen pronóstico a nivel de adaptación psicosocial son el espíritu de lucha y la negación.

Las estrategias de afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer se han evidenciado predictores importantes no sólo del ajuste psicosocial de los enfermos de cáncer a lo largo del proceso de su enfermedad, sino también del tiempo de supervivencia. Así, en diversos estudios de seguimiento con pacientes de cáncer de mama (Greer et al., 1979, 1990; Pettingale et al., 1985) se ha encontrado una supervivencia significativamente mayor, a los 5, 10 y 15 años, en las pacientes que presentaban espíritu de lucha y negación que en las de los grupos restantes. Aunque las muestras de estos trabajos eran muy pequeñas, sus resultados complementan y son coherentes con los ofrecidos desde las investigaciones que, como hemos visto anteriormente, han relacionado la personalidad con el tiempo de supervivencia en pacientes oncológicos.

Los resultados de todos estos trabajos sugieren la posibilidad de diseñar intervenciones psicológicas dirigidas a modificar las estrategias de afrontamiento, las reacciones emocionales, e incluso los patrones comportamentales (personalidad) de los enfermos oncológicos con el objetivo no sólo de mejorar su adaptación psicosocial a la enfermedad sino incluso con el objetivo de incidir en el desarrollo clínico de la misma. Este tipo de intervenciones que podemos denominar “tratamientos para la supervivencia” y que se basan en las investigaciones psiconeuroinmunológicas las abordaremos posteriormente.

Retomando ahora nuestra secuencia del proceso por el que pasan los enfermos de cáncer, y una vez diagnosticada su enfermedad, éstos han de enfrentarse a unos tratamientos médicos que, si bien se han demostrado altamente eficaces en controlar el progreso de la enfermedad e incrementar el tiempo de supervivencia, no sólo no “aseguran” la curación total del enfermo sino que, además, le obligan a soportar unos “efectos secundarios” altamente incómodos (náuseas y vómitos) y traumatizantes (alopecia, mutilación, etc...).

De entre estos efectos secundarios, el tema que más literatura psicológica ha engendrado es el referido a las náuseas y vómitos asociados al tratamiento quimioterapéutico. La razón de este gran interés es doble: por un lado, el hecho de que las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia llevan a que entre el 1-5% de los pacientes rehusen continuar el tratamiento (Morrow & Dobkin, 1988a); y, por otro, que se ha demostrado la existencia de náuseas y vómitos anticipatorios (es decir, antes de la aplicación quimioterapéutica) como resultado de un proceso de condicionamiento clásico (Burish et al., 1987). Para el tratamiento de este problema se han utilizado principalmente técnicas de hipnosis, relajación y desensibilización sistemática. Todas estas técnicas han obtenido buenos resultados, sin embargo problemas de tipo metodológico –

tamaño de las muestras, sesgos en la elección de las mismas, criterio de efectividad, etc. –, impiden hacer una valoración exacta de las mismas (Morrow & Dobkin, 1988b).

El autor que ha estudiado de forma más sistemática la eficacia del tratamiento psicológico (concretamente la desensibilización sistemática) para la eliminación de las náuseas y vómitos anticipatorios ha sido Morrow (Morrow, 1984; Morrow et al., 1991). Este autor ha introducido algunas modificaciones a la D.S. tradicional para adaptarla al contexto del enfermo de cáncer, por ejemplo: creación de una jerarquía de estímulos directamente relacionada con la situación de acudir al hospital y todos los elementos en que esto se puede descomponer; entrenamiento abreviado en relajación; grabación de las sesiones en video para que el paciente pueda realizar la terapia en casa.

Además de las náuseas y vómitos anticipatorios y condicionados al tratamiento quimioterapéutico, también se han encontrado reacciones emocionales (concretamente ansiedad) condicionadas al mismo, y se ha verificado experimentalmente que numerosos estímulos pueden ser asociados con la quimioterapia y provocar respuestas condicionadas que se mantienen incluso después de haber finalizado el tratamiento quimioterapéutico (Jacobsen et al., 1995). Todo ello enfatiza la conveniencia e importancia de las intervenciones psicológicas antes, durante y después del tratamiento médico de la enfermedad.

Si bien la quimioterapia y sus efectos secundarios constituye el tema que mayor interés ha despertado en los psicólogos oncológicos, no podemos olvidar problemáticas derivadas de otros tratamientos médicos aplicados a los enfermos de cáncer y que también requieren de intervenciones psicológicas. Únicamente a modo de ejemplo citaremos lo siguiente: la radioterapia ocasiona quemaduras, fatiga y malestar (Johnson et al., 1989; Holland, 1989); el trasplante de médula es un tratamiento altamente agresivo que conlleva alteraciones físicas y psicológicas importantes (Andrykowski et al., 1994); la anorexia puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radioterapia (Lesko, 1989); ciertas localizaciones tumorales ocasionan por ellas mismas, o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual (Auchincloss, 1989); la amputación es también una consecuencia inevitable en muchos tipos de cáncer (Jacobsen y Holland, 1989); y el dolor hace su aparición en distintos momentos y asociado tanto al tratamiento como a la propia enfermedad (Breitbart y Payne, 1998).

En definitiva, la problemática psicológica derivada de la propia enfermedad oncológica y/o de sus tratamientos es lo suficientemente amplia, intensa y frecuente como para justificar la existencia de lo que hoy en día se conoce ya como Psicología Oncológica. No es el momento aquí de entrar a describir los distintos programas de intervención que distintos autores han diseñado y/o aplicado; existen numerosos artículos e incluso “tratados” o manuales al respecto (Haber et al., 1995; Moorey & Greer, 1989; Spiegel & Spira, 1991; Watson, 1991 – para una revisión véase Holland, 1998). Nuestro objetivo aquí es intentar concluir acerca de los elementos que explicarían y justificarían la funcionalidad de las intervenciones psicológicas para enfermos oncológicos.

Consideramos que estos elementos son de dos tipos: atienden o bien al contenido o bien a la forma – estructura – del programa de intervención. Respecto al contenido, la diversidad de la problemática psicológica presentada por los pacientes oncológicos, como ya hemos señalado, justifica la diversidad del contenido de los programas psicoterapéuticos que se han aplicado a estos enfermos. Así, dichos programas han abordado tres importantes niveles del funcionamiento psíquico humano: el cognitivo, el conductual y el emocional. En definitiva, incrementar las estrategias cognitivas, conductuales y emocionales del enfermo de cáncer sería el objetivo de cualquier programa de intervención psicológica dirigido a estos enfermos. Por lo que respecta a los aspectos formales del programa de intervención, la variabilidad afecta tanto a la estructura como a la duración del mismo. En este segundo nivel, podemos encontrar desde terapias breves que siguen el modelo de intervención en crisis, hasta programas que se prolongan varios años después de que la persona haya terminado el tratamiento médico. A nivel estructural, podemos encontrar diferentes modalidades, a saber: individual (psicoterapia clásica), diádica (por ejemplo, el programa de voluntariado iniciado en América pero extendido ya por todo el mundo bajo el nombre de “Reach to Recovery”), grupal (los denominados “grupos de apoyo

social” o también los “grupos de auto-ayuda”), y social o comunitaria (por ejemplo, campañas de información sobre el cáncer, su prevención, etc...).

En definitiva, el abanico de posibilidades es amplio; pero... ¿son eficaces dichos programas?, y, sobre todo ¿porqué lo son?. Respecto a la primera pregunta la respuesta parece clara: la mayoría de los autores concluyen que las intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer mejoran su nivel de adaptación psicosocial durante y después de la enfermedad y, además, les permiten vivir más tiempo. En definitiva, ayudan a vivir “más y mejor”. Evidentemente los resultados no siempre son tan claros ni están libres de limitaciones metodológicas. Sin embargo, diversas revisiones de las investigaciones al respecto (Andersen, 1992; Classen et al., 1998; Greer, 1994; Hill et al., 1992; Meyer & Mark, 1995; Spiegel & Kato, 1996) y sobre todo algunos trabajos empíricos (Fawzy et al., 1990a,b, 1993; Richardson et al., 1990; Spiegel et al., 1989), apuntan en la dirección que hemos señalado.

La segunda pregunta nos parece mucho más interesante porque, como ya hemos señalado, desde la Psicología Oncológica no deberíamos sólo describir y justificar sobre la base de resultados nuestro ámbito de investigación y aplicación, sino que, como científicos, debemos intentar explicar nuestros resultados. Así, deberíamos ofrecer respuesta a la pregunta acerca del porqué de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes de cáncer intentando determinar los mecanismos que explicarían sus efectos beneficiosos. Para responder a la pregunta reflexionemos sobre la respuesta que hemos dado a la anterior pregunta: ¿son eficaces las intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer?, y hemos dicho: sí, porque les permiten vivir “más y mejor”. Si, por tanto, la eficacia de estas intervenciones se manifiesta a dos niveles (calidad y cantidad de vida), también podrían ser dos los mecanismos que expliquen su eficacia. Podemos pues replantearnos la pregunta acerca del porqué de la eficacia en otros términos que sean: (1) ¿qué mecanismos psicológicos permiten a los pacientes de cáncer vivir “mejor”? y (2) ¿qué mecanismos psicológicos permiten a los pacientes de cáncer vivir “más tiempo”?

Distintos autores (Andersen, 1992; Spiegel, 1992) han apuntado ya respuestas a estas preguntas y el consenso parece ser más grande del que cabría esperar ante la complejidad de las preguntas. Así, y por un lado, el mecanismo psicológico que podría abarcar y explicar los efectos beneficiosos a nivel de adaptación psicosocial (calidad de vida) que parecen tener las intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer podría ser el de “apoyo social”. Por otro lado, el mecanismo biológico ya postulado para explicar las relaciones entre personalidad y cáncer (el sistema inmunológico) parece ser la vía que relacionaría el tratamiento psicológico con la mayor supervivencia de los pacientes de cáncer sometidos al mismo.

El concepto de apoyo social surgió de los estudios epidemiológicos que mostraban que las personas con vínculos y relaciones sociales tenían menos problemas de salud y vivían más tiempo que las personas con menores relaciones sociales (House et al., 1988). Los estudios al respecto se fueron ampliando hasta abarcar las relaciones del apoyo social con la adaptación ante determinados eventos estresantes, entre ellos la enfermedad y más concretamente el cáncer. Numerosos trabajos en el campo concreto de la Psicología Oncológica han utilizado el apoyo social como mecanismo para mejorar la adaptación de los pacientes de cáncer a su enfermedad (para una revisión ver, Rowland, 1989). Estos trabajos han ido perfilando el concepto de apoyo social y clarificando los distintas dimensiones implicadas en el mismo, tanto a nivel de contenido como de estructura. Así, se distinguen distintos “tipos” de apoyo social (cognitivo, afectivo y conductual), que se puede ofrecer a través de distintas formas (individual, diádico, grupal, social, y comunitario) (Gottlieb, 1988). Como vemos, se trata de los mismos niveles de actuación que señalábamos al referirnos a los programas de intervención psicológica para pacientes con cáncer. Consideramos pues, que este concepto de apoyo social podría ser el mecanismo que subyace y explica los resultados de los tratamientos psicológicos aplicados a estos enfermos.

Por otro lado, la evaluación de la eficacia del apoyo social y el análisis de los factores que mediatizan los efectos del mismo sobre la salud, han llevado a pasar de una consideración acrítica de los efectos beneficiosos del apoyo social, al reconocimiento de su carácter multidimensional y de la existencia de una serie de factores que interactúan con él a la hora de influir

en el bienestar psicofísico del individuo (Durá y Garcés, 1991). Así, hoy en día se plantea la necesidad de especificar bajo qué condiciones se producen los posibles efectos positivos del apoyo social; en otras palabras: qué apoyo social, ofrecido por quién, y de qué forma, será beneficioso para el tipo de personas a quién va dirigido. En esta línea, se sitúan algunos recientes trabajos de la psicología oncológica en los que se defiende la necesidad de especificar “tipos” de intervenciones para determinados “tipos” de pacientes de cáncer (Anderson, 1992; Nelson et al., 1994).

Por lo que respecta a la mayor supervivencia de los pacientes de cáncer asociada a los tratamientos psicológicos, las explicaciones han venido de la mano de las investigaciones desarrolladas desde la psiconeuroinmunología (Andersen et al., 1994; Bovbjerg & Valdimarsdottir, 1998). La evidencia proviene fundamentalmente de dos líneas de investigación.

En primer lugar, y en personas sanas, se han encontrado cambios a nivel del sistema inmunológico provocados por mecanismos psicológicos (cognitivos, conductuales y emocionales) similares a los que actúan en las intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes de cáncer. Así, por ejemplo, la relajación se ha asociado con un incremento de la actividad de las células NK (natural killer) y diversos estresores (divorcio, muerte de un familiar, etc...) se han relacionado con una disminución de las funciones inmunológicas. Cabe por tanto esperar una misma relación en el caso de los pacientes con cáncer; este es el caso del trabajo de Levy et al. (1987) en el que se evidencia una clara relación entre estrés y disminución de la actividad de las células NK lo cual, a su vez, se asoció con un peor pronóstico.

En segundo lugar, y mucho más interesantes son los trabajos que han evidenciado cambios en la función inmunológica de los pacientes de cáncer en relación con la aplicación de programas de intervención psicológica. Este es el caso de los trabajos de Fawzy y colaboradores (1990a,b, 1993) en los que se encontró que una breve intervención (10 sesiones a lo largo de seis semanas) que incluía componentes tanto cognitivos, como conductuales y emocionales en pacientes con melanomas malignos de estadíos I y II daba lugar a una reducción significativa de las reacciones emocionales negativas y mayores estrategias de afrontamiento activas en el grupo que recibió el tratamiento psicológico. Además, en este grupo se observó un incremento de la actividad de las células NK que no se observó en el grupo control, al tiempo que, en un periodo de seguimiento de 6 años, se encontró una menor recurrencia de la enfermedad y una menor mortalidad.

Así pues, las explicaciones posibilitadas desde la psiconeuroinmunología clarifican y justifican los resultados encontrados en una serie de trabajos, de corte descriptivo y no experimental, realizados en la década de los 80 y que en otro lugar (Ibañez & Durá, 1990) habíamos denominados como “tratamientos para la supervivencia”. Consistuyen una serie de propuestas de intervención psicoterapéutica nacidas a partir de la observación de sus autores de que dichas intervenciones, no sólo mejoraban la calidad de vida de los pacientes de cáncer que las seguían sino que también incrementaban su tiempo de supervivencia. Tal es el caso de los trabajos sobre visualización de Simonton y Matthews-Simonton (1981), la Terapia de Innovación Creativa de Grossarth-Maticek y colaboradores (1984, 1988), o la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer (1989).

La propuesta de Simonton y Matthews-Simonton (1981) combina relajación más visualización – del tratamiento médico actuando sobre las células cancerosas –, con entrenamiento asertivo para fomentar la expresión de las emociones y con terapia cognitiva – reestructuración cognitiva de metas, creencias y valores –. Por su parte, la Terapia de Innovación Creativa de Grossarth-Maticek y colaboradores (1984, 1988) se propone “histerizar” al paciente para que sea capaz de expresar lo previamente reprimido, al tiempo que se le enseña a establecer relaciones sociales más satisfactorias. La reducción de conductas indeseables y la construcción de alternativas se realiza de tres formas: en imaginación, a través de la sugestión, y en la experiencias cotidianas. Por último, la Terapia Psicológica Adyuvante propuesta por Moorey y Greer (1989) es una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck al caso específico del afrontamiento del cáncer. Se basa en el análisis de sus autores sobre las estrategias de afrontamiento que anteriormente hemos expuesto y pretende, a través de distintas técnicas cognitivas (registro de pensamientos, reestructuración cognitiva) y conductuales (relajación,

asignación de tareas graduadas, planificación y registro de actividades), tanto directivas como no directivas (ventilación de sentimientos), lograr no sólo incrementar la calidad de vida de los pacientes, sino también incidir sobre la respuesta inmunológica y aumentar por tanto el tiempo de supervivencia.

En definitiva, los tratamientos psicológicos para pacientes de cáncer han llegado a delimitarse como programas comprensivos que abarcan distintos componentes psicológicos (cognitivos, conductuales y emocionales) que interactúan con los componentes biológicos (vía sistema inmunológico) y que pueden adoptar distinto formato a nivel estructural (individual, diádico, grupal e incluso socio-comunitario) y de duración en el tiempo (desde la terapia breve a los programas de rehabilitación post-tratamiento).

FACTORES PSICOLOGICOS IMPLICADOS EN LA PREVENCION DEL CANCER

En este apartado nos vamos a centrar exclusivamente al caso del cáncer de mama, para poder así desarrollar de forma más amplia las investigaciones y propuestas concretas que se han realizado al respecto, tomándolo como ejemplo de las posibilidades que, desde la Psicología oncológica, se plantean a nivel de prevención de la enfermedad oncológica.

En el caso del cáncer de mama, la evidencia a nivel epidemiológico señala que la detección temprana de esta enfermedad da lugar a una reducción significativa de la mortalidad entre las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Basándose en ello, numerosas organizaciones de salud (American Cancer Society, Organización Mundial de la Salud, etc...), recomiendan unas pautas de screening, en función de la edad, que incluyen los siguientes métodos de detección precoz: mamografía, examen clínico de las mamas y autoexploración. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados para difundir estas recomendaciones, la adherencia a estas conductas de screening es relativamente escasa (Bennett, Robert, Osborne, & Baker, 1994; Smith & Haynes, 1992). Por tanto, el principal desafío para la prevención del cáncer de mama es el fomentar la práctica del screening de mama entre las mujeres.

Desde la Psicología Oncológica se ha abordado recientemente este tema, interesándose por el estudio de los factores psicológicos que influyen en la práctica regular de los métodos de screening. En este sentido, si bien son numerosos los estudios empíricos que intentan identificar aquellos factores asociados con la práctica de estas conductas preventivas, son pocos los que abordan este objetivo en el contexto de un modelo teórico que justifique las variables exploradas. La elaboración teórica de este campo de estudio es, por tanto, más bien escasa, y se articula en torno a dos modelos: el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1966; Becker, 1974) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980).

El Modelo de Creencias de Salud, en su versión original (Rosenstock, 1966), básicamente identifica cuatro variables que parecen influir a la hora de llevar a cabo una conducta preventiva. Estas variables se agrupan en torno a dos categorías generales. Por un lado, el grado de preparación o disposición psicológica para llevar a cabo una determinada acción preventiva que, a su vez, viene determinado por (1) la *susceptibilidad percibida*, o grado en que el sujeto cree que es vulnerable a una enfermedad, y, (2) la *gravedad percibida* de la enfermedad, referida tanto a sus consecuencias médicas como sociales. La segunda dimensión hace referencia a los beneficios/costos percibidos de la acción preventiva. Los *beneficios* se refieren a las creencias del sujeto acerca del grado de eficacia de la acción preventiva de cara a reducir su vulnerabilidad a la enfermedad y/o la gravedad de la misma en caso de que ésta apareciera. Por su parte, los costos o *barreras* reflejan los inconvenientes o aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales, económicos, etc...) que pudiera conllevar esa acción preventiva para el sujeto. El modelo original ha sido ampliado por Becker y colaboradores (1974) para incluir otras dimensiones como la *Motivación General para la Salud* – el interés del individuo por su salud – y el *Locus de Control sobre la Salud* – percepciones de control sobre cuestiones de salud.

El segundo modelo teórico más utilizado, la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975; Ajzen & Fishbein, 1980), señala que la intención de llevar a cabo

una conducta es el determinante más importante de la misma. Esta intención conductual está determinada, a su vez, por dos componentes o factores: (1) Un factor personal, referido a la *actitud* del sujeto hacia la conducta en cuestión (en nuestro caso, hacia las conductas preventivas del cáncer de mama), y, (2) Un factor social, referido a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe a nivel normativo-social (lo que se conoce como *influencia social normativa* o norma social). A su vez, las actitudes del sujeto hacia la conducta preventiva están influidas por: (a) las creencias específicas sobre las características o consecuencias de esa acción, y, (b) el valor o importancia que el sujeto otorga a esas consecuencias. Estas variables personales estaban ya incluidas en el Modelo de Creencia de Salud, por lo que, frente a éste, la Teoría de la Acción Razonada aporta realmente el factor social referido a la influencia social normativa. Este último componente está por su parte determinado por: (a) las percepciones de la persona respecto a las expectativas que otras personas, importantes para ella, mantienen respecto a esa conducta (es decir, en qué medida cree que los demás – su médico, familiares, amigos, etc. – piensan que ella debe llevar a cabo esa conducta, y (b) la motivación de la persona para ajustarse a esas expectativas (es decir, el grado en que la mujer está motivada para comportarse de acuerdo con esas expectativas).

Además de las variables postuladas por estos dos modelos, se han planteado también otras variables como potenciales predictores de las conductas preventivas del cáncer de mama. Entre éstas destacan: la autoeficacia o confianza en la propia habilidad para llevar a cabo de forma apropiada la conducta preventiva, el grado de conocimiento o información que la persona posee sobre el cáncer de mama y sobre las técnicas de screening, la práctica de otras conductas preventivas, variables de acceso a los servicios de screening, etc...

En cuanto a los trabajos empíricos que han intentado poner a prueba el poder predictivo de estas variables, se ha de señalar que son pocos los estudios donde se ponga a prueba la capacidad predictiva de un único modelo teórico, siendo lo habitual una selección de variables (procedentes de distintos modelos) y que previamente han demostrado tener cierto poder predictivo. Por ello, la diversidad de variables recogidas por los distintos trabajos empíricos hace compleja su integración. En una revisión exhaustiva realizada por una profesora de la Universidad de Valencia (Galdón, 1998), se han clasificado los resultados obtenidos en dichos estudios agrupándolos en factores que inhiben y factores que favorecen la puesta en práctica de las conductas preventivas del cáncer de mama.

Por lo que respecta a los factores que parecen actuar como barreras o inhibidores en la adopción de las conductas preventivas del cáncer de mama, cabría destacar tres tipos de variables:

- 1) Variables sociodemográficas: edad superior a 65 años, nivel socioeconómico y educativo bajo, y residencia en un área rural (Glanz et al., 1992; Lerman & Schwartz, 1993; Calle et al., 1993).
- 2) Variables relacionadas con las actitudes y creencias de las mujeres. Destacan fundamentalmente: la falta de conocimiento sobre la necesidad del screening en ausencia de síntomas; el miedo o la ansiedad ante los posibles resultados positivos; la preocupación por el dolor, incomodidad y/o vergüenza que puede generar el procedimiento; y la falta de información sobre el cáncer de mama, sus factores de riesgo, las técnicas de screening y su frecuencia recomendada (Rimer, 1992; Smith & Haynes, 1992; Jepson & Rimer, 1993; Lerman & Schwartz, 1993).
- 3) Por último se debe tener en cuenta el papel que juegan las barreras relacionadas con el acceso a los servicios de screening, entre las que figuran: el coste económico, la distancia, la falta de tiempo, la presencia de otras responsabilidades (trabajo, familia, etc.) (Glanz et al., 1992; Jepson & Rimer, 1993; Kurtz et al., 1993).

Por lo que se refiere a los factores que facilitan la puesta en práctica de estas conductas de screening, las investigaciones demuestran de forma reiterada y consistente que el factor más importante es la recomendación del médico. En este sentido, los estudios también resaltan la importancia de tener un médico habitual (o regular) y, por ello, se insiste en el papel

fundamental que puede jugar el médico de atención primaria a la hora de recomendar y reforzar este tipo de conductas (Smith et al., 1992; Glanz et al., 1992; Rimer, 1992; Zapka et al., 1989).

Otras variables facilitadoras, relacionadas en este caso con las creencias y actitudes de las mujeres, hacen referencia a: la creencia en la curación potencial del cáncer de mama, en la eficacia de las conductas de screening, en la propia habilidad para llevarlas a cabo de forma correcta, el hecho de poseer una orientación preventiva hacia la salud, y la práctica de otras conductas preventivas (Kurtz et al., 1993; Rimer, 1992; Montano & Taplin, 1991).

Por último, los resultados empíricos también señalan entre los factores facilitadores, la importancia del refuerzo de estas conductas preventivas por parte de las personas significativas para la mujer, y el papel que pueden jugar algunos factores como disparadores de la acción (por ejemplo, recibir una invitación para acudir a un programa de screening, determinadas campañas de prevención, conocer a alguien diagnosticado de cáncer de mama, etc...) (Montano & Taplin, 1991; Kurtz et al., 1993; Vaile et al., 1993).

Finalmente, es necesario señalar el papel complejo que juegan dos variables frecuentemente incluidas en estos estudios: la vulnerabilidad percibida al cáncer de mama y la ansiedad ante esta enfermedad, dado que en algunos estudios aparecen relacionadas positivamente con la utilización de las técnicas preventivas, mientras que en otros estudios se observa una relación en sentido inverso. Estos resultados contradictorios se han intentado explicar a la luz de la Teoría sobre la Comunicaciones que suscitan Miedo (Janis & Feshback, 1953), según la cual niveles intermedios de ansiedad serían óptimos para activar conductas de salud preventivas, mientras que niveles bajos de ansiedad fracasarían a la hora de proporcionar el grado de motivación necesario para el cambio en las conductas de salud, y, por su parte, los niveles excesivos podrían producir evitación de la información relacionada con la amenaza.

Para terminar esta revisión señalaremos que, si bien todos estos factores que acabamos de señalar están influyendo en la utilización o puesta en práctica de las conductas preventivas del cáncer de mama, lo cierto es que estas conductas sólo pueden lograr su beneficio potencial en la reducción de la mortandad de esta enfermedad, si son llevadas a cabo de forma periódica y regular. Por ello, las investigaciones más recientes de este campo se han centrado en determinar no sólo si estos factores están relacionados con la adopción de conductas de screening sino con la práctica periódica de las mismas. Es decir se intenta determinar si los factores que influyen en la decisión inicial de adoptar alguna de estas conductas son los mismos, o por el contrario son diferentes, de aquellos que predisponen a una adherencia continuada a las mismas (Fallowfield et al., 1990; Lerman et al., 1990; Jepson & Rimer, 1993).

En definitiva, tras esta revisión, nos vemos en la necesidad de concluir, al igual que en los apartados anteriores, que la información empírica recogida hasta la fecha es mucha, pero que requiere ser integrada en unos modelos teóricos que expliquen los resultados obtenidos y guíen una práctica coherente de los profesionales de la psicología oncológica que quieran trabajar en el campo de la prevención.

REFLEXIONES FINALES

Queremos finalizar realizando algunas reflexiones más que conclusiones por considerar que el campo de la Psicología Oncológica se encuentra todavía abierto a muchas posibilidades y limitaciones que impiden considerarlo concluido.

Estas reflexiones se refieren a los dos ámbitos de la Psicología Oncológica que se mencionaban en el título de este trabajo: la investigación y la práctica profesional.

A nivel de investigación, se ha hecho evidente a lo largo de la revisión que la información empírica existente sobre los distintos tópicos abordados desde la Psicología Oncológica es mucha; sin embargo, los intentos por integrar dichos resultados descriptivos en un marco psicológico adecuado han sido pocos e inconclusos. En el año 1989, la profesora Ibañez señalaba que en el campo de la Psicología Oncológica parecía como si todo el mundo estuviese

de acuerdo y creyese que el papel de la ciencia es exclusivamente “resolver problemas sociales”, olvidándose de que, en toda buena estrategia de resolución de problemas, no basta con definir el problema sino que también es necesario una buena teoría que permita encontrar vías alternativas de actuación. Desde entonces ha pasado ya más de una década; década en la que, como hemos visto, los principales intentos de la Psicología Oncológica han ido precisamente a la búsqueda de los mecanismos que expliquen las relaciones encontradas entre factores psicológicos y cáncer. Sin embargo, la situación actual sigue siendo tan “inconclusa” como hace diez años. Queda sin embargo abierta la puerta para una mayor profundización en el estudio de esos mecanismos que empiezan a revelarse como los protagonistas de una futura auténtica teoría sobre las relaciones entre Psicología y Cáncer, a saber: el apoyo social y los procesos neuro-endocrino-inmunológicos.

Por otro lado, y respecto a la práctica profesional, consideramos que ésta debe estar siempre guiada por un teoría que establezca modelos de actuación e intervención estructurados. Si bien es cierto, como acabamos de señalar, que no existe una teoría comprensiva sobre las relaciones entre Psicología y Cáncer, también es cierto que, los muchos años de investigación y trabajo de los psicólogos oncológicos han permitido determinar, para algunas temáticas concretas, una serie de criterios y principios que pueden definir “modelos de actuación”. Tal es el caso de los programas estructurados de tratamiento psicológico para enfermos de cáncer o los modelos de información que se han diseñado específicamente para los enfermos oncológicos.

Finalmente enfatizar que todo lo expuesto no son sino objetivos a conseguir por la Psicología Oncológica y que dependen, en parte, de dos elementos estructurales básicos: el apoyo institucional a este campo (tanto a nivel de investigación como de salidas profesionales) y la formación adecuada de los profesionales que vayan a trabajar en el campo de la Psicooncología.

REFERÊNCIAS

- Andersen, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 552-568.
- Andersen, B.L., Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychology*, 49(5), 389-404.
- Andreu, Y. (1998a). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta Tipo C. *Análise Psicológica*, 4(XVI), 569-579.
- Andreu, Y. (1998b). Personalidad Tipo C: Historia y validez del concepto. *Boletín de Psicología*, 59, 75-104.
- Andrykowski, M.A., Brady, M.J., & Henslee-Downey, P.J. (1994). Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosomatic Medicine*, 432-439.
- Auchincloss, S. (1989). Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in Evaluation and Treatment. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 383-413). New York: Oxford University Press.
- Azen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey, Slack: Thorofare.
- Bennett, S.E., Robert, D.A., Osborne, J.M., & Baker, C.A. (1994). Discomfort during mammography: A survey of women attending a breast screening center. *Breast Disease*, 7, 35-41.
- Breitbart, W., & Payne, D.K. (1998). Pain. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 450-467). New York: Oxford University Press.
- Bovbjerg, D.H., & Valdimarsdottir, H.B. (1989). Psychoneuroimmunology: Implications for Psycho-oncology. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 125-134). New York: Oxford University Press.
- Burish, T.G., Carey, M.P., Krozely, M.G., & Greco, F.A. (1987). Conditioned nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioral treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 42-48.
- Burnet, F.M. (1957). Cancer. A biological approach. *British Medical Journal*, 1, 779-786.
- Classen, C., Sephton, S.E., Diamond, S., & Spiegel, D. (1998). Studies of life-extending psychosocial intervention. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 730-742). New York: Oxford University Press.

- Conrada, R.J., Leventhal, H., & O'leary, A. (1990). Personality and Health. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality* (pp. 638-669). New York: Oxford University Press.
- Da-Shih H., & Silberfarb, P.M. (1988). Psychological factors: Do they influence breast cancer? In Cooper (Ed.), *Stress and Breast Cancer* (pp 27-62). New York, Wiley and Sons.
- Durá, E. (1990): *El dilema de informar al paciente de cáncer*. Valencia: Nau Llibres.
- Durá, E., & Garces, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Durá, E., & Ibañez, E. (1987). Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la información en Psicología Oncológica. *Boletín de Psicología*, 16, 7-31.
- Durá, E., & Ibañez, E. (1991). The psychosocial effects of an information program involving Spanish breast cancer women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 45-65.
- Eysenck, H.J. (1985). Personality, Cancer and Cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 535-556.
- Fallowfield, L.J., Rodway, A., & Baum, M. (1990). What are the psychological factors influencing attendance, non-attendance and re-attendance at a breast screening centre?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 547-551.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R., & Morton D. (1990a). A structured psychiatric intervention for cancer patients. 1: Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, F.I., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, J., & Fahey, J. (1990b). A structured psychiatric intervention for cancer patients. 1: Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L., et al. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, Intention, and Behavior*. Addison-Welsey, Readings, Mass.
- Galdón, M.J. (1998). Predictores psicosociales de la utilización del screening del cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 60, 91-107.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Lerman, C., & McGovern, P. (1992). Factors influencing acceptance of mammography: Implications for enhancing worksite cancer control. *American Journal of Health Promotion*, 7, 28-37.
- Gottlieb, B.H. (1988). Social Interventions: A typology and agenda for research. In S.W. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships* (pp. 519-541). New York: Wiley and Sons.
- Greene, W.A. (1954). Psychological factors and reticuloendothelial disease. *Psychosomatic Medicine*, 15, 220-230.
- Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future task. *Psychooncology*, 3, 87-101.
- Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological consideration. *Social Sciences Medicine*, 20, 773-777.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-789.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W., & Haybitte, S. (1990). Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet*, 49-50.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Schmidt, R., & Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.
- Grossarth-Maticek, R., Frentzel-Beyme, R., & Becker, N. (1984). Cancer risk associated with life events and conflict solutions. *Cancer Detection and Prevention*, 7, 201-209.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., & Kanazir, D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Haber, S. (Ed.). (1995). *Breast Cancer: A psychological treatment manual*. (Rev. ed.). New York: Springer.
- Hill, D.R., Kelleher, K., & Shumaker, S.A. (1992). Psychosocial intervention in adult patients with coronary heart disease and cancer: A literature review. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 14(6 suppl.), 28S-42S.

- Holland, J.C. (1989). Radiotherapy. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 134-145). New York: Oxford University Press.
- Holland, J.C. (1992). Psychooncology: Where are we, and where are we going? *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 103-112.
- Holland, J.C. (Ed.). (1998). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Horne, R.L., & Picard, R.S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Ibañez, E. (1984). Reflexiones sobre la relación entre Depresión & Cáncer. *Boletín de Psicología*, 4, 99-117.
- Ibañez, E. (1989). Psicología Oncológica: Un panorama a vuelapluma. In E. Echeburua (Ed.), *El estrés: Problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 95-105). San Sebastián: Servicio Editorial, Universidad del País Vasco.
- Ibañez, E., & Dura, E. (1990). Tratamientos psicológicos específicos para el enfermo oncológico. Una revisión. In E. Ibañez (dir.), *Psicología de la Salud y Estilos de Vida* (pp. 117-129). Valencia: Promolibro.
- Ibañez, E., Romero, R., & Andreu, Y. (1992). Personalidad Tipo C: Una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
- Jacobsen, P.B., Bovbjerg, D.H., Schwartz, M.D., Hudis, C.A., Gilewski, T.A., & Norton, L. (1995). Conditioned emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 108-114.
- Jacobsen, P., & Holland, J.C. (1989). Psychological reactions to cancer. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 117-133). New York: Oxford University Press.
- Janis, I.L., & Feshbach, S. (1953). Personality differences associated with responsiveness to fear-arousing communications. *Journal of Personality*, 23, 154-166.
- Jansen, M.A., & Muenz, L.R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.
- Jensen, M.R. (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Jepson, C., & Rimer, B.K. (1993). Determinants of mammography intention among prior screeners and nonscreeners. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(1), 40-51.
- Johnson, J.E., Lauver, D.R., & Nail, L.M. (1989). Process of coping with radiation therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 358-364.
- Kissen, D.M., & Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-127.
- Kissen, D.M., Brown, R.I.F., & Kissen, M. (1969). A further report on personality and psychological factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.
- Kurtz, M.E., Given, B., Given, C.W., & Kurtz, J.C. (1993). Relationships of barriers and facilitators to breast self-examination, mammography, and clinical breast examination in a worksite population. *Cancer Nursing*, 16(4), 251-259.
- Lerman, C., Rimer, B., Trock, B., Balshem, A., & Engstrom, P.F. (1990). Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Preventive Medicine*, 19, 279-290.
- Lerman, C., & Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among woman at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 28, 145-155.
- Lesko, L.M. (1989). Anorexia. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 434-443). New York: Oxford University Press.
- Levy, S.M., & Wise, B.D. (1988). Psychological risk factors and cancer progression. In Cooper (Ed.), *Stress and Breast Cancer*. New York: Wiley and Sons.
- Levy, S.M., Lippman, M., & D'angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained suppression of natural killer cell activity and predictive prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348-353.
- Massie, M.J., & Holland, J.C. (1989). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 273-282). New York: Oxford University Press.
- Meyer, T.J., & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(2), 101-108.
- Montano, D.E., & Taplin, S.H. (1991). A test of an expanded Theory of Reasoned Action to predict mammographic participation. *Social Sciences and Medicine*, 32(6), 733-741.

- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Morris, T., & Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3(1) Abstrat N°. 102.
- Morrow, G.R. (1984). The assessment of nausea and vomiting. Past problems, current issues and suggestions for future research. *Cancer*, 53, 2267-2278.
- Morrow, G.R., & Dobkin, P.L. (1988a). Biobehavioral aspects of cancer treatment side effects. *Psicosomática y Cáncer. 6º Simposium Internacional del Grupo Europeo para la Investigación Psicosomática del Cáncer*.
- Morrow, G.R., & Dobkin, P.L. (1988b). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: Prevalence, etiology, and behavioral interventions. *Clinical Psychology Review*, 8, 517-556.
- Morrow, G.R., Lindke, J., & Black, P.M. (1991). Anticipatory nausea development in cancer patients: Replication and extension of a learning model. *British Journal of Psychology*, 82, 61-72.
- Nelson, D., Friedman, L.C., Baer, P.E., Montague, L., & Smith, F.E. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 127-141.
- Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S., & Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet*, 1, 750.
- Richardson, J.L., Shelton, D.R., Krailo, M., & Levine, A.M. (1990). The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *Journal of Clinical Oncology*, 8(2), 356-364.
- Rimer, B.K. (1992). Understanding the acceptance of mammography by women. *Annual Behavioral Medicine*, 14(13), 197-203.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services? *Milbank Memorial Foundation Quarterly*, 44, 94-121.
- Rowland, J.H. (1989). Interpersonal resources: Social support. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Schartz, G.E. (1983). Disregulation theory and disease: Applications to the repression/cerebral disconnection/cardiovascular disorder hypothesis". *International Review of Applied Psychology*, 32, 95-118.
- Shaffer, J.H., Duszynski, K.R., & Thomas, C.B. (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: A search for explanatory mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 143-163.
- Simonton, O.C., & Matthews-Simonton, S.M. (1981). Cancer and stress. Conselling the cancer patient. *The Medical Journal of Australia*, 1, 679-683.
- Smith, R.A., & Haynes, S. (1992). Barriers to screening for breast cancer. *Cancer*, 69(7), 1968-1978.
- Spiegel, D. (1992). Effects of psychosocial support on patients with metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 113-120.
- Spiegel, D., & Kato, P.M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harvard Rev. Psychiatry*, 4(1), 10-26.
- Spiegel, D., & Spira, J. (1991). *Supportive-Expressive Group Therapy: A treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer*. Stanford, CA: Stanford University School of Medicine.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14, 888-891.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshok, L., Heller, B.W., Sagebiel, R., Bois, M.S., Sweet, D.M., DiClemente, R.J., & Gold, M.L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Vaile, M., Calnan, M., Rutter, D.R., & Wall, B. (1993). Breast cancer screening services in three areas: Uptake and satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 15(1), 37-45.
- Watson, M. (Ed.). (1991). *Cancer Patient Care. Psychosocial Treatment Methods*. Cambridge: BPS Books and Cambridge University Press.
- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffman, F., Weber, G., & Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1-10.
- Zapka, J.G., Stoddard, A.M., Costanza, M.E., & Greene, H.L. (1989). Breast cancer screening by mamography: utilization and associated factors. *American Journal of Public Health*, 79(11), 1499-1502.