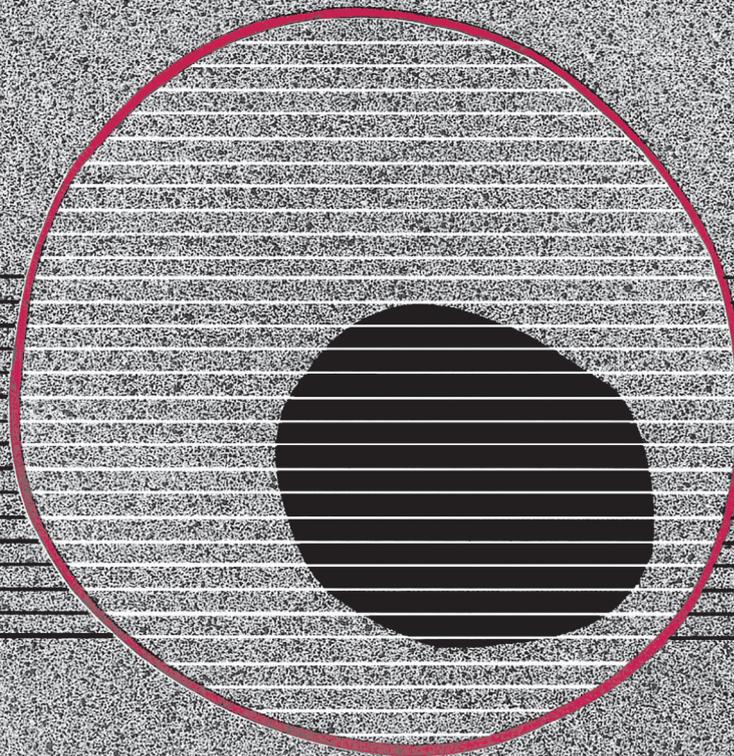


revisiones en

CANCER

TRATAMIENTO DE APOYO EN EL PACIENTE CANCEROSO II

VOL. 14, NÚM. 2, 2000



revisiones en

CANCER

SUMARIO

VOL. 14

NÚM. 2

Tratamiento quirúrgico de las fracturas patológicas. Cirugía de las metástasis vertebrales L. López-Durán Stern, J. L. Cebrián Parra, J. E. Galeote Rodríguez	41
Cuidados del paciente colostomizado F. J. Cerdán	46
La asistencia hospitalaria del enfermo terminal M. González Barón, B. De Las Heras García	53
Intervención psicológica en pacientes de cáncer J. A. Cruzado, F. J. Labrador	63

Tratamiento quirúrgico de las fracturas patológicas. Cirugía de las metástasis vertebrales

L. LÓPEZ-DURÁN STERN, J. L. CEBRIÁN PARRA, J. E. GALEOTE RODRÍGUEZ

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

En el cada vez más amplio espectro el tratamiento de apoyo al paciente canceroso, la atención a la aparición de metástasis óseas y a sus manifestaciones más dramáticas, la fractura patológica y la compresión medular, ocupa un lugar destacado.

El gran avance que ha experimentado el control de la enfermedad oncológica, ha propiciado un aumento en la supervivencia general del paciente y por tanto el diagnóstico de metástasis óseas es ahora más frecuente que hace 25 años.

No solo ha mejorado la expectativa de vida sino la calidad de la misma permitiendo al paciente en muchos casos alterar muy poco sus costumbres y actividades, hasta casi los últimos estadios de la enfermedad. La aparición de una fractura patológica, que viene a ocurrir en el 10% de las metástasis esqueléticas, supone una frontera en una enfermedad, hasta ese momento dominada física y psicológicamente.

Todos los adenocarcinomas pueden metastatizar en el esqueleto, por orden de frecuencia: mama, pulmón, riñón, próstata, aparato digestivo, tiroides, etc. En estos pacientes, evitar una fractura, tratarla precozmente si se produce, y aliviar o resolver una compresión medular, es lo que se pide a la Unidad Oncológica de un hospital moderno. El reto, con las limitaciones propias de esta enfermedad en general y de cada caso en particular, debe afrontarse mediante una estrecha colaboración entre oncólogos y cirujanos ortopédicos.

En la última década, la aparición de nuevos métodos como la PET (Tomografía por emisión de Positrones), y la generalización de la Resonancia Nuclear Magnética, han permitido, no solo un diagnóstico más precoz, sino una mejor planificación quirúrgica.

Los métodos de osteosíntesis dinámica, con clavos intramedulares cada vez más perfeccionados, las endoprótesis y la extensión de los Bancos de Huesos permiten tanto la prevención de fracturas como su resolución

y en determinados casos, la sustitución completa de un hueso, mediante el uso de Aloinjertos.

La cirugía vertebral clásica para descomprimir la médula y estabilizar ha experimentado en la última década un importante avance con la aparición de instrumentales transpediculares de gran versatilidad.

FISIOPATOLOGÍA

En el proceso de formación y reabsorción ósea mediado por los osteoclastos, intervienen diversos factores de activación y regulación. Estos factores pueden ser mecánicos, hormonales, leucocitarios, etc., algunos de los cuales pueden verse afectados por la enfermedad tumoral.

Parece clara la producción por determinadas células tumorales, de Prostaglandina PGE 2, factor de origen osteoblástico que tiene un papel regulador en la formación y en la reabsorción ósea. Estudios *in vitro* con células de tumor de mama, muestran reabsorción ósea directa sin presencia de osteoclastos.

Factores mecánicos directos relacionados con la diseminación hematógica (predominante en las metástasis óseas), así como factores de superficie de las células tumorales, que muestran una hiperadherencia hacia las células rojas de la médula, hacen que los huesos más frecuente y gravemente afectados sean aquellos ricos en médula ósea: Vértebras, (especialmente lumbares), costillas, metafisis proximales de huesos largos y cráneo.

Anatómicamente, las regiones que presentan mayor riesgo de fractura patológica con repercusión funcional son:

- Cuerpos vertebrales (por orden de frecuencia): lumbares, dorsales y cervicales
- Región subtrocantérea del fémur.

—Cadera: tomando como tal, cuello y cabeza del fémur y región pericotiloidea del ilíaco.

—Epífisis y metáfisis proximales del húmero.

Es sabido, que debe existir una destrucción ósea próxima al 50%, para que una metástasis ósea sea visible radiológicamente. Se considera que un hueso corre peligro de fractura cuando se afecta más del 50% de la cortical del mismo y es máximo al llegar al 75%.

DIAGNÓSTICO

Aunque las exploraciones con isótopos siguen siendo un método de elección para detectar la actividad metastásica en cualquier parte del esqueleto y la aparición de la PET puede resultar de gran ayuda para el oncólogo, para el cirujano ortopédico, la RNM es actualmente el método de elección en la planificación quirúrgica, especialmente en la columna vertebral.

La RNM puede reconocer y discriminar la afectación de diferentes compartimentos anatómicos, partes blandas, grandes vasos, masas paravertebrales o invasión intrarraquídea, así como revelar una enfermedad ampliamente diseminada.

El estudio radiológico convencional es imprescindible y debe incluir la totalidad del hueso afecto, los adyacentes y contralaterales.

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PATOLÓGICAS

Los objetivos primordiales en el paciente oncológico son: desaparición o mejoría del dolor y una rápida recuperación funcional, lo más completa posible, así como una corta estancia hospitalaria (Van der Holst 1994). Con estas premisas, el cirujano ortopédico utiliza en ocasiones, métodos de osteosíntesis, implantes o combinaciones de los mismos que pudieran no resultar electivos en pacientes sanos, ni tampoco en la cirugía de tumores óseos primarios.

El hueso metastásico está debilitado o destruido, la reacción osteoblástica, es escasa, produciendo a veces hueso inmaduro, mecánicamente ineficaz y que no llega a adquirir una estructura lamelar. El implante se puede ver obligado a soportar incluso el peso corporal durante todo el tiempo que el paciente sobreviva.

Se tenderá la utilización de clavos intramedulares cerrojados y prótesis cementadas, evitando en lo posible aquellos métodos que se apoyan en la reacción biológica a medio o largo plazo, como placas o aloinjertos. Esto, permitirá evitar encamamientos prolongados que puedan dar lugar a hipercalcemia.

Evitaremos en lo posible la inmovilización con yesos u ortesis que dificulten la rehabilitación precoz, los cuidados de enfermería y el aseo de los pacientes. Debe destacarse además, que ningún método de osteosíntesis es incompatible con la aplicación de radioterapia.

De cualquier modo, el tratamiento debe ser individualizado, en función de la fractura, supervivencia estimada y necesidades funcionales del paciente.

Cuando se requieren grandes reconstrucciones esqueléticas o abordajes agresivos, se valorarán también: el tipo de tumor, los recursos del centro y la experiencia del cirujano en el procedimiento.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS VERTEBRALES

VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA

Se basa fundamentalmente en la expectativa de vida del paciente. Si es menor de tres meses, se debe desestimar o limitar un procedimiento quirúrgico, si bien cada caso debe ser considerado siempre de forma individual, en función del dolor, tipo de fractura y características del enfermo.

En la evaluación preanestésica, se debe atender al grado de afectación hepática y pulmonar. Deberá hacerse una seria prevención transfusional, pues es frecuente un sangrado intenso. Especialmente en casos de hipernefroma puede ser muy difícil la hemostasia.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA

El tratamiento preventivo de una metástasis osteolítica en zona de carga en la que con toda probabilidad se va a producir una fractura, es técnicamente mucho más sencillo que el de la fractura una vez producida, menor el trauma quirúrgico, menor la pérdida hemática y mejor la condición previa del paciente, que además no sufrirá dolor.

Siguiendo los criterios de Harrington (1976), estaría indicada una estabilización profiláctica en el miembro inferior, si se presentan los criterios siguientes:

- Destrucción de la cortical mayor del 50 %.
- Lesión mayor de 2,5 cm. en fémur proximal
- Avulsión del trocánter menor
- Dolor persistente tras la radioterapia

Keene, en un análisis retrospectivo de cánceres de mama de fémur proximal, encuentra ausencia de relación entre tamaño de la lesión y riesgo de fractura. El dolor no aparece como parámetro fiable y las lesiones tanto líticas como blásticas presentan idéntico riesgo de fractura.

Debido a esta controversia, Mirrels ha propuesto un baremo sobre criterios clínicos y radiológicos.

Factores	1	2	3
Localización	Miembro superior	Miembro inferior	Intertrocantéreo
Dolor	Leve	Moderado	Severo
Lesión	Blástica	Mixta	Lítica
Tamaño	<1/3 cortical	>1/3 cortical	2/3 cortical

Puntuación mayor de 8 indicará estabilización profiláctica. Puntuaciones inferiores a 7 permiten considerar tratamientos alternativos con bajo riesgo de fractura (Mirrels 1989).

Antes de realizar la estabilización quirúrgica, evaluar la extensión de la lesión en el hueso afecto pues esto puede comprometer la osteosíntesis. Después, utilizar métodos que protejan la mayor extensión de hueso, poco cruentos y que dando una máxima estabilidad, permitan una rápida movilización y apoyo. En huesos largos, sólo los enclavados intramedulares cerrojados, suelen cumplir estos requisitos.

Cirugía de la columna vertebral

Aproximadamente el 50% de pacientes con afectación metastásica, presentan afectación de la columna vertebral (Schaberg 1985). El planteamiento se modifica aquí por la posible afectación neurológica que se puede presentar. El drenaje venoso de la mama a través del sistema ácigos condiciona una frecuente siembra de metástasis en el raquis torácico. A la hora de plantear un tratamiento, Harrington establece una clasificación:

I. Metástasis sin afectación neurológica

II. Metástasis ósea sin colapso ni inestabilidad

III. Afectación neurológica sin gran afectación ósea

IV. Colapso vertebral mas inestabilidad sin afectación neurológica

V. Colapso vertebral mas inestabilidad con afectación neurológica.

Para este autor, serían claramente quirúrgicos los tipos IV y V.

Más recientemente, Capanna (1999), realiza un estadije de los pacientes para preveer el tipo de cirugía. Divide en 4 clases:

Clase 1: Pacientes con lesión solitaria o con larga expectativa de vida respecto al tumor y a la respuesta al tratamiento adyuvante.

En éstos, el tratamiento sería una cirugía mas agresiva, con exéresis de la lesión y estabilización adecuada con reconstrucción de columnas (artrodesis intersomática, dispositivos en cesto).

Clase 2: Pacientes con compresión medular incompleta a cualquier nivel o completa a nivel cervical y lumbar.

Aquí, se debe realizar descompresión urgente del canal y estabilización de la lesión. El abordaje suele ser anterior en zona cervical, posterior en la lumbar y doble en la torácica.

Clase 3: Casos con riesgo de fractura y/o compresión medular. Según los factores de riesgo se establece un sistema de puntuación, yendo desde la descompresión hasta la actitud mas agresiva con exéresis del tumor, estabilización y reconstrucción.

Clase 4: Pacientes con múltiples lesiones vertebrales sin daño de la médula, pacientes con paraplejia completa a nivel dorsal y pacientes clase 3 con puntuación menor de 3. En ellos, no está justificado el tratamiento quirúrgico.

Pelvis y acetábulo

Tras el raquis, es el segundo lugar de asentamiento metastásico en el esqueleto. Implantes tumorales en

palas ilíacas, articulaciones sacroilíacas o en las ramas no presentan riesgo de fallo mecánico y se tratan con radioterapia. En caso de metástasis solitaria en neoplasia de buen pronóstico se realizaría resección o curetaje extenso de la zona.

Las metástasis en la zona periacetabular suelen asociar dolor severo a un serio riesgo de fracaso mecánico. El tratamiento de elección suele ser la artroplastia con prótesis totales de cadera cementadas, a menudo junto con técnicas de reconstrucción debido a la extensa pérdida ósea. El relleno de defectos se hace con cemento mejor que con injertos óseos. Los defectos en las paredes medial y lateral del acetábulo se refuerzan con anillos, y en ocasiones con clavos de Steinmann. En lesiones muy extensas o tras resecciones muy grandes, una solución es la artroplastia en silla de montar.

En casos concretos de gran afectación pélvica en pacientes con buen pronóstico, se pueden utilizar implantes masivos de hemipelvis o aloinjertos. Son cirugías agresivas de gran dificultad técnica y que pueden presentar un alto índice de complicaciones a corto y largo plazo.

Lesiones metafiso-diafisarias de huesos largos

En fémur, tibia y húmero, la técnica mas utilizada es el enclavado intramedular con clavos cerrojados, con resultados excelentes (Tomé 1998).

Estos clavos permiten estabilizar la totalidad del hueso salvo la zona epifisaria, mediante una técnica cerrada, sin abordar el foco de fractura, evitando la pérdida hemática en un paciente ya deteriorado (Van der Holst 1994, Krawazack 1996). Al no existir herida quirúrgica en el foco metastásico, se puede realizar radioterapia postoperatoria precoz.

El abordaje del foco y relleno con cemento se indican cuando se prevea una mala respuesta a los tratamientos quimioterápicos o en lesiones muy destructivas y dolorosas en las que la osteosíntesis por sí sola resulte insuficiente.

Lesiones epifisarias

Es frecuente la afectación del cuello del fémur produciéndose una fractura subcapital. Una prótesis parcial cementada puede resolver el problema, permitiendo apoyo inmediato con buen control del dolor. Lesiones mas extensas distalmente, pueden requerir prótesis de vástago largo.

Del mismo modo, lesiones en la cabeza del húmero pueden tratarse mediante prótesis cementadas de hombro.

CONCLUSIÓN

El tratamiento profiláctico de una metástasis ósea, requiere una gran capacidad de comprensión por parte del paciente y una indudable voluntad de superación de la enfermedad. La indicación quirúrgica debe establecerse siguiendo criterios objetivos.

El tratamiento precoz de una fractura patológica, especialmente en el miembro inferior, puede evitar dolor y un penoso encamamiento. Los enclavados intramedulares con clavos cerrojados en fracturas diafisarias y las prótesis cementadas en zonas epifisarias, son los métodos de elección.

En el raquis, son indicaciones, la progresión del síndrome neurológico, la inestabilidad y la falta de respuesta a la radioterapia.

Una inmediata rehabilitación es básica desde el día siguiente a la intervención, así como la continuación del programa terapéutico mediante Radio o quimioterapia

Un correcto diagnóstico, una adecuada información y una fluida comunicación entre el Oncólogo y el cirujano Ortopédico, pueden mejorar mucho la calidad de vida de un paciente y ayudarle a superar el dolor y la incapacidad funcional.

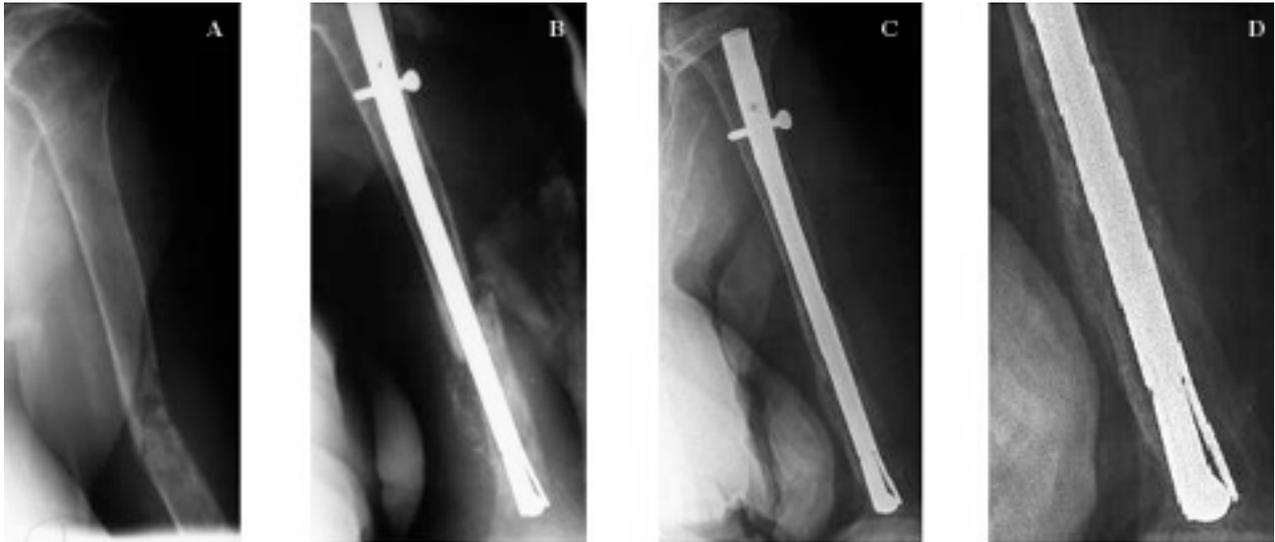


Fig. 1. Paciente de 65 años con fractura patológica por Ca de mama (A). Enclavado con clavo de Seidel (B). Consolidación de la fractura (C y D).



Fig. 2. Paciente con metástasis múltiples y fractura patológica en fémur (A). A los 4 meses de la intervención mediante clavo gamma largo (B).

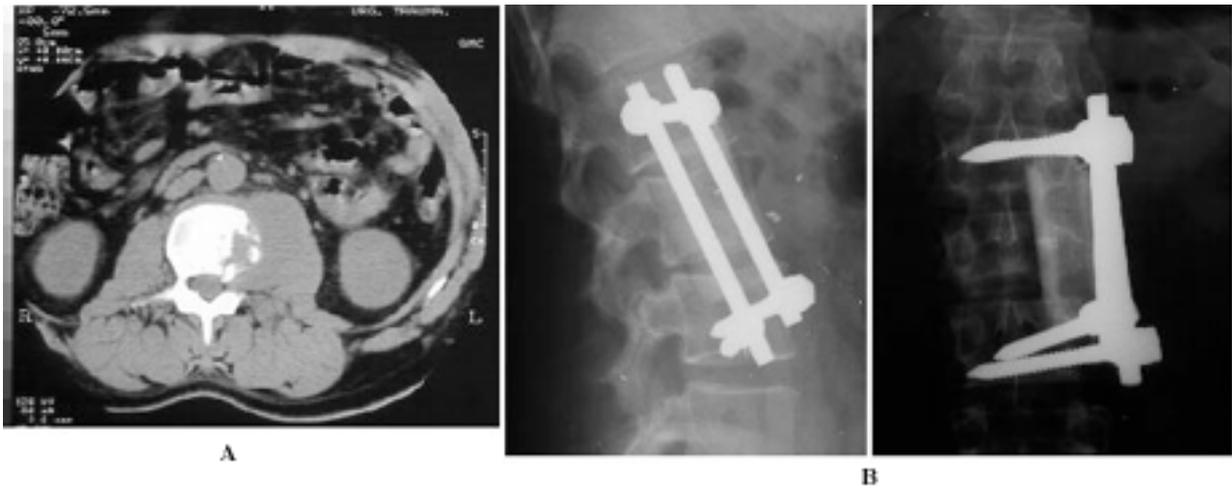


Fig. 3. Metástasis de adenocarcinoma de pulmón en L-2 (A). Abordaje anterior, extirpación de la lesión y artrodesis con aloinjerto de tibia y osteosíntesis (B).

BIBLIOGRAFIA

1. Berettoni BA, Carter JR. Mechanisms of Cancer Metastases to bone. J Bone and Joint Surg. Feb. 1986. 68-A. 308-311
2. Capanna R, Donati D, Masetti C: Effect of electromagnetic fields on patients undergoing massive bone graft following bone tumor resection. A double blind study. Clin. Orthop. 306:213. 1994.
3. Dijkstra S, Wiggers T, Van Geel B, Boxma H : Impending and actual pathological fractures in patients with bone metastases of the long bones. A retrospective study of 233 surgically treated fractures. Eur J Surg. 160. 535-542. 1994.
4. Fidler M. Incidence of fracture through metastases in long bones. Acta Orthop. Scand. 52 623-627. 1981.
5. Gainor BJ, Buchert P. Fracture healing in metastatic bone disease. Clin. Orthop. 1983. 178-297.
6. Haberman ET, Lopez RA., Metastatic disease of bone and treatment of pathological fractures. Orthop. Clin. of NA. July 1989 .Vol. 20. N° 3.
7. Harrington KD. Metastatic disease of the spine. J Bone and Joint Surg. Sept 1986. 68-A. 1110-1115.

Cuidados del paciente colostomizado

F. J. CERDÁN

*Cirugía General y del Aparato Digestivo. Coloproctología. Departamento de Cirugía.
Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid*

INTRODUCCIÓN

La creación de un estoma posiblemente sea la intervención más antigua del tubo digestivo, ya que existe constancia de su utilización por Praxógoras de Kos en el año 350 a. de C.

Con diferente grado de utilización a lo largo de la historia, va a culminar su empleo con la intervención de Miles a comienzos del s. XX y su generalización en el carcinoma colorrectal obstructivo.

Si bien durante mucho tiempo el sujeto ostomizado quedaba prácticamente abandonado a su suerte, la mejora de la asistencia sanitaria en todos los sentidos, condicionó la movilización de los recursos necesarios para prestar a estas personas la ayuda pertinente.

A partir de 1950 comienza la consideración integral e individualizada del sujeto ostomizado, insistiéndose en los cuidados específicos del estoma, surgiendo en 1953 las primeras clínicas especializadas en estos cuidados.

Elise Sorensen, en 1954, sugiere la utilización de bolsas autoadhesivas desechables, cuyos materiales han ido perfeccionándose hasta la actualidad. Esto condujo a la creación de especialistas, el estomaterapeuta, con la finalidad de proporcionar una ayuda o control integral del sujeto colostomizado mediante programas continuados, con mayor o menor asiduidad, durante toda la vida, que en colaboración con cirujano, psiquiatra y sociólogo, contribuyen a proporcionar a estas personas la mejor calidad de vida posible (1-4).

La causa fundamental del establecimiento de una colostomía es el cáncer de recto en su localización distal.

Si bien es cierto que durante los últimos 20 años se ha incrementado de forma ostensible la cirugía resectiva con conservación de esfínteres, incluso para tumores situados en el tercio distal del recto (5,6), no es menos cierto que la colostomía continúa siendo un recurso

absolutamente necesario, bien como procedimiento definitivo tras una amputación abdomino-perineal o por tumor irreseccable, o bien como solución temporal de desviación de heces ante un tumor obstructivo o como protección de una anastomosis tras efectuar la resección tumoral.

La mejor preparación técnica y cobertura antibiótica, la generalización de la alimentación parenteral, la posibilidad de preparación cólica peroperatoria, la implantación de prótesis endoluminales autoexpansibles (7-9) y la tendencia a realizar ileostomías derivativas (10), han ocasionado que las colostomías temporales sean cada vez menos utilizadas.

Por otra parte, como su propio nombre indica, constituyen un procedimiento temporal, y en consecuencia, nuestra dedicación a este estudio debe ser limitada.

Será, por tanto, la colostomía terminal (CT) definitiva la que ocupe nuestra atención, considerándolo un tema de trascendental importancia, ya que no podemos olvidar que, una vez resuelto el problema oncológico, el paciente se enfrenta a una situación absolutamente nueva. Su evacuación se va a producir por medio de un orificio realizado en la pared abdominal a través del cual se exterioriza un asa intestinal, sin ningún mecanismo de continencia.

En torno a esta nueva situación va a girar de forma casi exclusiva la confortabilidad y calidad de vida de este sujeto. Es por esto que tanto la construcción de una colostomía como sus cuidados posteriores deben proporcionar una situación lo más próxima posible a la normalidad: que el sujeto colostomizado no considere su colostomía como una carga limitante en diferentes aspectos de la vida, sino que aprenda a llevarla como una "normalidad" diferente.

La consecución de esta situación dependerá de una correcta realización técnica y una estrecha colaboración cirujano/estomaterapeuta que controlen el manejo y

evolución posterior del estoma para efectuar las recomendaciones adecuadas en cada caso.

Por otra parte, la contribución de las casas comerciales mediante el diseño de nuevos productos que vayan obviando los inconvenientes que ineludiblemente se presentan, constituye otro aspecto trascendental.

De esta introducción se deduce que el cuidado o atención al colostomizado exige una dedicación permanente, comenzando desde antes de la construcción del estoma.

Así pues, vamos a contemplar los siguientes aspectos:

- I. Preparación preoperatoria.
- II. Construcción de la colostomía.
- III. Control del paciente colostomizado.
- IV. Complicaciones de la colostomía.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Dos aspectos son dignos de mención:

1. *Preparación psicológica.* El paciente debe saber antes de la intervención que cabe la posibilidad de una colostomía definitiva.

¿Cuándo debe comunicársele?. Este es un problema que siempre nos ha preocupado. Durante cierto tiempo intentamos mentalizar al paciente desde varios días antes de la intervención. En nuestra experiencia, estos días fueron angustiosos, pues a la preocupación de tener que ser sometido a una intervención importante, se unía la angustia de precisar llevar “una bolsa”. Y no hemos de olvidar que, en muchos casos, se trata de una mera posibilidad y que la decisión definitiva la estableceremos en el momento de la intervención; y por tanto, hemos provocado una sobrecarga emocional y sufrimiento en un porcentaje elevado de casos en los que posteriormente no ha sido necesario el estoma.

Por esta razón, desde hace años, adoptamos la decisión de explicar al enfermo la situación el día previo a la operación. En unión de la enfermera estomaterapeuta hablamos con el paciente y con los familiares, dándole la siguiente orientación: la necesidad de extirpar su lesión, que puede acarrear la alteración de los mecanismos que determinan la continencia.

Es preciso insistir sobre la normalidad de su vida futura en el orden personal, familiar y social, lo que contribuirá a superar una eventual sensación de rechazo.

Esta actitud nos proporciona resultados sumamente satisfactorios. En cualquier caso, sea cual sea el momento elegido, lo imprescindible es informar al enfermo, resultando sorprendente el elevado número de pacientes que son colostomizados sin haber recibido ninguna explicación previa.

2. *Ubicación del estoma.* No analizaremos aquí la sistemática de su realización. Simplemente resaltar que, ante la posibilidad de implantar una colostomía, es absolutamente necesario seleccionar el punto más adecuado en cada paciente y señalarlo con material imborrable en el momento de preparar el campo quirúrgico.

Con este proceder, no sólo se proporciona un manejo más confortable por parte del paciente, sino que el número de complicaciones de otro orden disminuye (11-12). De

esta manera llegará a desaparecer la mención, dentro de las complicaciones de la colostomía, de la “mala localización”.

CONSTRUCCIÓN DE LA COLOSTOMÍA

No constituye el objetivo de este trabajo resaltar los aspectos técnicos de la construcción de una colostomía. No es baldío, sin embargo, insistir en una meticulosa elaboración. De ello van a depender, en gran medida, las posibles complicaciones inmediatas y tardías que al margen de la influencia sobre la confortabilidad del paciente, su resolución implica una morbimortalidad nada desdeñable.

Es evidente que la realización de la colostomía constituye el último paso de una gran intervención, a veces prolongada, laboriosa y tensa. Pero ello no justifica que se encomiende, como se comenta frecuentemente, a un cirujano en fase de formación y no familiarizado con una técnica correcta, que por otra parte, no es nada difícil.

Así pues, a la construcción de la colostomía hay que concederle la importancia de una gran intervención.

CONTROL DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO

El objetivo de este control debe ser, como hemos dicho, conseguir una máxima “normalidad” ante la nueva situación del paciente.

¿Cuáles son los aspectos fundamentales de esta nueva situación?. Indudablemente la emisión de heces y gases de forma descontrolada a través de la colostomía y lo que ello comporta de producción de ruidos y olor. En definitiva, una situación de incontinencia que obliga a recoger los efluentes en un dispositivo aplicado a la colostomía. Estos dispositivos, a su vez, pueden ser origen de irritaciones o alergias que sobreañaden nuevos inconvenientes locales a estos sujetos.

Por otra parte, es importante diagnosticar posibles complicaciones de la colostomía para instaurar el tratamiento más conveniente.

Para cumplir del modo más satisfactorio este cometido, consideramos imprescindible la existencia de Unidades de Ostomía, en las que la estrecha colaboración entre cirujanos y especialistas en estomaterapia ofrezcan la máxima ayuda a estas personas (4), ayuda que, de forma resumida, podemos concretar en tres aspectos:

- Recomendaciones de orden general.
- Cuidado local de la colostomía.
- Intento de continencia o control de la evacuación.

A) RECOMENDACIONES DE ORDEN GENERAL

En una colostomía terminal, las primeras deposiciones se van a producir a partir de las 48-72 horas de la intervención. Durante estos primeros días los cuidados van a depender del personal de enfermería. Si durante este plazo no se produce evacuación, puede ser reco-

mendable efectuar un tacto suavemente para descartar excesiva compresión del asa intestinal a cualquier nivel de la pared abdominal. Este mero gesto, en ocasiones, provoca la expulsión inmediata de heces y gases.

Si existiera todavía la sensación de distensión abdominal y sobre todo náuseas y vómitos, se retrasará la ingesta, manteniendo la fluidoterapia hasta el establecimiento de un buen tránsito intestinal y evacuación por la colostomía. En casos de gran distensión, puede ser recomendable aspiración nasogástrica.

A partir del 5°-7° día, si el paciente se encuentra capacitado, debe aprender a manejar y controlar su estoma de forma definitiva. Durante este periodo se le mostrará todo el armamentario existente para que, paulatinamente, vaya seleccionando. De la misma manera, se irá informando sobre las posibilidades de control de la evacuación mediante la irrigación y dispositivos especiales, de los que hablaremos posteriormente, para que pueda utilizarlos en el momento que localmente sea posible y sus condiciones generales lo aconsejen.

Es importante el aprendizaje de la colocación y retirada de los dispositivos y limpieza de la piel de la colostomía, de tal manera que se evite la aparición de irritaciones molestas. Si se produjesen, recomendar la utilización de pastas o placas especiales que protegen en este sentido.

Importancia especial va a tener el tipo de alimentación y su influencia sobre los aspectos perjudiciales comentados: olor, ruidos, gases e irritación.

En este sentido, cada sujeto tiene sus condicionamientos especiales a los que debe adaptarse. Tras un comportamiento inicial un tanto irregular, paulatinamente se va normalizando el ritmo intestinal, llegándose a efectuar una o dos evacuaciones diarias, habitualmente en relación con alguna de las comidas, respondiendo en líneas generales a lo que acontece en condiciones normales.

Idealmente hemos de pretender que el paciente consiga unas heces consistentes, mínima producción de gases y a ser posible, sin olor. Evitar las legumbres, frutas frescas, cebollas, comidas "picantes" o muy condimentadas, productos lácteos, bebidas carbonadas y alcohólicas, así como la deglución de aire durante la ingesta, contribuirá en este sentido, sin olvidar que, en definitiva, hay que buscar una adaptación individual.

Con relación al olor, alimentos como el yogur, perejil y mantequilla, parece que lo reducen, existiendo también productos farmacéuticos clorofilados que persiguen eliminarlo, aunque su efecto es muy difícil de valorar.

Los medicamentos astringentes o laxantes pueden ser recomendados de acuerdo con las características individuales de cada paciente. Igualmente es preciso interesarse por la posible alteración de la capacidad sexual, analizar sus causas y prestar la ayuda necesaria para conseguir que se aproxime a la existente antes de la operación, sin olvidar que durante la amputación abdomino-perineal se pueden producir lesiones del sistema nervioso autónomo, que condicionarán cierto grado de alteración e incluso, en porcentajes variables, impotencia absoluta en el varón (13,14).

Por último, la atención a posibles alteraciones psicológicas derivadas de la colostomía es preceptiva, con el fin de prestar la ayuda correspondiente, lo cual puede hacerse extensivo, en ocasiones, a las personas que conviven con el portador del estoma.

B) CUIDADO LOCAL DE LA COLOSTOMÍA

Es necesario desde el principio mostrar los dispositivos de más fácil manejo para no crear temor y desconfianza. Enseñar las maniobras de cambio de dichos dispositivos y cuidados de la piel periestomal será el mejor procedimiento para evitar irritaciones y dermatitis molestas, a veces difíciles de solucionar (15).

Quizá la recomendación fundamental sea no traumatizar la piel, ni físicamente con frotados bruscos o despegamientos frecuentes de los dispositivos, ni químicamente, utilizando detergentes, alcohol u otros productos irritantes, siendo aconsejable el agua limpia o jabón neutro, sin esencias.

La consulta inmediata, en caso de que surjan, será otro de los preceptos a inculcar, para conseguir una más rápida curación.

C) INTENTO DE CONTINENCIA O CONTROL DE LA EVACUACIÓN

Es evidente que si el máximo inconveniente de una colostomía lo constituye la emisión incontrolada de heces, gases, ruidos y olor, lo que supone la necesidad de utilizar dispositivos para la recogida de estos efluentes, la máxima preocupación del cirujano desde que se generalizó la amputación abdomino-perineal por cáncer de recto o ano, haya sido intentar conseguir lo que se denomina, a mi modo de ver de forma incorrecta, una colostomía continente.

No existe por el momento ningún procedimiento quirúrgico ni instrumental que reproduzca satisfactoriamente los complejos mecanismos de la continencia. Sin embargo, es innegable que sí podemos ofrecer por diferentes métodos un cierto control de la evacuación, a veces casi sumamente perfecto, con los que se consigue una situación próxima a la "continencia". Entre los procedimientos descritos destacamos los siguientes: colostomía magnética propuesta por Feustel y Henning (16,17), implantación de prótesis hinchables (18,19), anillos siliconados (20) o músculo liso (21) y biofeed-back (22).

Sin embargo, ninguno de estos sistemas han conseguido una amplia difusión, pues los inconvenientes que presentan la mayoría superan con creces las ventajas, que en este caso son el nivel de continencia logrado (23).

Dejamos para comentar, por último, los dos sistemas que están ofreciendo los mejores resultados: la irrigación (24-27) y el sistema de obturador desechable (28-30).

Mediante la irrigación, utilizando un aparataje especialmente diseñado para ello, el paciente provocará la evacuación en el momento apetecido, normalmente

cada 24-48 horas, aunque tenemos pacientes que la efectúan incluso cada 72 horas. Posteriormente muchos sujetos pueden ir incluso sin colector, aunque es difícil de eliminar como mecanismo de protección. A pesar de provocar el vaciado de heces, no puede eliminarse la existencia ocasional de expulsión de gases, y por tanto, ruido y olor.

Evidentemente supone un procedimiento que proporciona una limpieza voluntaria y un alto nivel de confortabilidad. No obstante, requiere una cierta capacitación por parte del sujeto (lo que obliga a una adecuada selección), su práctica consume alrededor de una hora y precisa unos medios ambientales de los que no todo el mundo dispone. De aquí que el nivel de aceptación varía ostensiblemente de unas series a otras.

Posiblemente, al margen de condicionamientos personales, este nivel de aceptabilidad esté en función de la motivación que el cirujano y su equipo sean capaces de inculcar en el paciente. En cualquier caso, somos partidarios de enseñarlo a nuestros enfermos seleccionados desde el postoperatorio inmediato (10º-12º día), para que desde el principio se familiaricen con la técnica. La decisión de adoptarla o mantenerse con la evacuación espontánea la tomará el propio sujeto cuando haya tenido tiempo de comprender sus ventajas e inconvenientes.

Y el segundo sistema que nos parece digno de mención es la utilización del obturador desechable de la colostomía (28-30). En esencia, consiste en un cilindro blando y flexible de espuma de poliuretano comprimida mediante una película de alcohol polivinilo y soluble en agua. Al ser introducido en la colostomía, este cilindro se expande, adaptándose a las paredes del intestino, impidiendo la salida de heces. Dispone de un filtro de carbón activado que permite la salida de gases sin provocar ruido ni olor.

La implantación es sumamente fácil y el sujeto colostomizado lo puede llevar confortablemente un número variable de horas (Fig. 1).

Es un sistema que no requiere ningún mecanismo quirúrgico especial, no ocasiona complicaciones y puede ser aplicado fácilmente por cualquier persona, por lo que nos parece absolutamente recomendable. Tras su ensayo, el paciente decidirá personalmente la conveniencia o no de su uso. Cualquiera que sea el porcentaje

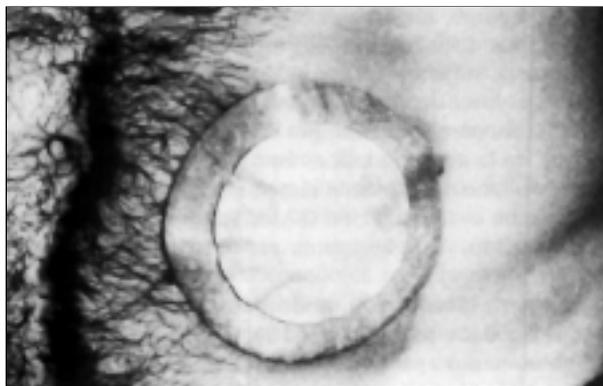


Fig. 1. Obturador desechable de una pieza implantada.

al que pueda beneficiar, nos parece un sistema a tener en cuenta, ya que no se ha apreciado ningún efecto secundario y los sujetos que lo adoptan consiguen un elevado control de su evacuación.

Una vez experimentados ambos sistemas, un número de pacientes lo utiliza conjuntamente; otra proporción de ellos se adscriben al uso por separado de irrigación o del obturador; y finalmente, otro grupo de ellos no se adapta a ninguno de estos procedimientos y se mantiene con los dispositivos convencionales. En definitiva, con arreglo a su experiencia, deciden aquel sistema que les proporcionará una mayor calidad de vida.

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMÍA

Como hemos advertido previamente, dentro de los cuidados del paciente con colostomía, es necesario diagnosticar la existencia de complicaciones para instaurar las medidas conservadoras que se consideren oportunas o bien proceder a su tratamiento quirúrgico.

Se dividen estas complicaciones en inmediatas y tardías (Tabla I) (31-33).

Dentro de las complicaciones inmediatas, el edema, mencionado por la mayor parte de los autores, puede considerarse normal, ya que se presenta durante los primeros días en la mayor parte de estomas, para ir desapareciendo paulatinamente.

El resto, posiblemente, nunca o casi nunca deberían presentarse, y no es exagerado afirmar que pueden ser atribuidas a deficiencias técnicas en su construcción. No obstante, es necesario estar prevenido ante su eventual aparición.

—La necrosis del extremo distal del estoma es secundaria a una insuficiencia vascular, ya sea como resultado

TABLA I

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMÍA TERMINAL

A) Inmediatas*

1. Necrosis
2. Desunión parcial muco-cutánea
3. Hundimientos
4. Hemorragia
5. Infección
6. Edema

B) Tardías

1. Hernia paracolostómica
2. Estenosis
3. Prolapso
4. Retracción
5. Infección, fístula, absceso
6. Granulomas
7. Fístulas
8. Tumores (recidiva, metástasis, T. metacrónico)
9. Dermatitis periestomal
10. Yatrógenas

Modificado de 25-27.

de obstrucción venosa y posterior éstasis e isquemia, o bien como consecuencia de riego arterial inadecuado.

Se presenta dentro de las primeras horas de la operación y es siempre evidente a las 48 horas.

Es necesaria la revisión endoscópica de los últimos centímetros del colon. Si la necrosis afecta exclusivamente a los milímetros terminales, puede adoptarse una postura expectante. Pero si se extiende a todo el colon extraperitoneal, la reintervención es necesaria, sobre todo en pacientes obesos. Se efectuará una nueva movilización del colon y meso hasta conseguir un segmento perfectamente vascularizado que permita una anastomosis mucocutánea sin tensión.

Cuando se han adoptado medidas conservadoras, es habitual la evolución hacia una estenosis, que posteriormente requerirá reparación.

—El hundimiento o desaparición de la colostomía es debido a la excesiva tensión existente en la unión mucocutánea, y por tanto, evitable.

Si la desaparición es total, obliga a la reintervención inmediata. Si es parcial, puede valorarse la actitud expectante, aunque con riesgo posterior de estenosis.

—La hemorragia es excepcional. Puede deberse a algún vaso del meso exteriorizado, de mucosa o de submucosa, sobre todo en pacientes con hipertensión portal. Debe solucionarse con compresión selectiva mediante una torunda empapada en adrenalina, o en casos excepcionales, mediante electrocoagulación o aplicación de un punto hemostático.

—Finalmente, los abscesos pericostómicos pueden solucionarse mediante drenaje realizado a distancia de la colostomía, para no dificultar la aplicación de los dispositivos. Su origen suele estar en la fijación aponeurótica a la pared del colon exteriorizado, con puntos excesivamente profundos. Si se sigue esta norma, dichos puntos deben darse a colgajos epiplóicos o muy superficiales en pared cólica. En periodos tardíos han sido descritos como consecuencia de perforaciones tras irrigación o exploraciones diagnósticas.

—De las complicaciones tardías, tal vez la más frecuente sea la hernia paracolostómica, sobre todo si el colon se ha exteriorizado a través de los oblicuos, lateral al recto anterior del abdomen, o porque la apertura aponeurótica haya sido excesivamente amplia. Aunque la estrangulación o encarceración son excepcionales, sí que pueden plantear problemas de evacuación, imposibilidad para realizar la irrigación o dificultad de aplicación de los dispositivos habituales u obturadores. En estos casos, la reparación quirúrgica está indicada (34) (Fig. 2).

Dicha reparación puede realizarse mediante cierre directo del fallo aponeurótico o mediante la implantación de una prótesis, aunque ello incrementa el riesgo de infección de la pared (34,35). Esta reparación directa nos ha proporcionado resultados satisfactorios en todos los casos en que la hemos llevado a cabo, precisándose preparación cólica y profilaxis antibiótica adecuadas.

Algunos autores recomiendan la transposición del lugar de la colostomía para efectuar una buena reparación, lo cual, si bien en determinados casos puede ser necesario, parece injustificado su utilización de forma sistemática.

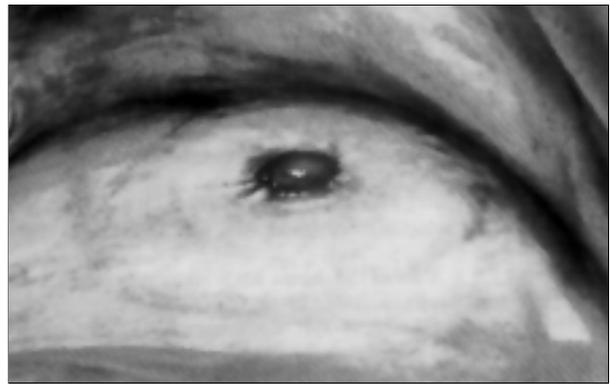


Fig. 2. *Hernia paracolostómica.*

En hernias menores, que apenas produzcan trastornos funcionales, el empleo de fajas especiales o cinturones con soporte rígido, a veces diseñados por el propio paciente, puede ser suficiente.

—La estenosis es otra complicación relativamente frecuente, generalmente localizada a nivel de la piel. Grados severos pueden ocasionar verdaderos cuadros de obstrucción intestinal y por tanto requerirán reoperación, con extirpación del anillo fibroso y movilización intestinal para poder crear una nueva anastomosis mucocutánea sin tensión.

A veces la estenosis se produce a nivel de la fascia profunda. En ambos casos la reparación suele ser posible mediante anestesia local. Cuando la estenosis no es muy llamativa puede ser suficiente la dilatación digital por parte del paciente.

—El prolapso en las colostomías terminales es sumamente infrecuente. Si es de pocos centímetros puede reducirse manualmente, con repercusión funcional escasa. En casos más pronunciados (hasta 20-30 cm), es preciso repararlos quirúrgicamente por el riesgo de ulceración y hemorragia que se produce en el segmento prolapso y la posibilidad, aunque remota, de estrangulación, unido, naturalmente, a la dificultad de manejo que conlleva (Fig. 3).

El tratamiento consiste en extirpación del segmento prolapso y fijación del meso, pues de lo contrario la recidiva es frecuente. Si el orificio aponeurótico es excesivamente amplio debe reducirse. A veces se requiere la transposición del estoma.

—La retracción en periodo tardío es también infrecuente en las colostomías, aunque puede presentarse por serositis de la pared cólica o por incremento ostensible del peso del paciente.

Ocasionalmente puede producirse una infección periostomal, manifestada en forma de fístula o absceso que requerirá drenaje quirúrgico.

La aparición de granulomas inflamatorios de cuerpo extraño, nódulos fibroproductivos o pseudópodos, obligan fundamentalmente al diagnóstico diferencial con recidivas tumorales. Suelen responder bien al tratamiento médico. Sin embargo, en determinadas ocasiones aparece una verdadera neoplasia (recidiva, metástasis o tumor metacrónico) susceptible de nueva



Fig. 3. Prolapso de colostomía.

resección, obligando a una transposición de la colostomía.

Finalmente, las dermatitis o irritación cutánea van a ser sumamente frecuentes y de diferente naturaleza: dermatitis de contacto, infecciosas, decúbitos etc., provocadas por el contacto de la piel con los efluentes o con los dispositivos utilizados (Fig. 4).

El control periódico por parte del estomaterapeuta y la advertencia al paciente de su posible aparición, proporcionarán un diagnóstico temprano, permitiendo una mayor efectividad terapéutica, que puede consistir, simplemente, en un cambio de dieta que modifique la cantidad de los efluentes o variación de los dispositivos empleados.

En casos específicos se requerirá medicación, al margen de pastas o placas protectoras que permitan una buena adaptación del colector en la piel lesionada (36).

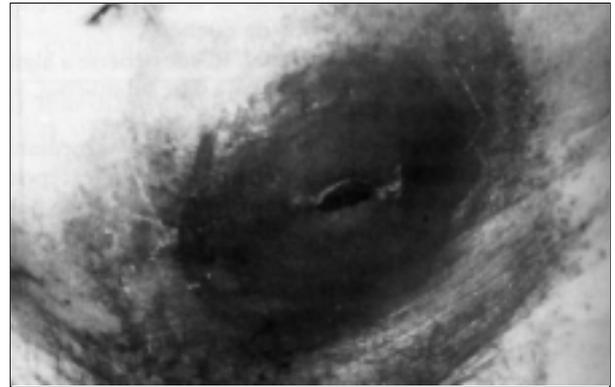


Fig. 4. Dermatitis intensa en una colostomía de localización inadecuada.

COLOSTOMÍAS TEMPORALES

La más utilizada es la colostomía “en asa”. Se establece como procedimiento de derivación ante obstrucciones de colon izquierdo y recto o como protección de anastomosis, aunque cada vez se instaura de manera más excepcional. No obstante, existen situaciones en las que puede ser aconsejable su utilización (37).

El manejo es más incómodo que el de la colostomía terminal debido a que las heces son más fluidas, abundantes, malolientes y sin ritmo definido, por un lado, y por otro a la frecuencia del prolapso, fundamentalmente del lado eferente, siendo difícil la reducción.

Los cuidados durante el tiempo que permanezca dicha colostomía serán dirigidos de manera especial a proteger la piel, mucho más traumatizada por las características de las heces.

Respecto al cierre, consideramos que debe efectuarse a partir de las seis semanas de realizada, previa resolución del problema distal que la ha justificado. El conceder la oportuna importancia a dicho cierre es absolutamente necesario si se quiere evitar la elevada morbimortalidad que ha sido descrita en algunas series (38-40).

En definitiva, podemos concluir diciendo que la colostomía (su realización y control posterior), adquiere una trascendental importancia y merece que se le preste la suficiente atención por todas las personas implicadas, entendiendo que la estrecha colaboración de cirujanos colorrectales y especialistas en estomaterapia es el procedimiento ideal para proporcionar a estos pacientes la adecuada calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benfield J, Fowler E y Barret P: Enterostomal therapy. Arch Surg 1973; 107: 62-65.
2. Rowbotham JL: Advances in rehabilitation of stoma patients. Cancer 1975; 36: 702-704.
3. Winkler R: Stoma therapy. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1986: 2-6.
4. Cerdán FJ: ¿Por qué es necesario el estomaterapeuta?. Monografías en Coloproctología. Ed. Prous S.A. Barcelona, 1996: 6-11.
5. Cerdán FJ, Cantero R, Martínez S, Torres-Melero J, González O, Sanz M y Balibrea JL: Técnica de doble grapado en anastomosis colorrectales. Cir Esp 1996; 59: 224-226.
6. Cerdán FJ: Resección local del cáncer de recto. Cir Andal 1997; 8: 413-420.
7. Tejero E, Mainar A, Fernández R, Tobío R y De Gregorio M: New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1158-1159.

8. Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J y Tukare M: Stent endoprosthesis for obstruction colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 552-555.
9. Fernández R, Pinto I, Tejero E, Paul L, Fradejas JM, Montes C, Fernández L, Moreno M y Lozano R: Walstent como tratamiento paliativo definitivo en la obstrucción colorrectal por neoplasias avanzadas. *Cir Esp* 1999; 66: 293-296.
10. Fasth S y Hulten L: Loop ileostomy a superior diverting stoma in colorectal surgery. *World J Surg* 1984; 8: 401-407.
11. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, y Abcarian H: Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 440-443.
12. De Miguel M, Ortiz H, Armendáriz P, Chocarro C, López E y Petri M: Importancia de una correcta elección de la localización de los estomas. Resultados de una encuesta. *Cir Esp* 1994; 55: 37-38.
13. Young CH: Sexual implication of stoma surgery. *Clin Gastroenterol* 1982; 1: 383-389.
14. Martínez MC, Mercader J, Hernández J y Olmos L: La sexualidad del paciente ostomizado. *Rev Esp Enf Digest* 1990; 78: 210-214.
15. Winkler R: Care of the stoma. En Winkler R. *Stoma therapy*. Ed. G.T. Verlag. Stuttgart, 1986:20-33.
16. Feustel H y Henning GR: Kontinente Kolostomie durch magnetverschluss. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1975; 100: 1063-1064.
17. Khubchandani IT, Trimpi HD, Sheets JA, Stasik JJ y Balcavage CA: The magnetic stoma device: a continent colostomy. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 344-350.
18. Hesblum M y Cordoba A: An artificial sphinter:A preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1982; 21: 562-566.
19. Bencini C: Obtención de la continencia de la colostomía mediante un nuevo aparato hinchable. *Colo-Proctology* 1986; 2: 224-228.
20. Prager E: The continent colostomy. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 235-237.
21. Schmidt E: The continent colostomy. *World J Surg* 1982; 6: 805-809.
22. Reboa G, Frascio M, Zanolla R, Pitto G y Riboli EB: Biofeedback training to obtain continence in permanent colostomy. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 419-421.
23. Ortiz H, Martí J y Voltas J: Colostomías convencionales o colostomías continentes. *Cir Esp* 1989; 45: 235-238.
24. Laucks SS, Mazier WP, Milson JW, Buffin SE, Anderson JM Warwick MK y Surrell JA: An assessment of colostomy irrigation. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 279-282.
25. Viso L, Beatobe J y Galofre M: ¿Puede un paciente colostomizado controlar su estoma?. *Rev Esp Enf Digest* 1988; 74: 541-542.
26. Dini D, Venturini M, Forno G, Bertelli G y Grandi G: Irrigation for colostomized cancer patients: A rational approach. *Int J Colorect Dis* 1991; 6: 9-11.
27. Cerdán FJ, Campo J, Caparrós M^R, Cascón A, Talavera P, González O y Balibrea JL: Aceptabilidad de la irrigación en pacientes colostomizados. *Cir Esp* 1998; 64 (Supl. I): 140-141.
28. Burcharth F, Ballan A, Kylberg F y Rasmussen SN: The colostomy plug: A new disposable device for a continent colostomy. *Lancet* 1986; 2: 1062-1063.
29. Cerdán FJ, Campo J, Díez M y Balibrea JL: Colostomía continente mediante obturador desechable. *Colo-Proctology* 1989; 5: 57-62.
30. Cerdán FJ, Díez M, Campo J, Barbero M^A y Balibrea JL: Continent colostomy by means of a new one-piece disposable device. Preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 886-890.
31. Winkler R: Stoma Complications. En Winkler R: *Stoma therapy*. Ed. G.T. Verlag. Stuttgart 1986: 34-68.
32. Ortiz H, Haracopos C y Foulkes B: Complicaciones de los estomas digestivos de evacuación. En Ortiz H, Martí J y Foulkes B: *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. Jims. Barcelona, 1989. Pags 187-213.
33. Campo J, Barbero M^A y Cerdán FJ: Complicaciones en colostomías definitivas. *Enfermería Científica* 1991; 114: 4-6.
34. Leslie D: The parastomal hernia. *Surg Clin North Am* 1984;64:407-415.
35. Thorlakson RH: Technique of repair of herniation associated with colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120: 347.
36. Hoogland H, Ribera M, Bolrdas X y Ferrándiz C: Problemas dermatológicos de los estomas y su tratamiento. En Ortiz H, Martí J y Foulkes B: *Indicaciones y cuidados de los estomas*. EWD. Jims. Barcelona, 1989. Pags. 327-336.
37. Karanjia ND, Corder AP, Holdsworth PJ y Heald RJ: Risk of peritonitis and fatal septicaemia and the need to defunction the low anastomosis. *Br J Surg* 1991; 78: 196-198.
38. Rosen L y Friedman IH: Morbidity and mortality following intraperitoneal closure of transverse loop colostomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 508-512.
39. Garber HI, Morris DM, Eisenstat TE, Coker DD y Annous MO: Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 464-470.
40. Cerdán FJ, Balsa T, Torres-Melero J, García M^A C, Díez M y Balibrea JL: Complicaciones del cierre de Colostomía. *Cir Esp* 1994; 56: 218-220.

La asistencia hospitalaria del enfermo terminal

M. GONZÁLEZ BARÓN, B. DE LAS HERAS GARCÍA

Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario "La Paz". Universidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

La Medicina Paliativa en su concepción actual nace, principalmente, por el movimiento anglosajón del "Hospice", en reconocimiento a la problemática del enfermo oncológico terminal. Dada las características del paciente con cáncer avanzado, es en torno a él donde se ha desarrollado de forma principal este movimiento, aunque no puede considerarse exclusivamente suyo (1), ya que también los enfermos de patologías crónicas, insuficiencia cardíaca en fase terminal, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, patologías neurológicas degenerativas, demencias, SIDA, etc., son subsidiarios de recibir una atención de Cuidados Paliativos (2).

La OMS (3) define los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo su meta principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. Sus objetivos son:

1. Alivio del dolor y otros síntomas.
2. No alargar ni acortar la vida.
3. Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
4. Reafirmar la importancia de la vida.
5. Considerar la muerte como algo normal.
6. Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
7. Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento sintomático y de soporte del enfermo oncológico no es incompatible con los tratamientos específicos antitumorales, con intención curativa o de aumento de la supervivencia, esto es, van a poder coexistir durante las diferentes etapas de la evolución de la enfermedad neoplásica (1). De hecho la *Oncología Paliativa comienza desde el momento del diagnóstico de la neoplasia*. La figura 1, nos muestra las relaciones entre los

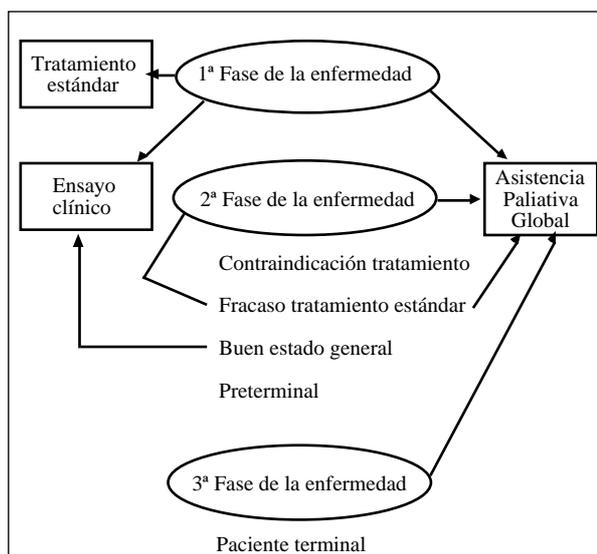


Fig. 1.

diferentes tratamientos y las fases de la enfermedad neoplásica. No obstante, la medicina sintomática y de soporte adquieren toda su importancia cuando se llega a la fase terminal de la enfermedad, una vez que ya no se puede ofrecer al paciente un tratamiento curativo (4), esto es cuando existe un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo (expectativa de vida inferior a dos meses) (5).

Los criterios diagnósticos que definen la fase terminal de la enfermedad o más correctamente en Oncología "enfermedad neoplásica progresiva" son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, o no, de la muerte.

5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Houts y cols., recogen las necesidades insatisfechas en diferentes áreas (física, emocional, actividad diaria, económica, nutrición, social, familiar, etc.) de 433 personas con cáncer durante el último mes de vida a través de sus familiares de forma retrospectiva (5). En primer lugar aparece la necesidad de ayuda para la actividad diaria (42%) y en segundo lugar está el área emocional (21%) y el área física (21%).

En resumen, *el programa de asistencia a estos pacientes debe abarcar de forma global su problemática, no sólo la paliación de los síntomas físicos, sino también la esfera psicológica, social, económica y espiritual* (1).

Es importante conocer de qué va a depender la situación clínica (6) del paciente, esto es:

1. Insuficiencia de órganos afectos por el tumor y que pueden comprometer directamente la vida: hígado, pulmón, cerebro, etc.

2. Afectación de órganos por el tumor que no comprometen directamente la vida: hueso, metástasis peritoneales, ganglionares, etc.

3. Afectación yatrogénica de órganos o sistemas: insuficiencia renal o hepática, neurotoxicidad grave, mielotoxicidad, insuficiencia respiratoria o cardiaca, etc.

Los síntomas que aparecen en este tipo de enfermos suelen tener un origen multifactorial. Los más frecuentes (7) son síndrome astenia-anorexia-adelgazamiento, dolor, alteraciones digestivas (náuseas y vómitos crónicos, diarrea o estreñimiento, disfagia, alteraciones orofaríngeas, ictericia, etc.), síntomas torácicos (disnea, tos, hemoptisis, ronquera, síndrome de vena cava superior etc.), síntomas neurológicos (encefalopatía, cefalea, convulsiones, alteraciones del comportamiento, comprensión medular, etc.), complicaciones nefro-urológicas, músculo-esqueléticas, hematológicas, cutáneas, psíquicas etc.

Los principios generales del control de síntomas, según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (8) son:

1. *Evaluar antes de tratar.* Evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional sobre el paciente y los factores que aumentan cada síntoma y no atribuir los síntomas sólo al hecho de tener un cáncer. Evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias que no tengan relevancia en la elección del tratamiento. Hacerse cargo de aquellas situaciones en las cuales no se debe realizar ninguna medida de recuperación ya que, puede ser el final de la evolución del paciente (fallo respiratorio, embolia pulmonar, hemorragia grave, etc.), explicándolo claramente a la familia.

2. *Adoptar estrategias terapéuticas más adecuadas,* que generalmente serán mixtas: farmacológicas y no farmacológicas (cambios de hábitos nutricionales, medidas posturales, ambiente relajado, apoyo emocional, etc.).

3. *Atención a los detalles* para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

4. *Explicar las causas* de los síntomas así como las medidas terapéuticas a adoptar, al paciente y a su familia.

5. *Definir bien los objetivos a alcanzar,* revisando frecuentemente la situación y monitorizando los resultados.

6. *Actuación en equipo,* ofreciendo accesibilidad y disponibilidad.

El objetivo de este trabajo, es revisar los síntomas más frecuentes del enfermo terminal y exponer las posibilidades de tratamiento en cada caso.

DOLOR

El dolor se puede definir como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrita en función de dicho daño” (9). Es un fenómeno subjetivo, único para cada enfermo y abstracto. Saunders introduce el concepto de “dolor total”, que incluye los aspectos físicos, sociales, psicológicos, espirituales y financieros, para mostrar la complejidad del dolor en el paciente oncológico (10).

El dolor crónico es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer, y es casi habitual en las etapas intermedias y avanzadas de la enfermedad. El objetivo terapéutico no sólo será disminuir el dolor, sino prevenirlo. Su incidencia varía según la enfermedad neoplásica. Es muy frecuente en tumores óseos, cáncer de cabeza y cuello, gástrico, genitourinario y más raro en leucemias y linfomas (11-13).

Es necesario estudiar y definir las características del dolor que se va a tratar, esto es, localización, origen somático, visceral, por desafereciación, factores que lo modifican (insomnio, ansiedad, depresión, cansancio...), etc.

Puede conseguirse un tratamiento eficaz en el 85-95% de los casos con un enfoque integral que combine, un tratamiento antitumoral paliativo (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia), tratamiento farmacológico (analgésicos, antiinflamatorios, coadyuvantes), terapias especiales (fenolización, tratamiento intratecal o epidural, cirugía, etc.) con apoyo psicológico, social y familiar.

Las pautas para el tratamiento del dolor se basan en la escalera analgésica de la OMS, publicada en 1986 y actualizada en 1996 (Fig. 2). La intensidad del dolor es la que va a determinar por qué escalón debemos empezar y se prefiere la administración oral de analgésicos. La tabla I refleja los principales analgésicos utilizados en el tratamiento oncológico y sus dosis (14).

El tratamiento se iniciará por el primer escalón, hasta utilizarlo a dosis plenas, si ello no permite controlar el dolor, se añade un opioide menor y si con ello no se consigue controlar el dolor, se sustituirá el opioide menor por uno mayor, siendo el de elección la morfina. Nunca se utilizarán a la par los opioides mayores y los

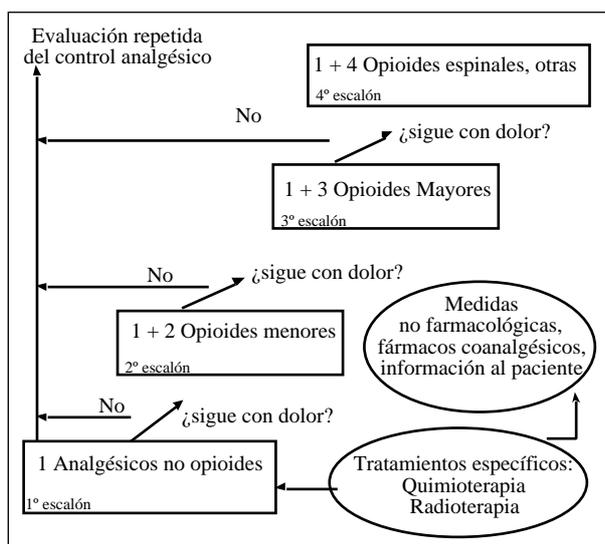


Fig. 2. Esquema terapéutico del dolor oncológico. Escalera analgésica. 4º escalón.

menores. En etapas finales en las que no es posible la vía oral, se utilizará la vía subcutánea, a un tercio de la dosis empleada oralmente, bien cada 4 horas o en infusores subcutáneos. Debe evitarse la administración de

morfina intravenosa por su farmacodinámica poco favorable. Es importante la prevención de los efectos secundarios de la morfina: somnolencia, náuseas, vómitos, confusión, estreñimiento. El Fentanilo Transdérmico, tiene la ventaja sobre la morfina de desarrollar menores efectos secundarios, fundamentalmente gastrointestinales y neurológicos.

En cualquiera de los escalones de la OMS se pueden introducir fármacos coadyuvantes, o coanalgésicos (Tabla II).

Se considera en la actualidad un cuarto escalón a las medidas analgésicas invasivas (15): administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésicos locales, etc.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

ANOREXIA-ADELGAZAMIENTO

La anorexia es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, presentándose en un 65-85% de los casos.

Las causas más frecuentes son: factores antitumorales (FNT, Caquectina, IL-1), factores digestivos (alteraciones de la boca y del gusto, vómitos, disfagia, retraso del vaciamiento gástrico, estreñimiento),

TABLA I
PRINCIPALES ANALGÉSICOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Fármacos	Dosis inicial v.o (mg)	Intervalo (h)	Dosis máxima (g)	Efectos secundarios
<i>Primer escalón</i>				
<i>No opioides</i>				
AAS	650	4-6	4	Gastrointestinal sangrado
Paracetamol	650	4-6	6	Toxicidad hepática
AINEs				
<i>Segundo escalón</i>				
<i>Opioides débiles</i>				
Codeína	30	4-6	360 mg	Estreñimiento, náuseas, vómitos
Dihidrocodeína	60	12	240 mg	
Tramadol	50	4-6	400 mg	
<i>Tercer escalón</i>				
<i>Opioides fuertes</i>				
Solución de morfina	10	4	—	Estreñimiento, emesis, confusión
Morfina liber. rápida	10	4	—	
Morfina liber. lenta	10	12	—	Somnolencia, náuseas
Fentanilo transdérmico	25	72	—	
<i>Cuarto escalón</i>				
Morfina intratecal, epidural, infiltraciones de anestésicos	—	—	—	Somnolencia

TABLA II
FÁRMACOS COANALGÉSICOS

<i>Tipos de dolor</i>	<i>Coanalgésicos</i>
Hipertensión craneal	Dexametasona, 4 mg/6 h
Compresión neurológica	Dexametasona, 4 mg/6 h
Neuralgia posherpética	Amitriptilina, 50-100/ 24 h
Dolor lancinante	Valproato sódico, 200 mg/ 8-12 h Carbamacepina, 200 mg/ 78-12 h
Distensión gástrica	Metoclopramida, 10 mg/ 4 h
Tenesmo rectal o vesical	Clorpromacina, 10-25 mg/ 4-8 h
Dolor óseo	AAS, 600 mg /4h Naproxeno, 500 mg/ 8 h
Espasmo muscular	Diacepam, 10 mg

alteraciones bioquímicas (hipercalcemia, hiponatremia, uremia), síntomas mal controlados (dolor, disnea), factores psicológicos (ansiedad, depresión, trastorno cognitivo), factores relacionados con el tratamiento (quimioterapia, radioterapia, opioides, antibióticos).

Es un síntoma que genera mucha angustia tanto al enfermo como a la familia (16,17).

El tratamiento comprende tanto medidas generales como farmacológicas:

—*Medidas generales:*

Respetar los gustos y apetencias del paciente, ofrecer pequeñas porciones de comida, añadir suplementos calóricos. En ocasiones está indicada la nutrición enteral, fundamentalmente en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

—*Medidas farmacológicas:*

- Acetato de megestrol y el acetato de medroxi-progesterona, son los fármacos de elección. Entre sus acciones destaca: producir un aumento del apetito, disminuir las náuseas y los vómitos y provocar una ganancia de peso por aumento de la grasa corporal (excepto en los pacientes en fases muy avanzadas). Su acción antianorexígena suele aparecer a las 2 ó 3 semanas de comenzar con el tratamiento. Sus efectos secundarios son: descompensación diabética, tromboembolismo, estreñimiento y sd. confusional) (18).

- Metoclopramida, domperidona, útiles en pacientes con náusea crónica y sensación de saciedad precoz (19).

- Corticoides: dexametasona 4 mg/24 h. Aumenta el apetito de forma rápida, sin mejorar el estado nutricional, ni producir aumento de peso. Sus efectos suelen aparecer a los 2-3 días de comenzar con el tratamiento y suele durar 4-5 semanas.

- Fármacos en experimentación son la ciproheptadina, pentoxifilina y ácido eicosapentanoico (20,21).

BOCA SECA (XEROSTOMÍA)

Es un síntoma común, que se tiene poco presente, y es referido en el 40% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (16). Puede ser debido a: mala higiene, deshidratación, disnea, uso de oxígeno, ansiedad y depresión, infecciones, afectación de las glándulas salivares por radioterapia, estomatitis, hipercalcemia, fármacos (antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, opioides, diuréticos, anticonvulsivantes, antineoplásicos), etc. (22, 23).

El tratamiento consiste en, intentar corregir las causas etiológicas siempre que sea posible, cuidado de la higiene bucal (lavados de la boca con agua oxigenada, clorhexidina) y aumentar la salivación (chupar caramelos sin azúcar, cubitos de hielo, manzanilla con jugos de limón, saliva artificial, utilizar preparados comerciales con carboximetilcelulosa) (24).

CANDIDIASIS OROFARÍNGEA

Su incidencia en pacientes hospitalizados es del 10% y llega casi al 90% en las fases finales de la enfermedad (25). Los factores de riesgo en los pacientes con cáncer son: quimioterapia o radioterapia, tratamiento antibiótico, uso de corticoides y sequedad de boca.

El tratamiento puede ser por vía tópica: enjuagues con solución de Nistatina o vía oral, en el caso de candidiasis extensas y que se acompañe de clínica esofágica, siendo el fármaco de elección el Fluconazol.

DISFAGIA

Se define como la dificultad para tragar, lo cual puede ser debido a un mecanismo obstructivo o bien tener un origen neuromuscular. Entre sus causas hay que destacar: ser secundaria al proceso tumoral, al tratamiento, candidiasis faringo-esofágica, debilidad extrema, somnolencia, etc.

El tratamiento consiste en: cambios en la dieta, intentar disminuir la obstrucción por medio de radioterapia, tratamiento intraluminal con láser, dilataciones, corticosteroides y en casos seleccionados estarán indicadas medidas agresivas como la inserción de tubos intraluminales o la gastrostomía para asegurar la alimentación. La alimentación parenteral estará justificada si se plantea de forma temporal para lograr un objetivo concreto (1).

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Las náuseas y los vómitos constituyen un síntoma muy frecuente en el paciente oncológico, se observa en un 60% de los pacientes con cáncer terminal, siendo más frecuente en los pacientes con cáncer de mama, estómago y tumores ginecológicos y en un 60% de los que reciben opioides, especialmente al inicio del tratamiento.

La etiología puede ser debida:

—Vómitos relacionados con el tratamiento citostático.

—Vómitos no relacionados con el tratamiento citostático (25):

- Lesiones en el área ORL: infecciones, compresiones extrínsecas, etc.

- Alteraciones del tracto gastrointestinal: esofágicas (obstrucciones intrínsecas, extrínsecas, infecciones), gástricas (ectasia gástrica secundaria al tratamiento con fármacos anticolinérgicos u opioides, compresiones, gastritis secundaria a irradiación, fármacos, alcohol, reflujo biliar o infección), obstrucciones intestinales, peritonitis, colangitis, enteritis, etc.

- Alteraciones del SNC: aumento de la presión intracraneal (metástasis cerebrales, secundaria al tratamiento radioterápico holocraneal, etc.).

- Alteraciones metabólicas (uremia, hipercalcemia, etc.).

- Fármacos: es la causa más frecuente de los fármacos no relacionados con la quimioterapia en el paciente neoplásico (opiáceos, digoxina, antibióticos, etc.).

El tratamiento incluye:

1. Medidas generales:

—Los fármacos antieméticos son más eficaces si se dan de manera profiláctica, siendo la vía oral la más adecuada, aunque en ocasiones es necesario utilizar la vía rectal o parenteral.

—Si los vómitos son difíciles de controlar, se pueden asociar varios antieméticos con mecanismo de acción diferente.

—Deben tratarse las causas reversibles: gastritis, estreñimiento, etc.

2. Tratamiento farmacológico:

En la tabla III, se exponen los distintos fármacos antieméticos utilizados en Cuidados Paliativos, su mecanismo de acción, su utilidad, dosis y vía de administración recomendada (16,17,27-30).

OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL

Es una complicación que se observa a menudo en los pacientes con tumores abdominales y pélvicos (ovario: 25-40%, colorrectal 10-15%, páncreas, estómago, endometrio...), adherencias secundarias a cirugía o radioterapia, tratamiento con narcóticos, etc. En la tabla IV se exponen las causas más frecuentes.

Es importante conocer los síntomas que provoca esta entidad, para sospecharla. Hay que destacar: dolor cólico (75% de los pacientes) o dolor continuo (90% de los pacientes obstruidos), náuseas, vómitos cuya intensidad y contenido dependerá del lugar de obstrucción, (una obstrucción intestinal ocasionará un vómito de gran volumen con restos de comida no digerida y por el contrario, los vómitos fecaloideos aparecerán ante una obstrucción de íleon distal), estreñimiento y en ocasiones diarrea, lo cual va a depender de la fase de obstrucción del paciente (16,31).

En la exploración abdominal encontraremos distensión abdominal (más intensa a medida que la obstrucción es más baja) y ruidos hidroaéreos aumentados (en obstrucciones bajas) o ausentes (íleo paralítico).

La realización de radiografías abdominales está indicada, fundamentalmente, cuando el paciente es candidato a cirugía paliativa o bien para distinguir entre obstrucción clínica y estreñimiento severo.

La actitud terapéutica a seguir es:

1. Valoración de cirugía, teniendo en cuenta la situación previa del enfermo y la existencia de una posible causa con solución quirúrgica, además es importante señalar que una proporción importante de obstrucciones intestinales no tienen su causa en el tumor (32,33).

2. En lo referente a un tratamiento médico:

—La mejor vía de administración de fármacos es la vía subcutánea, en bolus o en infusión continua.

—Para el tratamiento de vómitos importantes, la sonda nasogástrica, aspiración y fluidoterapia intravenosa son necesarias. La sonda nasogástrica no debe ser de entrada un tratamiento definitivo, puede provocar por sí misma irritación y vómitos, además si se sospecha que puede requerirse por un periodo de tiempo superior a dos semanas, se puede plantear la realización de gastrostomía percutánea (1).

—También se utilizan antieméticos como: haloperidol (tratamiento de elección), metoclopramida, octeotride. En ocasiones se emplea la hioscina, que disminuye el volumen de las secreciones gástricas y la cuantía del vómito o levopromacina, que puede producir sedación.

—Se pueden emplear los corticoides para la obstrucción gastroduodenal.

—El control del dolor abdominal (34) se hará con morfina subcutánea (elección), hioscina o escopolamina clorhidrato (35).

ESTREÑIMIENTO

Se define como una anomalía del volumen, consistencia o frecuencia de las evacuaciones (36). Es un síntoma muy frecuente que se observa en el 40% de los pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Paliativos y en cerca del 80% de los pacientes que reciben opioides (16,17). Puede deberse al propio tumor (infiltración intrínseca, extrínseca, infiltración lumbosacra, etc.), a la situación clínica del paciente (inactividad, malnutrición, deshidratación, etc.), trastornos bioquímicos, alteraciones neurológicas (neuropatías, compresión medular), o bien debido al tratamiento farmacológico recibido (opioides y anticolinérgicos) (36-38).

Los síntomas que puede causar son: dolor abdominal tipo cólico, obstrucción intestinal, impactación fecal con incontinencia urinaria, si se afecta el esfínter urinario, o diarrea por rebosamiento e incontinencia rectal, así como anorexia y sensación de náusea crónica.

El estreñimiento suele tener mucha importancia para el paciente, lo que hace necesario adoptar desde el principio una serie de medidas generales tales como: aumentar la actividad física, modificar los hábitos dietéticos estimulando la ingesta de líquidos y una dieta rica en fibra, etc. Su tratamiento se va a basar en el uso de laxantes, cuya elección va a depender de las características del estreñimiento (heces duras: laxante emoliente, heces blandas: laxante que estimule el peristaltismo) y

TABLA III
FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS UTILIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

<i>Grupo de antieméticos</i>	<i>M. de acción</i>	<i>Dosis</i>	<i>V. de administración</i>	<i>Efectos secundarios</i>
<i>Antagonistas dopaminérgicos:</i> - Metoclopramida: Primperán® - Butirofenonas: Domperidona®	<i>Efecto colinérgico:</i> - Presión EES - Favorecer el vaciamiento gástrico - Estimular motilidad GI. Acción central: zona QR: metoclopramida	10 mg cada 4-6 h	Oral IV IM Subcutánea (s.c.)	<i>Metoclopramida:</i> Sedación leve Efectos Extrapiramidales Diarrea <i>Domperidona:</i> no atraviesa la BHE, produce menos efectos extrapiramidales
<i>Antagonistas dopaminérgicos:</i> - Butirofenonas: Haloperidol®	<i>Acción central</i> Acción anticolinérgica	1,5-5 mg cada 24 h	Oral Subcutánea	Acción sedante Efectos extrapiramidales
<i>Antagonistas dopaminérgicos:</i> - Fenotiacinas: Clorpromazina Levopromazina Tietilperazina	<i>Acción central.</i> Acción anticolinérgica mayor que el haloperidol		Oral Parenteral (Clorpromazina no puede administrarse por vía s.c.)	Acción sedante Hipotensión Efectos extrapiramidales
<i>Corticoides.</i> - Dexametasona	<i>Acción no conocida.</i> Indicación en: - V. secundarios a HIC. - Hipercalcemia - Estenosis pilórica maligna	2-4 mg cada 8 h	Oral IV Subcutánea	Efectos secundarios de los corticoides
<i>Anticolinérgicos:</i> - Hioscina - Escopolamina	Actividad del centro del vómito Acción periférica: - Tono del EEI - Motilidad retrógrada del tracto GI		Se puede administrar por vía sc	
<i>Benzodiacepinas:</i> - Lorazepam	<i>Útil en los vómitos anticipatorios</i> Síndrome de ansiedad	1 mg	Oral	Sedación
<i>Antihistamínicos:</i> - Hidroxicina - Difenhidramina	Centro del vómito y en el vestíbulo Receptores colinérgicos periféricos Útil en náuseas secundarias a alteración metabólica		Oral	
<i>Antagonistas de la serotonina:</i> - Ondansetrón - Granisetron - Tropisetron	<i>Acción central: útil en los vómitos por quimioterapia</i> Poco utilizados en Cuidados Paliativos			

de las preferencias del enfermo. En el caso de estreñimiento severo es posible mezclar un laxante de cada grupo (37, 39).

Los distintos tipos de laxantes son:

-Laxantes lubricantes o emolientes (aceite de parafina).

-Laxantes osmóticos (lactulosa, lactitol, sorbitol): es el más utilizado como laxante único.

-Laxantes purgantes (Antacenos-senósidos, Bisacodil, picosulfato sódico).

-Laxantes reguladores (Salvado, metilcelulosa, Ispaghula).

TABLA IV
CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL CÁNCER AVANZADO

Causas tumorales (65%)	Compresión extrínseca Masas intraluminales Invasión tumoral del plexo neural del intestino Neuropatía paraneoplásica Invasión tumoral de la pared del intestino
Causas secundarias al tratamiento (30%)	Adherencias post-cirugía Lesiones post-radioterapia Sd. del intestino narcotizado Fármacos: antidepresivos, corticoides, neurolépticos, anticolinérgicos
Lesiones no malignas (5%)	Íleo paralítico Diverticulitis Isquemia intestinal Herniación Pancreatitis

DIARREA

Es un síntoma poco frecuente en estos pacientes, observándose en un 7-10% (16). Las causas más frecuentes son: impactación fecal (ancianos, inmovilización, tratamiento con opiáceos), obstrucción intestinal intermitente, secundaria al tratamiento antitumoral (radioterapia, 5-FU y derivados, cirugía), farmacológica (laxantes, antibióticos, AINEs, antiácidos, antidepresivos), insuficiencia pancreática, malnutrición, infecciones, tumor carcinoide.

El tratamiento va a consistir: dieta líquida y astringente, evitar la deshidratación, suspender los laxantes y otros fármacos causantes de este síntoma; si existe una causa infecciosa administrar antibióticos adecuados y en ocasiones utilizar, Octeotride, fármaco útil en las diarreas secundarias a quimio-radioterapia y en el síndrome carcinoide o bien Loperamida o Colestiramina.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Los síntomas respiratorios más frecuentes son la disnea, respiración estertorosa, la tos y el hipo.

DISNEA

Está presente en el 50% de los enfermos terminales y en el 70% de los que tienen un cáncer de pulmón. Su etiología es multifactorial (infecciones pulmonares, embolismo pulmonar, anemia, insuficiencia cardiaca, broncoespasmo, derrame pleural, derrame pericárdico, metástasis pulmonares, linfangitis carcinomatosa, etc.), la cual es importante conocer para adoptar un tratamiento adecuado.

Tanto los opiáceos como las benzodiacepinas son útiles para mejorar la disnea, ya que disminuyen la ansiedad que provoca la falta de aire (1), por el contrario en aquellos pacientes en que la disnea se deba a infiltración tumoral del parénquima pulmonar, se beneficiarán de tratamiento con esteroides (40).

RESPIRACIÓN ESTERTOROSA

Suele aparecer durante las últimas 24-48 horas de vida. Este tipo de respiración origina un ruido por oscilación de las secreciones acumuladas, fundamentalmente a nivel de la hipofaringe, que dada la debilidad del enfermo le impide su expulsión. Para su tratamiento se van a emplear fármacos anticolinérgicos (40) (clorhidrato de escopolamina, que tiene también una acción sedante), hioscina y morfina subcutánea. Otras medidas son el drenaje postural y la aspiración de las secreciones bronquiales.

TOS

Es un síntoma respiratorio que se produce con frecuencia en este tipo de pacientes. Su incidencia oscila entre un 50% en los pacientes con cáncer avanzado y un 80% en el cáncer de pulmón (41). Su etiología es multifactorial y puede ser debida al cáncer (por irritación traqueal, bronquial, pleural, etc.), al tratamiento (fibrosis post-radioterapia), infecciones y/o otros procesos concurrentes (EPOC, asma, fumador, etc.).

Su tratamiento (41) va a depender de las características del paciente, así como de las características de la tos (húmeda productiva, húmeda no productiva o seca). Los procedimientos que se pueden utilizar son:

1. *Tos húmeda, productiva*: humedificación del aire, mucolíticos no irritantes (N-acetil cisteína), educación para toser eficazmente.

2. *Tos húmeda, no productiva*: antitusígenos (codeína, dihidrocodeína, morfina), hioscina. No es conveniente abusar de la aspiración, ya que ésta es traumática.

3. *Tos seca*: antitusígenos de acción central (codeína, dihidrocodeína, morfina).

HIPO

Aparece como consecuencia de una irritación diafragmática por la presencia de afectación gástrica, hepá-

tica, esofágica; por irritación del nervio frénico; debido a una infección, o más raramente por un tumor cerebral. La metoclopramida, la clorpromacina y el haloperidol son fármacos útiles. Los corticosteroides pueden disminuir en algunos casos la irritación diafragmática (1).

SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS

El insomnio, la ansiedad, la depresión, la tristeza, el estado confusional agudo y otros, son síntomas que aparecen en los pacientes con enfermedad terminal y son de difícil valoración.

A continuación expondremos brevemente los más frecuentes en este tipo de enfermos.

INSOMNIO

Es un síntoma que aparece en la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado debido a que estos tienen miedo a la noche. La mayoría se queja de dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo, así como de despertar precoz (17).

En su etiología (41) intervienen factores: fisiológicos (exceso de luz o ruido, nicturia etc.), psicológicos (ansiedad, depresión, etc.), tratamiento incorrecto de otros síntomas (dolor, disnea, vómitos, diarrea, incontinencia, etc.) y medicación coadyuvante (corticoides, diuréticos, cafeína, etc.), ya que alguna puede producir estimulación.

Para su tratamiento es muy importante aumentar la actividad diaria del enfermo, disminuir los ruidos nocturnos, estar en una habitación con temperatura adecuada y en definitiva, crearle un ambiente adecuado.

Entre las medidas farmacológicas (41), contamos con las benzodiazepinas, que son el tratamiento de elección. Las más utilizadas son las de acción rápida, ya que lo que nos interesa es la limitación de su acción al periodo nocturno: Triazolam (Halción®), Brotizolam (Sintotal®), Flunitrazepam (Rohipnol®). En el caso de insomnios asociados a un estado de ansiedad más o menos generalizado, es útil una benzodiazepina de vida media larga como el Cloracepato dipotasio (Tranxilium®) o el Diacepam (Valium®) en dosis repartidas a lo largo del día.

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

Es un cuadro que va a crear desconcierto tanto a la familia como a sus cuidadores.

Su etiología (41) es también multifactorial y puede ser debida al cáncer, tratamiento con fármacos sedantes o estimulantes, déficit vitamínico, privación alcohólica, reducción brusca de la medicación, alteraciones bioquímicas (hipercalcemia, hipoglucemia, hiperglucemia, hiponatremia), fracaso orgánico renal o hepático, anoxia cerebral y problemas en el cuidado del paciente.

El tratamiento depende de su etiología, pudiendo utilizarse: oxígeno, en casos de anoxia o cianosis; benzodiazepinas, en situaciones de agitación o si fuese preci-

so sedación y haloperidol si aparecen alucinaciones o síntomas psicóticos.

ANSIEDAD

Es el problema psicológico más frecuente en los pacientes con cáncer, pero también entre sus familiares. Sus causas son diversas: dolor mal controlado, enfermedad física (hipoxia, TEP, hemorragia, sepsis, causas metabólicas, causas psiquiátricas y causas farmacológicas (corticoides a altas dosis, metoclopramida, teofilinas, opioides, benzodiazepinas).

El tratamiento se va a basar en dos aspectos fundamentales:

—*Farmacológico* (42): cuya elección va a depender de la severidad de la ansiedad, duración de la acción farmacológica, rapidez de inicio, vía de administración, así como de la presencia de problemas metabólicos. Los fármacos más utilizados son las benzodiazepinas y los neurolepticos.

—*No farmacológico*: adecuadas técnicas de relajación e hipnosis y control adecuado de los síntomas que padezca el enfermo.

DEPRESIÓN

La depresión tiene una incidencia del 20-25% en este tipo de pacientes y aumenta a medida que empeora el estado general, avanza la enfermedad y aparece dolor (31).

Su tratamiento es complejo y en él deben participar activamente tanto psiquiatras como psicólogos, con el empleo de psicofármacos, o con psicoterapia individual o de grupo.

OTROS SÍNTOMAS

El paciente con cáncer en situación terminal puede presentar otros síntomas durante su evolución aparte de los tratados previamente. La tabla V recoge alguno de ellos y su actitud terapéutica.

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos revisado los síntomas más frecuentes de la enfermedad terminal neoplásica. Es importante tener en cuenta que cada síntoma puede ser producido por diferentes causas, lo cual nos obliga a realizar un diagnóstico diferencial, para así adoptar la actitud adecuada. En resumen, los puntos fundamentales que hay que tener en cuenta para un tratamiento correcto son:

- Valoración y tratamiento de la ansiedad y depresión.
- Tratamiento adecuado del dolor.
- Atención completa durante el día.
- Valoración y tratamiento de cada uno de los síntomas.

TABLA V
TRATAMIENTO PALIATIVO DE OTROS SÍNTOMAS EN EL ENFERMO TERMINAL

Ascitis	Drenaje
Irritación gástrica	Antiácidos, anti-H2
Hemoptisis masiva	Morfina subcutánea
Convulsiones	Anticonvulsivantes, tratamiento específico
Hipercalcemia	Tratamiento específico
Retención, incontinencia urinaria	Sonda urinaria
Prurito	Colestiramina, antihistamínicos, esteroides, tranquilizantes.
Decúbitos	Tratamiento postural. Curas tópicas
Úlceras malignas	Antisépticos locales. Antibióticos sistémicos. Gasas con adrenalina.

BIBLIOGRAFIA

- González Barón M, Barón Saura JM, García de Paredes A, Berrocal A. Tratamiento paliativo del paciente terminal. *Rev. Cancer*, 1991; 5(3): 88-94.
- Viguria Arrieta J, Rocafort Gil J. Bases fundamentales de los Cuidados Paliativos. En "Enfermería en Cuidados Paliativos". E. López Imedio. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1998. Pág. 13-17.
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804. Geneva, WHO 1990.
- González Barón M, Barón Saura JM, Chacón López Muñoz JL. Actitud médica ante el enfermo preterminal en Oncología. *Med Clín*, 1991; 96: 442-423
- Houts PS, Yasko JM, Harvey HA et al. unmet needs of persons with cancer in Pennsylvania during the period of terminal care. *Cancer*, 1988; 62: 627-634.
- Montalar Salcedo J, Aparicio Urtasun J. Los síntomas del enfermo neoplásico. En tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. M. González Barón y cols. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1996. Pág. 425-436.
- Gómez Batiste X, Tuca A, Moreno F, Mena M. Principios generales del control de síntomas en enfermos con cáncer avanzado y terminal. En " Enfermería en Cuidados Paliativos". E. López Imedio. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1998. Pág 19-24.
- Gómez Batiste X, Planas Roca Viladiu P, eds: Cuidados Paliativos en Oncología. Editorial Jims, Barcelona, 1996.
- Lindblom U, Merskey H, Mumford JM, Nathan PW, Noordens W, Suderland S. Pain, 1986; (suppl) 3..S215- S221.
- Saunders C. Principios del control de síntomas en los cuidados terminales. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 1982; 66: 1125-1139.
- Portenoy RK. Cancer pain. *Epidemiology and syndromes. Cancer*, 1989 (suppl) 63: 2298-2307.
- Bonica JJ. Management of cancer pain. En: Pain in the cancer patient. Pathogenesis, diagnosis and therapy. Zimmermann M, Drings P, Wgner G eds. Recent results in cancer research vol 89. Pp 13-27. Springer- Verlag, Belin- Heilderberg, 1984.
- Wagner G. Frequency of pain in patients with cancer. En: Pain in the cancer patient. Pathogenesis, diagnosis and therapy. Zimmermann M, Drings P, Wagner G eds. Recent results in cancer research vol 89: 64-71. Springer-Verlag, Belin- Heilderberg, 1984.
- Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez Olarte JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- Ahzedzai S. New approaches to pain control in patients with cancer. *Eur J Cancer* 1997;33 Suppl 6:S8-14.
- Waller A, Caroline NL. Handbook of palliative care in cancer. Boston: Butterwoth and Heinemann, 1996: 113-199.
- Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, Foley KM. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993; 282-290.
- MacDonald N, Alexander R, Bruera E. Cachexia-anorexia-asthenia. *J Pain Symptom Management*, 1995; 10(2):151-155.
- Bruera E, Rydberg T, Eden T. Chronic nausea in advanced cancer patients: a retrospective assesment of a metoclopramide based antiemetic regimen. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1996; 11:147.
- Astudillo W, Mendinueta C, Muñoz A: Tratamiento de los síntomas gastrointestinales. En Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Navarra: EUNSA, 1995:99-109.
- López Vivanco G, Barceló Galíndez JR: Complicaciones digestivas del paciente con cáncer I. Complicaciones esofágicas y gástricas. En Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. M. González Barón y cols. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1996. Pág: 597-614.
- Levy Mh, Cantalano RB. Control of common physical symptoms other than pain in patients with terminal disease. *Semin Oncol*, 1985;12: 411-430.
- Twycross RG, Lack SA. Therapeutics in terminal cancer. 2nd ed. Churchill Livigstone Edinburgh, 1990.
- Moreno Nogueira JA, Nogueira Mediavilla M. Toxicidad digestiva del tratamiento antineoplásico I: complicaciones orales. En Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. M. González Barón y cols. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1996. Pág: 165-175.
- Programa de atención a los pacientes en fase terminal. INSA-LUD. Area 11. 1ª ed. Madrid, 1997.
- Allan SG. Nausea and vomiting. En Doyle, Hank, Mcdonald. En Palliative Medicine 1". Oxford University Press, 1994: 282-290.

27. Watanabe S, Bruera E. Anorexia and cachexia, asthenia and lethargy. *Hematol Oncol Clin North Am*, 1996; 10(1):189-206.
28. Curtis EB, Krech R, Walsh TD. Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliat Care*, 1991; 7:25-29.
29. Lichter I: Results of antiemetic management in terminal illness. *J Palliat Care*, 1993; 9:19-21.
30. Lichter I: Wich antiemetic? *J Palliat Care*, 1993; 19-21.
31. Twycross R. Symptom management in advanced cancer. Oxford, New York: Radcliffe medical press, 1995.
32. Osteen RT, Guyton S, Steele G, Wilson RE. Malignant intestinal obstruction. *Surgery*, 1980; 67: 611-615.
33. Walsh HPJ, Schofield PF. Is laparotomy for small bowel obstruction justified in patients with previously treated malignancy? *Br J Surg*, 1984; 71: 933-935.
34. Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E. Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage*, 1994; 9:12.
35. Ripamonte C. Malignant bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *Eur J Palliative Care*, 1994; 1: 16.
36. Klein H. estreñimiento e impacto fecal. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 1982; 66: 1091-1097.
37. Levy MH, Catalano RB. Control of common physical symptoms other than pain in patients with terminal disease. *Semin Oncol*, 1985; 12: 411-430.
38. Twycross RG, Lack SA. Therapeutics in terminal cancer. 2nd ed. Churchill Livingstone, Edimburgh, 1990.
39. Sykes NO. A clinical comparison of laxatives in a hospice. *Palliative Med* 1991; 5: 307.
40. García Satué JL, Vázquez Mezquita M. Insuficiencia respiratoria, control de las complicaciones respiratorias finales, indicación de oxigenoterapia domiciliaria. En *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. M. González Barón y cols. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1996: 701-710.
41. Ojeda Martín M, García Rodríguez ED, Navarro Marrero MA, Marrero Martín MS, et al. Control de los síntomas en el enfermo de cáncer terminal. 2nd ed. ASTA médica, 1992.
42. Holland JC. Psychological aspects of cancer. In JF Holland & E Frei (Eds). *Cancer medicine* 2nd ed. Philadelphia: Lea & Ferbiger, 1982: 1175-1203.

Intervención psicológica en pacientes de cáncer

J. A. CRUZADO, F. J. LABRADOR

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Campus Somosaguas. Universidad Complutense. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los trastornos oncológicos afectan a una gran parte de la población; en los países occidentales una de cada tres personas padecerá cáncer a lo largo de su vida. La incidencia y prevalencia de estas enfermedades aumentan paulatinamente. En España, al igual que en los países occidentales, los trastornos oncológicos constituyen la segunda causa de mortalidad y de años potenciales de vida perdidos. A pesar del avance espectacular en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ellos, el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares (aunque éstas presenten una mortalidad más alta), y sigue estando considerada como la enfermedad incurable asociada a muerte, daño y desfiguración por excelencia. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afecto y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte. Sólo así se puede justificar el temor que la palabra inspira, y que ha conducido a que sea postergada en el lenguaje médico, siendo sustituida con frecuencia por expresiones acaso más “inocuas” como neoplasia, tumor maligno, “una cosa mala”, etc..., palabras que, aunque pueden tener un

mismo significado biológico para el enfermo, no han adquirido las connotaciones sociales del cáncer. De ello se deduce que el cáncer se ha convertido en una especie de enfermedad innombrable, dado el tremendo impacto psicológico que provoca en la población general. Ya Holland en 1979 (cf. Gili y Roca, 1996) recoge tales reacciones bajo el epígrafe de las “6 D” que se procede a enumerar a continuación (véase Tabla I):

El cáncer no es una enfermedad única, al contrario de la idea más extendida de la población, ya que bajo esa denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento absolutamente diferente de unos a otros, y que tienen como característica común el que son procesos debidos a un crecimiento incontrolado de los tejidos y órganos en los que se origina. No obstante, a pesar del gran número de personas diagnosticadas de cáncer no está justificada la creencia popular de que cáncer es sinónimo de muerte en los momentos actuales ya que dependiendo del tipo de cáncer y la precocidad del diagnóstico un 50% de las personas logran recuperarse gracias a los tratamientos actuales (vease la Tabla II).

En los últimos veinte años ha habido un creciente interés en temas sociales y comportamentales relacionados con el cáncer, lo que ha venido a constituir una disciplina denominada *Psico-oncología u oncología psico-*

TABLA I

LAS “6 D”

Death (muerte)	Miedo a las consecuencias de la enfermedad
Dependency (dependencia)	De la familia y del personal sanitario
Disfigurement (deformación)	Cambios corporales físicos o funcionales
Disability (incapacidad)	Para la consecución de objetos
Disruption (ruptura)	Principalmente de relaciones sociales
Discomfort (molestias)	Derivadas de la enfermedad y del tratamiento

TABLA II
TASAS DE SUPERVIVENCIA EN % PARA CADA LOCALIZACIÓN DE CÁNCER (ADAPTADO DE BORING, SQUIRES Y MONTGOMERY, 1994)

TIPO	Extensión		
	Localizado	Regional	Distante
Esófago	22	7	1
Pulmón	47	14	1
Mama	94	74	19
Cérvix	90	53	13
Ovario	89	36	17
Próstata	93	83	29

Localizado: indica que el cáncer está confinado a su órgano de origen. Regional connota que se ha extendido más allá del órgano de origen (ej. nódulos linfáticos de la mama, vesículas seminales de la próstata etc.), pero no a otros lugares. Distante significa que hay metástasis a localizaciones lejanas del origen. La Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) clasifica los cánceres por estadios, los estadios I y II corresponden a diagnósticos localizados; el estadio III a regional y el estadio IV distante o con metástasis.

social (Holland, 1992; Holland, 1998). El interés creciente en el estudio y aplicación de la Psicología al cáncer se debe a los siguientes factores:

1. El hecho de que el comportamiento influencia o determina un gran número de cánceres, de forma que, en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso: hábitos como el tabaquismo, patrones de alimentación, peso, etc. tienen una importante influencia en la aparición del cáncer (Heller, Bailey y Pattison, 1992; American Cancer Society, 1994; Pérez, Arranz, Lara y Calvo, 1994). El control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes (Bayés, 1987).

2. La detección precoz de determinados tipos de cáncer, como el de mama, el de cérvix o el de próstata determina la supervivencia (Galdón, 1998; Miller, Shoda y Hurley, 1996; Pérez y cols., 1994). La adopción de comportamientos habituales tales como autoexamen de senos, acudir a hacerse pruebas citológicas periódicamente, etc. depende del adecuado diseño de programas de educación para la salud.

3. Los avances en psicofisiología y psiconeuroinmunología han revelado vías a través de las cuales el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis, pronóstico y supervivencia de los pacientes de cáncer (Cooper, 1992; Bovgber, 1989; 1991; Anderson, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994).

4. La necesidad de informar correctamente al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, para tomar decisiones sobre los contenidos de la información, las vías más adecuadas, la secuenciación y el estilo de emisión de esta información (Dura, 1990; Ibañez, 1988; Gómez Sancho, 1998)

5. El desarrollo de procedimientos de evaluación la calidad de vida de los pacientes, es necesario para la

orientación y toma de decisión sobre los tratamientos médicos y psicológicos a seguir. Esta evaluación incluye el estado psicológico (ansiedad, estado de ánimo, ajuste a la enfermedad, etc.), síntomas físicos asociados al curso de la enfermedad o tratamientos aplicados: dolor, efectos de la quimioterapia (náuseas, vómitos, alopecia..), imagen corporal, problemas sexuales, etc. (Aaronson y Beckman, 1987; Barofski y Sugarbaker, 1990; Fallowied 1990).

6. El impacto emocional asociado al diagnóstico y curso del cáncer hace necesario su evaluación y tratamiento adecuado tanto al paciente como sus familiares.

7. En el marco de la Modificación de Conducta se han desarrollado técnicas que permiten un tratamiento adecuado de síntomas asociados a los tratamientos y curso del cáncer que afectan gravemente a la calidad de vida del paciente, tales como reacciones condicionadas a la quimioterapia, problemas sexuales, dolor, etc.

La contribución de la psicología al campo de la oncología se puede dividir en dos grandes áreas: a) por un lado, el estudio de factores psicosociales que pueden afectar a la etiología o al curso del cáncer, y por otro b) la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes de cáncer.

FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN AL INICIO Y CURSO DEL CÁNCER

Se consideran a continuación los factores psicosociales que se consideran más importantes y en torno a los cuales se ha desarrollado la investigación.

HÁBITOS DE CONDUCTA Y CÁNCER

La exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas

y bajas en fibras, exposiciones solares, u ocupacionales, así como la combinación de estos aspectos son factores importantes que contribuyen al inicio y progresión del cáncer (Bayes, 1991; Sanson-Fisher, 1993). En concreto el tabaco causa 30% de todos los cánceres (75 ó 80% de los cánceres de pulmón), (González y cols., 1994) la combinación del tabaco con la exposición a asbestos o alcohol aumenta en 4 ó 5 veces la probabilidad de contraer cáncer (Pérez et al, 1994). Según el colegio de cirujanos generales de EE.UU.: el tabaco es la causa evitable más importante de muerte en nuestra sociedad y también el problema de salud más importante en nuestro tiempo.

Asimismo, la obesidad, el incremento en ingesta de grasa, el inadecuado contenido en fibra y deficiente ingesta de micronutrientes (vitaminas y minerales) en la alimentación, se asocia a la presencia de cánceres localizados en el aparato gastrointestinal y otros tumores hormonodependientes (mama, prostata, ovario, endometrio). Se estima que aproximadamente un 35% de los cánceres están influidos por la alimentación (González et al, 1994; Pérez et al, 1994; Willet, 1994; Word Cancer Research Fund, 1997).

Se han constatado otros factores de riesgos como es la exposición a rayos ultravioleta, responsables del 90% de los cánceres de piel. Las exposiciones ocupacionales a carcinógenos que representa el 4 a 6% de la mortalidad por cáncer, o la promiscuidad sexual que se considera un factor de riesgo para el cáncer de cérvix en mujeres jóvenes.

El programa europeo de lucha contra el cáncer estima que podría lograrse una reducción entre el 16% y el

23% de casos de cáncer para el año 2000, si se adoptan las normas de comportamiento que proponen en su celebre decálogo (véase Tabla III).

VARIABLES DE PERSONALIDAD ASOCIADAS AL CÁNCER

Una cuestión importante es la de si existen diferencias de personalidad que hagan a unos individuos más propensos a desarrollar algunos tipos de cáncer o que afecten a su curso o pronóstico. En este sentido, se han llevado a cabo múltiples investigaciones (Véase Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990; Green y Shellenberger, 1991; Ibañez, Romero y Andreu, 1992). En concreto Grossarth-Mattick, Bastians y Kanazir (1985) informan de un estudio prospectivo realizado en Crvenka (Yugoslavia), en el que se tomaron medidas de variables psicosociales a 965 hombres y 388 mujeres, que fueron seleccionados por su mayor riesgo de contraer enfermedades por su edad o por puntuaciones altas en medidas de indefensión crónica o ira. Se evaluó a los participantes en distintas variables psicosociales en 1965 y se valoró su estado de salud en 1976, con el objetivo de comprobar si se podía predecir el estado de salud a través de las variables psicosociales. En 1976 habían muerto 166 personas de cáncer, los resultados mostraron que la variable psicosocial con mayor valor predictivo era la escala racionalidad/antiemocionalidad. Sucedió que 158 de las 166 muertes de cáncer, y las 38 personas muertas de cáncer de pulmón puntuaban 10 ó 11 sobre la puntuación máxima de 11 de dicha escala. La incidencia del cáncer era 40 veces más alta

TABLA III

DECÁLOGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

-
1. No fume. Fumador: deje de fumar lo antes posible y no fume delante de otros.
 2. Sea moderado en el consumo de bebidas alcohólicas.
 3. Evite la exposición excesiva al sol.
 4. Respete las instrucciones profesionales de seguridad durante la producción, manipulación o utilización de toda sustancia cancerígena.

Su salud mejorará si sigue las dos normas siguientes que, además, reducen el riesgo de padecer ciertos tipos de sangre.

5. Coma frecuentemente frutas y verduras frescas y cereales de alto contenido en fibra.
6. Evite el exceso de peso y limite el consumo de grasas.

Más tipos de cáncer podrían curarse si se detectasen antes:

7. Consulte a su médico en el caso de evolución anormal: cambio de aspecto de un lunar, un bulto o una cicatriz anormal.
8. Consulte a su médico en casos de trastornos persistentes, como tos, ronquera, cambio en hábitos intestinales o pérdida de peso no justificada.

Para las mujeres:

9. Hágase frecuentemente frotis vaginal.
 10. Vigile senos regularmente y, si es posible, hágase una mamografía a intervalos regulares a partir de los 50 años.
-

para personas que respondían positivamente a 10 ó 11 de las preguntas que para las personas que respondían positivamente a sólo 3 o menos. La dimensión de racionalidad/antiemocionalidad se refiere a una tendencia a falta de expresión y negación de emociones y tratar de responder ante todos los acontecimientos de forma puramente racional.

Por otro lado, Temoshock (1985) (Veáse Temoshock y Dreher, 1992) han creado un constructo, la Personalidad Tipo C, que caracteriza a la persona propensa al cáncer como tendente a evitar o negar emociones, falta de expresión emocional, en especial las negativas, inasertividad, cooperatividad y aceptación de la autoridad externa, características opuestas al Patrón de Personalidad Tipo A. La expresión de emociones tales como tristeza e ira parecen ser beneficiosas para el pronóstico del cáncer.

Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo (Carver y cols., 1993) (veáse en la Tabla IV un resumen de posibles características de personalidad que predisponen al desarrollo del cáncer).

APOYO SOCIAL Y CÁNCER

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante (Funch y Marshall, 1983; House, Landis y Umberson, 1988). En concreto, Levy y cols. (1985), en personas diagnosticadas de cáncer de mama (estadios I y II), encontraron que el apoyo social percibido predecía el afrontamiento adecuado a la enfermedad, así como la actividad de las células letales. Estos datos apoyan la importancia de evaluar el apoyo social en el diagnóstico, tratamiento y supervivencia.

EL ESTRÉS Y EL CÁNCER

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer mediante: a) los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, especialmente en los cánceres más influidos por factores hormonales y b) los cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a estas enfermedades.

Las respuestas de estrés incluyen cambios en el sistema autonómico, endocrino e inmunológico. En concreto la activación del eje hipofisario-corticoadrenal (Eje III) (Labrador, Crespo y Cruzado, 1996) se acompaña de liberación de cortisol y glucocorticoides, así como de opiáceos endógenos que inhiben las respuestas inmunológicas. Así se ha constatado que los acontecimientos estresantes tales como el estrés ante los exámenes (Glaser y cols. 1985; Glaser y cols., 1986; Glaser y cols., 1987), el desempleo (Arnetz y cols., 1987), pérdidas familiares (Irwin y cols. 1987), carencia de apoyo social y depresión (Levy y cols., 1985; Levy y cols. 1990), o el propio diagnóstico de cáncer ginecológico (Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994) producen déficit inmunológico que incluye la disminución de la actividad de las células letales.

Los fallos inmunológicos se constatan con mayor frecuencia ante estresores crónicos de larga duración, asociados a relaciones interpersonales (Herbert y Cohen, 1993), que suscitan con mayor probabilidad depresión e indefensión, asociadas la respuesta psicofisiológica coincide con la activación del EJE III (hipofisario-cortico-adrenal). El estrés agudo, de corta duración, controlable, que se acompaña de respuestas de los Ejes I y II, incluso produce una activación positiva del sistema inmunológico (Véase Contrada y cols., 1990). En la figura 1 se exponen el modelo explicativo propuesto por Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) de la relación entre estrés, personalidad y respuesta inmunológica en cáncer.

El estrés puede ser un factor determinante en el inicio o curso del cáncer a través de la interferencia con hábitos de conducta saludables, ya que puede suceder que bajo los efectos del estrés las personas lleven a cabo conductas como fumar, beber, patrones de ali-

TABLA IV

POSIBLES FACTORES DE PERSONALIDAD PREDISONENTES AL CÁNCER (MODIFICADO DE GREEN Y SHELLENBERGER, 1991)

<i>Estilo interpersonal</i>	<i>Temperamento</i>	<i>Estilo emocional</i>	<i>Estilo cognitivo</i>	<i>Factores sociales</i>
Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno	Depresión Indefensión/ Desesperanza	Tranquilidad	Aceptación estoica	Soledad
Aceptar la autoridad	Fatiga	Supresión de emociones negativas	Racional, leal a la realidad	Carencia de apoyo social
Docilidad y lealtad			Pesimismo	Carencia de intimidad

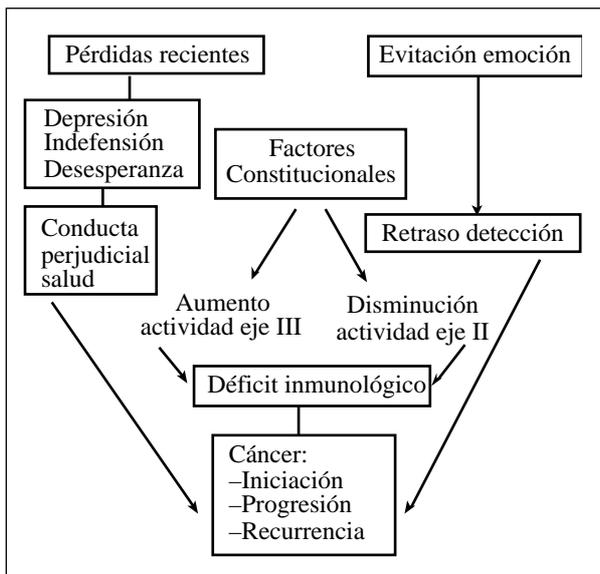


Fig. 1. Aspectos psicosociales en cáncer.

mentación inadecuados, trastornos del sueño, abandono del ejercicio físico regular, etc. que son altamente perjudiciales.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y CÁNCER

El estudio correcto de los efectos del estrés en el cáncer se ha de incluir tanto los acontecimientos estresores como los recursos y estilos de afrontamiento que utilizan los sujetos para hacer frente a las situaciones problemáticas. En este sentido, es muy relevante el estudio de Mooney y Greer (1989) sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes de cáncer ante su diagnóstico. Estos autores distinguen cinco tipos de estrategias, que se evalúan mediante entrevista y la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (Watson y Greer, 1988): a) espíritu de lucha; b) negación; c) fatalismo, estoicismo o acepta-

ción pasiva; d) indefensión y desesperanza, y e) preocupación ansiosa, que determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el pronóstico de la adaptación del sujeto (véase Tabla V).

Pettingale y cols. (1985) evaluaron estas estrategias de afrontamiento en pacientes de cáncer de mama en estadio I y llevaron a cabo un seguimiento de 5 y 10 años. Los resultados mostraron que las personas que adoptaban la estrategia de espíritu de lucha tenían un mejor porcentaje de supervivencia (sólo un 10% murió en 5 años y un 30% en 10 años), mientras que el 80% de los que adoptaban la indefensión/desesperanza morían en los 5 primeros años. No obstante, la muestra utilizada es muy pequeña y es necesario su replicación.

Se ha investigado si las intervenciones psicológicas pueden modificar las estrategias de afrontamiento, y a través de ello, mejorar las respuestas inmunológicas o aumentar la supervivencia, en este sentido Fawzy y cols. (1990a, 1990b) encontraron que una breve intervención (10 sesiones), compuesta de a) educación para la salud, b) aumento de habilidades de solución de problemas; c) manejo de estrés y d) apoyo psicológico, llevada a cabo en pacientes con melanomas malignos de estadio I y II, producía un aumento en las estrategias generales de afrontamiento conductuales y cognitivas más activas y positivas, una disminución en medidas de depresión, fatiga, y perturbaciones de humor, así como aumentaba la actividad de los *natural killers* en el grupo tratado frente al control (sin tratamiento). Asimismo, en un periodo de seguimiento de 6 años se observó una menor recurrencia de la enfermedad y de la mortalidad en el grupo tratado, que mostraban estrategias de afrontamiento conductuales activas (Fawzy y cols., 1993; Fawzy y Fawzy, 1994).

En este mismo sentido se ha de citar el importante trabajo de Spiegel y Bloom (1983) y Spiegel, Bloom, Kraemer y Gothiell (1989) en que se evaluó los efectos de un tratamiento psicológico en la supervivencia en un intervalo de 10 años, en una muestra de 86 pacientes con cáncer extendido. Los resultados mostraron que la supervivencia en el grupo tratado era de 36,6 meses, mientras que en el control era sólo de 18,9 meses. Aunque estos hallazgos no se han replicado en pacientes con otros

TABLA V

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER (MOREY Y GREER, 1989)

Estrategia de afrontamiento	Esquema de supervivencia		
	Diagnóstico	Control	Pronóstico
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno
Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno
Fatalismo	Amenaza	Depende de otros	Desconocido
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo
Preocupación ansiosa	Fuerte amenaza	Capacidad de control	Incierto

tipos de cánceres, como el de pulmón que tiene peor pronóstico que el de mama, la evidencia empírica conjunta muestra que la adopción de estilos de afrontamiento adecuados y el manejo del estrés mejora la calidad de vida de los pacientes de cáncer, así como pueden influir incluso en la supervivencia en algunos tipos de cáncer.

No obstante, la relación entre factores psicosociales y cáncer está lejos de ser esclarecida, debido a dos factores:

1. La carencia de modelos teóricos adecuados de la relación de variables psicológicas y cáncer. Estas relaciones dependen del tipo de cáncer, así, el estrés puede ser más determinante en cánceres que los influidos por factores hormonales, como el de cáncer de mama, mientras que aquellos cánceres que dependen de la exposición a carcinógenos, tal como el de pulmón con respecto al tabaco, se relacionan más con hábitos comportamentales. El estadio, la edad y otros muchos factores son variables igualmente relevantes.

2. Problemas metodológicos tales como ausencia de estudios prospectivos, grupos de control adecuados, carencia de datos sobre fiabilidad y validez de instrumentos de medida de afrontamiento, calidad de vida y sucesos estresores.

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CÁNCER Y LOS TRATAMIENTOS EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

La evaluación del paciente de cáncer ha de comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que están asociadas a esta enfermedad y su tratamiento. Esta evaluación es diferente según los objetivos y áreas de que se trate.

El término calidad de vida representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas (quimioterapia, cirugía, etc.) en el paciente, tal como es percibido por éste (Schipper y cols., 1989). Cella y Tulsky (1993) la definen la calidad de vida como "la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal".

La evaluación de la calidad de vida en cáncer tiene dos importantes funciones:

1. Identificar a aquellos pacientes que requieren intervención psicológica, así como cuáles son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de intervención (Cella y Tulsky, 1993)

2 Valorar los efectos de los tratamientos aplicados en oncología, ya que a la hora de aplicar un protocolo de quimioterapia, una terapia hormonal, etc. es preciso conocer no sólo los efectos en la supervivencia sino también en la calidad de vida, dado lo agresivo que pueden llegar a ser estos tratamientos (Aaronson, 1987; Barofsky y Sugarbaker, 1989; Fallowied, 1990).

Las áreas de evaluación del impacto de la enfermedad y terapia en calidad de vida son las siguientes:

1. *Estado funcional* (actividad, independencia), que incluye: capacidad desplazarse, trabajar, llevar a cabo tareas domésticas o de autocuidado (higiene y arreglo personal), capacidad para hacer uso del tiempo libre, etc.

2. *Síntomas físicos asociados al cáncer*, que incluyen: problemas causados por la enfermedad, dolor, respiración, movilidad, sueño, apetito, fatiga, función sexual, etc.

3. *Problemas causados por los tratamientos*: reacciones a la cirugía; quimioterapia o radioterapia; náuseas, vómitos, fatiga; dolor agudo, etc.; reacciones a la hormonoterapia, etc.

4. *Síntomas psicológicos asociados*: ansiedad, depresión, agresividad; afrontamiento o ajuste a la enfermedad; aprendizaje, memoria, atención; autoestima e imagen corporal, sexualidad, etc.

5. *Interacción social*: relaciones con la pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo y otras personas del entorno social.

La evaluación es específica de la fase o momento de intervención médica en que se encuentre el paciente, del tipo de cáncer, estadio y contexto, de forma que ha de orientarse al análisis de las variables que son relevantes a los problemas de cada fase, ya que es muy diferente el caso de una paciente que está en proceso diagnóstico, esperando hacerse una biopsia, de aquella que acaba de ser mastectomizada, de la que va a emprender quimioterapia o quien se encuentra en una fase terminal.

La evaluación ha de ser multidimensional y ha de hacer uso de procedimientos de entrevistas, registros y auto-registros, medidas objetivas y cuestionarios e inventarios. Los instrumentos psicométricos más comúnmente utilizados en cáncer de adultos, se incluyen en la tabla VI. En este listado se incluyen test y cuestionarios que se han desarrollado para la población general, pero que se utilizan frecuentemente en psico-oncología o que tienen datos normativos para pacientes de cáncer (ej. el Perfil de Estados de Humor o el PAIS de Derogatis), junto con otros ideados específicamente para pacientes de cáncer. La *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) ha desarrollado un sistema de medición integrado (QLQ-C30) (Aaronson y cols., 1993) que se utiliza en distintos países y que posee datos normativos y una adecuada investigación sobre sus propiedades psicométricas.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE CÁNCER

El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar (Aaronson y Beckman, 1987). Por otro lado en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el cáncer va a depender de: a) el grado de patología a nivel clínico; b) los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.); c) el nivel y modo de información que reciba; d) el apoyo social y recursos ambientales; e) así como de las competencias del paciente para hacer frente al estrés y la disponibilidad de tratamiento psicológico. En la figura 2 se exponen los principales problemas a los que está expuesto el paciente de cáncer.

TABLA VI

RELACIÓN DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS QUE SE UTILIZAN MÁS FRECUENTEMENTE EN PACIENTES DE CÁNCER

Síntomas psicológicos, emocionales y cognitivos

- Symptoms Check List-R (SCL-R) (Derogatis, 1977; 1983)
- Brief Symptoms Inventory (BSI) (Derogatis, 1983)
- Perfil de estados de humor (POMS) (McNair, Lorr y Dropplement (1971)
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI E-R-) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)
- Escala de ansiedad de Hamilton (HAMS) (Hamilton, 1959)
- Escala de ansiedad de Zung (Zung, 1971)
- Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960)
- Inventario de depresión de Beck (Beck y cols., 1961)
- Escala de depresión de Zung (Zung, 1965)
- Escala de depresión y ansiedad hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983)

Calidad de vida

Global:

- Escala de actuación de Karnosky (Karnosky Performance Scale) (Karnofsky DA y Burchenal JH 1949)
- Índice de calidad de vida (Quality of Life Index, QL-INDEX) (Spitzer WO. et al. 1981)

Específicos:

- Índice de vida funcional-cáncer (Functional Living Index-Cancer, Flic) (Schipper H, Clinch J McMurray A y Levitt M, 1984)
- Sistema de evaluación de rehabilitación en cáncer (Cancer Rehabilitation Evaluation System, CARES) (Schag C y Heinrich RL (1988)
- Suto-evaluación analógico lineal (Linear Analogue Self-Assessment, L.A.S.A) (31 ítems) (Selby PJ, Chapman LAW, Etazadi-Amoli J, et al, 1984)
- Auto-evaluación analógico lineal (Linear Analogue Self-Assessment, L.A.S.A) (10 ítems) (Priestman TJ y Baum M 1976)
- Índice de calidad de vida (Quality of Life Index, QLI) (Padilla GV, Presant C y cols. 1983)
- Índice de calidad de vida (Quality of Life Index, QLI) (Padilla GV, Presant C y cols. 1983) (revisado para pacientes ostomizados)
- Cuestionario de calidad de vida. Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (European Organization for research and treatment of cancer. Quality of life questionnaire, EORT-QLQ-C30) (Aaronson NK; Bakker W, Stewart et al, 1987; 1988; Aaronson et al, 1993)
- Tiempo sin síntomas de enfermedades y efectos tóxicos subjetivos (Q-TWIST) (Gelber y Goldhirst, 1986)
- Auto-evaluación comparada anamnésica (Bernheim y Buise, 1983)

Síntomas de enfermedad

- Escala de síntomas de malestar (Symptoms Distress Scale, SDS) (McCorkle y Young, 1978)
- Inventario de síntomas de rotterdam (Haes y cols., 1987)
- Perfil de síntomas de enfermedad (Symptoms Illness Profile, SIP) (Bergner M, Bobbitt RA y Pollard WE., 1976)
- Cuestionario de síntomas y preocupaciones en pacientes de cáncer terminal (Comas et al, 1990)

Efectos tratamientos

- Índice de náuseas y vómitos Rhodes (Rhodes Index of Nausea and Vomiting, INV form 2 (Rhodes VA, Watson PM y Johnson MH, 1983)
- Evaluación de náuseas y emesis de Morrow (Morrow Assessment of Nausea and Emesis, MANE) (Morrow, 1984)
- Cuestionario de quimioterapia de cáncer de mama (Breast Cancer Questionnaire, BCQ) (Levine MN, Guyat M y Gent (1988)

Apoyo social

- Escala de ajuste diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS) (Spainer, 1976) (relaciones de pareja)
- Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-Unc (The Duke-Unc funcional social support questionnaire) (Broadhead WE, et al. 1988)
- Escala de apoyo social de Michigan (Michigan Social Support Scale) (Levy y cols. 1990)
- Escala de apoyo social (Costa, no publicada)
- Escala de estrés-apoyo social (Dpto. Salud Mental de California, 1981)

(continúa)

TABLA VI

RELACIÓN DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS QUE SE UTILIZAN MÁS FRECUENTEMENTE EN PACIENTES DE CÁNCER

Afrontamiento al estrés

General:

- Cuestionario de modos de afrontamiento (The ways of coping questionnaire) (Lazarus y Folkman, 1984)
- Cope (Carver y Scheier, 1989)

Específicos:

- Escala de ajuste mental al cáncer (Mental Adjustment of Cancer, MAC) (Moorey y Greer, 1989)
- La escala de control emocional de Courtauld (Courtauld Emotional Control Scale) (Watson y Greer, 1983)
- Afrontamiento para ocuparse con la enfermedad (Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbag, 1987)

Adaptación y trastornos psicosociales

- Ajuste global a la enfermedad (Global Adjustment to Illness Scale, GAIS) (PAIS) (Derogatis, 1975)
- Inventario de Stanford de ajuste del paciente de cáncer (Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment, SICPA) (Telch CF y Telch MJ, 1982)
- Escala de ajuste personal a las enfermedades crónicas (Personal Adjustment of Chronic Illness Scale, PACIS) (Hürny, 1989)

Salud general no neoplásica

- Cuestionario general de salud (General Health Questionnaire, GHQ) (Golberg y Hieller, 1979)
- Inventario de salud general de Millon (Millon behavioral health inventory) (Millon, 1982)
- Perfil de salud de Duke-Unc (The Duke-Unc Health Profile, DUHP) (Parkenson; Gehlbach y Eagner, 1982)
- Escala de ajuste psicosocial a la enfermedad-autoinforme (Psychosocial Adjustment to Illness, PAIS-SR) (Derogatis, 1977)
- Estudio de resultados médicos-encuesta salud general forma breve (Medical outcomes study, Mos short-form general Health Survey) (Stewart, Hays y Ware, 1988)
- Perfil de salud de Nottingham (Nottingham Health Profile, NHP) (Hunt y cols. 1981)
- Escala de calidad de bienestar (Quality of Well-being Scale, QWS) (Kaplan et al, 1976)
- Escala de estudios de seguros de salud Rand (Rand Health Insurance Study Scales, HIS) (Brook RH y Ware JE 1979). a) Medidas de días de incapacidad; b) Batería de salud social; c) Batería de percepciones de salud general; d) Batería de limitaciones funcionales/batería de capacidades físicas revisadas; e) Batería de salud mental revisada: escala de bienestar general

Funcionamiento sexual

- Plantilla de funcionamiento sexual (The sexual functioning form Goldberg DC, 1980).
- Inventario de funcionamiento sexual de Derogatis (DSFI) (Derogatis LR, Melisaratos M, 1979)

Dolor

- Cuestionario de dolor McGill (Pain Questionnaire, MPQ) (Melzack, 1975)
- Tarjeta de evaluación del dolor del Memorial (Memorial Pain Assessment Card, MPAC) (Fishman y cols. 1987)
- Cuestionario breve de dolor de Winconsin (BPI) (Cleeland, 1992)

Las líneas de intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes (Cruzado y Olivares, 1996):

INTERVENCIONES PREVENTIVAS

En este caso el objetivo es la adquisición de conductas adecuadas de salud y eliminación de hábitos de riesgo. Es necesario llevar a cabo programas de educación para la salud a través de los cuales las personas, desde la infancia y adolescencia, adquieran información sobre

los factores de riesgo, aprendan hábitos saludables y eviten comportamientos perjudiciales (veáanse los programas preventivos en tabaquismo en Becoña, Palomares y García, 1994).

La detección precoz del cáncer puede determinar la supervivencia en algunos tipos de cáncer, especialmente los de cáncer de cuello de útero, mama, piel, esófago, estómago, colorrectal, vejiga y próstata, ya que para estos tumores existen tratamientos adecuados en niveles precoces. El auto-examen y la realización de pruebas de *screening* sólo se realiza por un número reducido de

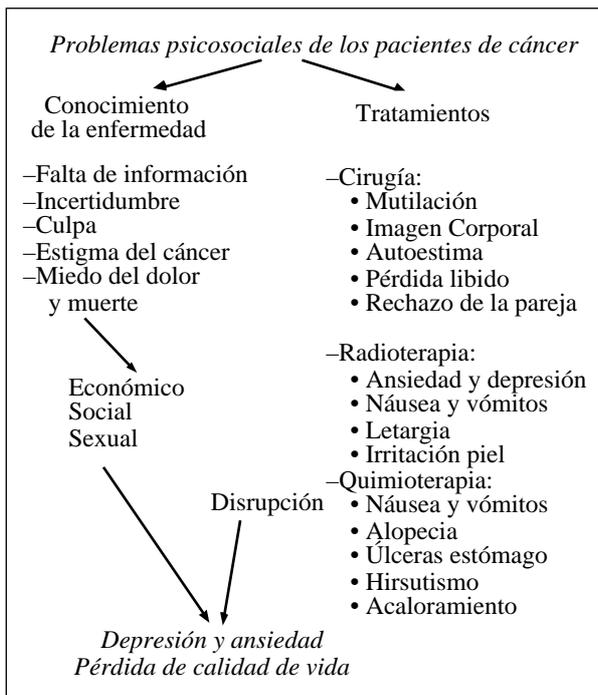


Fig. 2. Problemas psicosociales de los pacientes de cáncer.

personas. Se están llevando a cabo importantes estudios acerca de los factores psicosociales asociados al cumplimiento adecuado de los comportamientos de detección precoz. En concreto, se puede concluir de dichas investigaciones que las intervenciones deben incluir: información sobre la necesidad de *screening* en ausencia de síntomas, información sobre la seguridad de estas técnicas y su eficacia en la detección temprana del cáncer de mama con los beneficios potenciales que conlleva para el tratamiento y curación, señalando que, en la mayoría de los casos, el *screening* va a permitir confirmar que todo va bien, con las consiguientes ventajas en la reducción de ansiedad e incertidumbre. Los mensajes de salud no deben centrarse en la inducción de miedo y ansiedad, ya que se ha comprobado que esta apelación al miedo interfiere más que beneficia la adopción de los comportamientos adecuados. Los mensajes dirigidos a subrayar que la mayoría de las personas que hacen estas pruebas podrán tranquilizarse respecto a su estado de salud (además de los beneficios de la detección precoz para una minoría de ellos), en lugar de focalizarse a posibles amenazas. La campaña debe ir dirigida a aumentar la atención y un nivel moderado de preocupación, acerca de esta posible enfermedad, más que a la inducción de miedo. Los distintos estudios demuestran que un fuerte apoyo social y la recomendación explícita por parte del médico, son las intervenciones más importantes para fomentar los comportamientos de detección precoz.

Los comportamientos saludables no sólo dependen de la información que se administre sino de la presencia de condiciones ambientales que las promuevan y las incentiven, la presencia constante de recordatorios, horarios, accesibilidad y recompensas en los medios de

trabajo, y la eliminación de barreras son elementos necesarios para la implantación y práctica de estos comportamientos.

La información adecuada y el apoyo psicológico se han de potenciar en las personas que reciben consejo genético y que presentan un alto riesgo hereditario, ya que, en muchas de estas personas, la percepción de vulnerabilidad y las reacciones emocionales negativas pueden producir falta de adherencia a las medidas de detección precoz y trastornos desadaptativos (Kash y Lerman, 1998).

INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE

Informar adecuadamente a los pacientes y sus familiares es un aspecto fundamental para la adherencia y confianza en el tratamiento médico y la adaptación del paciente. Hay que determinar los aspectos idóneos en cuanto a contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuenciación más oportuna (véase Arranz et al, 1997; Ibáñez, 1988; Dura, 1990).

PREPARACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS

Preparar al paciente para reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan la hospitalización y los tratamientos subsiguientes. En este caso el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía

TRATAMIENTO PARA PREVENIR RESPUESTAS EMOCIONALES DESADAPTATIVAS Y TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Intervenciones psicológicas con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia (Fawzy y Fawzy, 1994b; Moorey y Greer, 1989).

TRATAMIENTOS ASOCIADOS A LA PATOLOGÍA DEL CÁNCER O TRATAMIENTOS MÉDICOS DEL CÁNCER

En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son:

1. Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), 71 1 etc. (Redd, 1989; Morrow y cols. 1991). O a la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar (Johson, Lauver y Nail, 1989).

2. Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamien-

to en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, GVHD etc. (Alby, 1991, Andrykowski, 1994; Andrykowski; Brady y Henslee-Downey, 1994).

3. Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc (Jay y cols., 1987).

4. Dolor crónico producto de la patología del cáncer (Turk y Fernández, 1990).

5. Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación (Lesko, 1989) o por la propia patología de cáncer.

6. Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual (Auchincloss, 1989; Pellicer y Creus, 1991), esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama.

7. Adaptación a amputaciones (Tebbi y cols., 1985), ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.

INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL

La intervención en cuidados paliativos tiene como objetivo el mantenimiento de la calidad de vida y asegurar una muerte digna del paciente, así como asistir a la familia y prevenir reacciones desadaptativas a largo plazo (Arranz, 1991; Comas, 1991; Bayés y Barreto, 1992).

SELECCIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PERSONAL VOLUNTARIO

Que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.

ENTRENAMIENTO EN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS PARA PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Intervenciones dirigidas al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico, y prevención del burnout.

INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CÁNCER

Un tema prioritario es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aunque hasta la década de los 60 la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes de cáncer del trastorno que padecían (Dura, 1990; Ibáñez, 1988), la tendencia en los últimos años se ha invertido, en algunos países, como EE.UU., por imperativos legales, en otros por razones diversas entre las que se incluyen la demanda de los propios pacientes y la adopción de un modelo de aten-

ción médica más centrado en el papel activo del paciente (Amir, 1987; Dura 1990). Probablemente también sea importante el haber constatado que los pacientes informados correctamente muestran una mejor adaptación social a largo plazo -aunque no de forma inmediata- (Dura, 1990).

Las reglas básicas de la información en el cáncer señalan que deben hacer explícitas las siguientes variables: el contenido de la información, quién debe ser informado, quién debe informar, cuándo se ha de informar y cómo se ha de informar. En resumidas cuentas, los efectos positivos de la información al paciente de cáncer dependen del contenido de la información, de cómo y de cuando se emita.

Contenido de la información: la información debe incluir al menos:

—El diagnóstico y características clínicas del cáncer.

—Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las razones por las que se aplican y los efectos beneficios que comportan.

—Efectos colaterales de los tratamientos, tipos e incidencia y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómitos, etc.

Los contenidos han de estar ajustados a la información que el paciente puede procesar y admitir, según su estado y condición, debe ser siempre verídica y realista (“la verdad soportable”).

Quién debe ser informado:

Se ha de informar tanto al paciente, como a su pareja o familiares más cercanos, la información conjunta sobre todo en la acogida al centro es fundamental para establecer una vía de comunicación clara y abierta entre médico, paciente y familia. Así como crear una sensación de soporte de equipo, en el que el paciente toma una parte activa en lugar de ser una víctima pasiva. Asimismo se debe tener en cuenta que lo que se le diga al paciente, a través de los distintos canales de información, sea similar. Por eso es importante que la comunicación del diagnóstico, pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente a su pareja y a los familiares más allegados.

Quién ha de informar:

La información ha de estar impartida por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicadas por el médico; mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo.

Inicialmente la información se dará oralmente, pudiendo complementarse mediante folletos, películas o información provenientes de otras personas que hayan pasado por una experiencia similar (en este caso es imprescindible un entrenamiento específico de esas personas). La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención (oncólogos, cirujanos, enfermeras, psicólogos) asegurará la congruencia de la información administrada, por eso es importante en la entrevista de acogida, cuando el paciente ingresa en la planta, que esté presente el médico de referencia y el psicólogo, con el paciente y sus familiares.

Cuándo se ha de informar:

Se ha de tener en cuenta que la información ha de ser secuencial, es decir, depende de los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre la persona. Por ejemplo, una paciente con cáncer de mama puede pasar por fases sucesivas de hospitalización, biopsia, mastectomía, quimioterapia, etc., el administrar información general de todas las fases al comienzo sólo creará confusión y ansiedad, se ha de ir informando al paciente según sea necesario enfrentarse a cada fase del proceso, asegurándonos que asimila la información necesaria para afrontar cada una de las fases (Dura, 1990; Holland, 1989).

Cómo se ha de informar:

Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente. La investigación ha revelado distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes. Algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de enfermedad, en este caso, una información reiterada y exhaustiva puede serles negativa, mientras que otros prefieren buscar cuanto más información mejor, por lo que se les debe facilitar la máxima posible (Miller y Mangan, 1983; Miller, Brody y Summerton, 1987).

El estilo y las reglas básicas de comunicación que han de seguirse están expuestas en Arranz y cols. (1997), Bayés (1996) o González Barón (1997). Las estrategias básicas consisten en mostrar empatía, evaluar en cada momento la información que el paciente puede asimilar y estar preparado para escuchar, así como su atención y comprensión de lo que se va diciendo, ir haciendo preguntas para asegurarnos del adecuado seguimiento de la información, escuchar al paciente, permitir y facilitar que el enfermo y sus familiares expresen sus preocupaciones y emociones (no utilizar expresiones tales como “no se preocupe”, “eso no es nada”, “no diga eso”, ya que así se impide que el paciente se exprese), rectificar errores de concepción o comprensión, y graduar la información negativa que se le proporciona.

Para ayudar en este proceso de información, en la entrevista inicial conviene:

—Comenzar identificando lo que sabe el paciente: “¿Qué es lo que sabe de su enfermedad?”, “¿qué le han dicho previamente?”, etc.

—Rectificar los errores que pueden existir en su información.

—Asegurarse de que la información se ha comprendido.

—Después de dar el diagnóstico preguntar: “¿Cómo se siente?”

—Identificar temores y preocupaciones: ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué es lo que más teme?.

—Ayudar a afrontar los temores y preocupaciones: “Por lo que me habéis dicho lo que más os preocupa es..... Para ello es útil observar.....”

—Prevención de respuestas desadaptativas: orientar sobre cuáles son los problemas y reacciones más comunes y modo adecuado de su superación o paliación.

—Preguntar cómo piensan afrontar las dificultades y proporcionar la información que sea necesaria.

—Ofrecer recursos: hablar con otras personas con experiencias similares, dar direcciones y teléfonos de contacto de asociaciones y grupos de auto-ayuda, dar folletos y material escrito.

—Identificar apoyos: abuelos, hermanos, etc.

Conviene terminar esta entrevista enfatizando al propio paciente y a su familia que están haciendo frente a una enfermedad crónica que supone siempre un esfuerzo de adaptación, durante el cual siempre estará a su lado el equipo de atención para apoyarles de forma constante. Asimismo es muy importante cuidar el comportamiento no verbal, ya que se pueden ocultar las palabras pero los mensajes de pesimismo o esperanza también se leen en la expresión del rostro o del cuerpo, en especial: a) la expresión facial, a través de la que el profesional sanitario comunica el grado de interés y comprensión de su interlocutor; b) la mirada, el contacto ocular, el cual puede transmitir un deseo de compartir, indiferencia, distanciamiento o aversión y c) la postura, es decir el modo como el profesional se sienta o permanece de pie, el mero hecho de sentarse comunica al enfermo la sensación de que el profesional va a dedicarle, de forma personal e individualiza todo el tiempo que precise.

La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente. Sin embargo, a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso. La ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por lo tanto, registrar los efectos de la información así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado.

PREPARACIÓN INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE CÁNCER

La aplicación de cirugía, con el propósito de eliminar las fuentes tumorales, es uno de los primeros y más efectivos tratamientos en oncología. Sin embargo, es al mismo tiempo que una garantía de curación, un fuerte estresor para muchos pacientes ya que provoca, en ellos y sus familiares cercanos, reacciones de miedo a la muerte, a la desfiguración, dolor, pérdida de control, etc. Según Contrada, Leventhal y Anderson (1994) se deben distinguir cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía: a) el peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es, la amenaza de la anestesia general, incisión, amputación, etc.; b) los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación; c) la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupacionales, y d) aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y signos de enfermedad, así como la expectati-

va de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.).

Las intervenciones adecuadas para la preparación quirúrgica incluyen las siguientes áreas (véase Contrada y cols., 1994, López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1993):

1. *Información de procedimiento.* Se ha de aportar información precisa de lo que se le va hacer al paciente, el momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a minimizar la incertidumbre y a reducir el malestar.

2. *Información subjetiva y de sensaciones.* Se ha de ofrecer información al paciente sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, en lo que se distinguen de aquellas producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos. Se trata de que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y que sean percibidas correctamente y no como signos de alarma. La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se debe dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

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

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN, PREVENIR Y TRATAR TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

El diagnóstico, el tratamiento y las secuelas de las enfermedades oncológicas constituyen un acontecimiento vital altamente estresante. Las demandas a las que se ve sometido el paciente y las personas de su entorno social son múltiples (véase Figura 2), por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos. Los estudios epidemiológicos (véase Holland, 1998; Ledeborg y Holland, 1997 o Olivares y Cruzado, 1998) con población mixta, ambulatoria y hospitalizada, revelan que el 51% de los pacientes con cáncer presentan alteraciones mentales, la mayoría trastornos de adaptación con estado de ánimo deprimido (68%), seguido de depresión mayor (13%) y trastornos mentales orgánicos (8%). En los pacientes con cáncer avanzado los trastornos depresivos oscilan entre el 25% y el

77%, y los trastornos mentales orgánicos van del 25% al 40% e incluso hasta el 85% en las fases terminales. Estas cifras son similares a las descritas en otras enfermedades graves, y contradice el mito de que los pacientes de cáncer sufren más. Parece pues, que algunos trastornos psicopatológicos, en especial la depresión y la ansiedad, son una reacción normal tras el diagnóstico del cáncer. No obstante, en el caso de la depresión, se ha de tener en cuenta que existen dificultades de diagnóstico, ya que muchos síntomas depresivos están causados por el cáncer o constituyen una reacción funcional, por lo que los criterios de la DSM-IV pueden no ser válidos para el diagnóstico, sobre todo en el caso de pacientes con cáncer avanzado.

Las intervenciones preventivas y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos en pacientes de cáncer es un aspecto fundamental en la atención psicológica. Se ha comprobado que intervenciones breves aplicadas tras el proceso diagnóstico son altamente efectivas para mejorar la adaptación y prevenir los trastornos psicopatológicos. Estos tratamientos implican: a) reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas; b) facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo; c) promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer; d) desarrollar estrategias de solución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer, e) facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares; f) estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales.

Los procedimientos de intervención que se han aplicado con mayor profusión han sido fundamentalmente programas cognitivo-conductuales (Fawzy y Fawzy, 1994b; Golden; Gersh y Robbins, 1992, Moorey y Greer, 1989; Moorey, 1991). Uno de los programas más extendido y que ha recibido mayor atención ha sido el propuesto por Moorey y Greer (1989), denominado Terapia Psicológica Adyuvante (ATP), que es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush y Emery, 1979), específicamente al cáncer y que se expone a continuación (véase Tabla VII).

COMIENZO DE LA TERAPIA (2-4 SESIONES)

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

2. *Vivir una vida ordinaria:* el terapeuta explica los principios para maximizar la calidad de vida. Se trata de ayudar al paciente y a su pareja a planificar y usar el tiempo disponible tan activa y recompensadamente como se pueda. Se aplican técnicas de secuenciación y planificación diaria, que incluyen actividades de dominio y placer, que ayudan a estimular el sentido de control del paciente, al observar que puede realizar un amplio

TABLA VII
CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA
ADYUVANTE

—Estructurada	
—Corto plazo (6-12 sesiones)	
—Focalizada y centrada en el problema	
—Educativa (al paciente se le enseñan estrategias de afrontamiento)	
—Colaborativa	
—Hace uso de tareas caseras	
—Usa una variedad de técnicas de tratamiento:	
Métodos no directivos:	—Ventilación de sentimientos
Técnicas conductuales:	—Relajación —Tareas graduadas —Planificación/ secuenciación actividades
Técnicas cognitivas:	—Registro de pensamientos automáticos —Estrategias cognitivas de afrontamiento —Reestructuración cognitiva
Trabajo con parejas:	—Uso de la pareja como coterapeuta —Entrenamiento en comunicación

rango de actividades, y su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.

3. *Enseñar el modelo cognitivo*: los problemas y objetivos 1 y 2 se formulan de acuerdo con una base cognitiva, se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de la vida diaria. Con algunos pacientes comienza el registro de pensamientos automáticos en esta fase.

4. *Estimular la expresión manifiesta de sentimientos*: se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son “buenas” o “malas”, simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y, posteriormente la forma de hacerles frente.

FASE INTERMEDIA (3-6 SESIONES)

Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en estos aspectos cognitivos siguiendo estos pasos:

1. *Enseñar desafiar pensamiento automáticos y principios básicos de pruebas de realidad* para aplicarlos a sus problemas emocionales.

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

3. *Continuar el proceso de lucha contra el cáncer*. Mejorar la calidad de vida es aún una meta, pero ahora las técnicas cognitivas se añaden a las técnicas conductuales.

TERMINACIÓN DE LA TERAPIA (1-3 SESIONES)

Esta fase se compone de los siguientes elementos:

1. *Prevención de recaídas*: se discuten y entrenan las estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales.

2. *Planificar el futuro*, según progresa la terapia se abordan metas a más largo plazo. Se estimula a las parejas a establecer metas realistas para 3, 6 ó 12 meses por delante y hacer planes prácticos para alcanzarlas.

3. *Identificar supuestos subyacentes*. Al seleccionar pacientes es apropiado explorar creencias que dan lugar a sus problemas emocionales y ayudarles a cambiar reglas y supuestos que relacionan su modo de estar en el mundo.

Greer y cols. (1992) y Moorey y cols. (1994) han llevado a cabo una evaluación experimental de la eficacia de la APT, en la que 134 pacientes de cáncer fueron distribuidos aleatoriamente a un grupo en el que se aplicaban el tratamiento (APT) o a un grupo control sin tratamiento. El tratamiento se componía de 6 sesiones aplicadas semanalmente, ampliables si era necesario a otras 6. Los resultados reflejan una mejoría en medidas de ansiedad, depresión y adopción de estrategias de afrontamiento positivas en el grupo tratado frente al control. La investigación acerca de los tratamientos cognitivo-conductuales en cáncer, aunque escasa, muestra consistentemente que las intervenciones cortas (de menos de 10 sesiones), aplicadas tras el diagnóstico de cáncer, son altamente beneficiosas tanto a corto plazo como a largo plazo para producir un afrontamiento positivo de los pacientes de este acontecimiento estresante, lo que les lleva a disminuir problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida (Andersen, 1992; Fawzy y cols. 1990a, 1990b y Fawzy y cols., 1993).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS REACCIONES CONDICIONADAS A LA QUIMIOTERAPIA

Si bien el tratamiento con quimioterapia es bastante eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes de los

cuales son la ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25 al 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del tratamiento. Hay pacientes que comienzan a vomitar nada más entrar al centro de oncología, o cuando la enfermera les prepara para la infusión, incluso en algunos casos sólo el pensar en el tratamiento les hace sentir náuseas. En total, aproximadamente un 25-33% de los pacientes experimenta náuseas moderadas o intensas; 11%-20% presenta vómitos anticipatorios y el 60% reacciones de ansiedad anticipatoria (Carey y Burish, 1988; Morrow y Dobkin, 1988). Estas reacciones en realidad no son sino respuestas aprendidas producto de procesos de condicionamiento clásico, si no son adecuadamente controladas, pueden conducir a complicaciones más importantes, tales como anorexia y desequilibrios metabólicos, además de contribuir a un deterioro general de la condición física y psicológica del paciente. Por estas razones la etiología y el tratamiento psicológico de las náuseas y vómitos anticipatorios es una de las áreas de la psico-oncología que mayor atención ha suscitado (Burish y Carey, 1986; Morrow y Dobkin, 1988; Carey y Burish, 1988; Redd, 1989; Vasterling, Jenkins, Tope, y Burish, 1993).

Tan frecuentes y conocidos son estos fenómenos que los pacientes que comienzan la terapia generalmente presentan ya una cierta aprehensión por este tipo de procedimientos. Para la mayor parte de los pacientes la primera infusión es realmente más fácil de tolerar de lo que ellos esperaban. A excepción de los protocolos más tóxicos, lo pacientes experimentan náuseas y vómitos de nivel medio siguiendo la primera infusión, pero conforme se continúa el curso del tratamiento con infusiones semanales o quincenales, los pacientes comienzan a notar los efectos colaterales (ej. pérdida de pelo, náusea y vómito). Desafortunadamente, con las infusiones posteriores, estos efectos colaterales se hacen más severos, aproximadamente a la 4ª sesión suelen aparecer las reacciones condicionadas. Para algunos pacientes la situación puede ser hasta tal punto problemática que cualquier suceso o estímulo repetidamente asociado con los efectos colaterales postratamiento se convierte en un elicitador de reacciones anticipatorias. La probabilidad de que un estímulo particular adquiera capacidad para evocar náuseas anticipatorias depende de hasta qué punto esté estrechamente asociado con el tratamiento. Por ejemplo, el olor del alcohol usado para limpiar la piel antes de la infusión puede adquirir, después de 4 ó 5 infusiones, una capacidad suficiente para provocar estos síntomas. Estímulos como el perfume o la voz de la enfermera, la música de la sala de espera, la vista del hospital, así como otros estímulos visuales y auditivos, o el mero recuerdo de estas situaciones, pueden convertirse en estímulos elicitadores de estas reacciones.

La investigación ha revelado una fuerte asociación entre la intensidad, duración y frecuencia de náuseas y vómitos anticipatorios y el desarrollo de reacciones en el pretratamiento y postratamiento (Carey y Burish, 1988; Morrow y Dobkin, 1988; Redd, 1989). De forma que aquellos pacientes que informan de episodios de náusea

y vómito más largos, frecuentes o severos tras cada sesión de tratamiento es más probable que desarrollen náuseas anticipatorias. Dos correlatos se siguen de este hecho, primero, que los pacientes que reciben drogas altamente eméticas tienen un mayor riesgo de desarrollar reacciones anticipatorias. Segundo, que los pacientes que entran en protocolos que incorporan gran cantidad de diferentes agentes quimioterapéuticos causantes de náusea y vómito tienen un mayor riesgo, dado que tales protocolos están asociados con más efectos colaterales. Cualquier variable que incremente los efectos farmacológicos también incrementará la probabilidad de que el paciente experimente efectos colaterales no farmacológicos (Carey y Burish, 1988; Redd, 1989). Algunas investigaciones han apuntado también la importancia de aspectos cognitivos al constatar que los pacientes que esperan experimentar náuseas y vómitos con el tratamiento es más probable que los experimenten, que aquellos que tienen unas expectativas más realistas. Así mismo se ha destacado que los pacientes más ansiosos es más probable que desarrollen reacciones anticipatorias (Andrykowski y Redd, 1987; Morrow y Dobkin, 1988). En mediciones psicofisiológicas, se ha constatado que los pacientes con mayor reactividad autonómica poseen una mayor facilidad para condicionar estas reacciones (Kvale et al, 1991), por lo que la evaluación psicofisiológica puede ayudar a predecir qué pacientes es más probable que desarrollen este problema.

Las técnicas de tratamiento psicológico más comúnmente utilizadas han sido las siguientes:

1. *Hipnosis*. Se ha llevado a cabo la inducción de la hipnosis con sugerencias de relajación profunda y visualización de escenas placenteras, que han de aplicarse durante la quimioterapia, normalmente mediante una cinta (Redd, 1989). Para asegurar su eficacia se ha practicado fuera de la sesión. Los distintos estudios han revelado que ésta es una técnica efectiva para reducir náuseas y vómitos. En concreto, se estima que con esta técnica se consiguen reducciones de un 50% de media en la frecuencia de vómitos y ansiedad pre y post-quimioterapia (Redd, 1989; Zelzer y cols. 1983; 1984)

2. *Relajación muscular progresiva con imaginación*. Tras las sesiones de entrenamiento, el paciente debe utilizar la relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1980) e imaginación de escenas relajantes, antes y durante la infusión de quimioterapia. Para un mejor dominio de la técnica, el terapeuta debe guiar la aplicación de la relajación durante las 4 primeras infusiones, después debe aplicarla el sujeto solo y practicar fuera de la sesión. Se estima la eficacia de esta técnica en un 50% de reducción en náuseas y vómitos (Carey y Burish, 1987; 1988).

3. *Biofeedback-EMG con imaginación*. Consiste en la aplicación de biofeedback de tensión muscular (BF-EMG), en distintas zonas del cuerpo, en conjunción con entrenamiento en relajación e imaginación, durante las infusiones. Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Los resultados de estas intervenciones también han mostrado su eficacia (Cfr. Carey y Burish, 1988).

4. *Desensibilización sistemática.* Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica una respuesta incompatible como la relajación. Un aspecto importante es que la efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se entrene o se aplique al mismo tiempo que la quimioterapia, debido a los efectos del aprendizaje. Existe evidencia experimental de la eficacia de este procedimiento (Morrow y Dobkin, 1988).

5. *Técnicas de control atencional.* Técnicas de distracción mediante estímulos externos, como videojuegos, contar historias o imaginarlas, u otras actividades distractoras, durante la sesión de quimioterapia, con el objetivo de impedir que se produzca el aprendizaje de la ansiedad o, los síntomas psicofisiológicos señalados, a través de un proceso de condicionamiento clásico (Redd, 1989). Las tareas de videojuego, por ejemplo, implican actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida que se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de las reacciones de ansiedad condicionadas. Además, son muy atractivos para los niños y adolescentes, y es una intervención muy económica, ya que requiere poco entrenamiento. Vasterling y cols. (1994) han probado que la distracción y la relajación muestran una eficacia similar.

CONTROL DEL DOLOR

El dolor en cáncer está fuertemente influenciado por dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales, además de los aspectos somáticos (Turk y Fernández, 1990), por eso, el tratamiento adecuado debe implicar tanto intervenciones médicas como psicológicas. En pacientes de cáncer, el dolor es un problema usual, si bien su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, de forma que el dolor moderado a severo puede afectar al 40-45% de los pacientes en el diagnóstico inicial; al 35-40% en estados intermedios, y en el cáncer avanzado al 60-85% de los pacientes (Bonica, 1985). Cleeland (1991) indica que en pacientes con metástasis tienen un riesgo de 1:5 a 1:3 de padecer un dolor importante, que aumenta a 2:3 y 4:5 cuando la enfermedad se encuentra en estados finales.

La etiología del dolor de cáncer puede clasificarse en: a) dolor agudo, provocado por los tratamientos y pruebas diagnósticas del cáncer; b) dolor del cáncer y c) dolor crónico de origen no maligno.

La evaluación del dolor ha de comprender (Cleeland y Syrjala, 1992) las dimensiones: a) conductuales -niveles de actividades o hábitos que se ven interrumpidas o deterioradas-; b) sensoriales y fisiológicos (intensidad y características del dolor); c) cognitivas -patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales-; d) así como el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social y síntomas afectivos concurrentes.

Las intervenciones psicológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han sido o bien técnicas de hip-

nosis (Hilgard y Hilgard, 1985; Golden y cols., 1992); o relajación progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1983) y técnicas de biofeedback.

Se han llevado a cabo programas de condicionamiento operante (Fordyce, 1985) que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de quejas y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario.

Por último, los programas que recientemente han adquirido mayor desarrollo son los *cognitivo-conductuales*, en especial los programas de *Inoculación del estrés* (Turk y Fernández, 1991), que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor. Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos: a) educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor; b) adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención (con el objeto de disminuir aspectos sensoriales) -distracción, imaginación o reinterpretación de sensaciones-, graduación de tareas y habilidades sociales (para tratar aspectos motores y afectivos); y detención de pensamiento, resolución de problemas y control diálogo interno (para modificar aspectos cognitivos y afectivos); c) ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas en condiciones inicialmente muy favorables y progresivamente más próximas a las condiciones habituales en la vida del paciente, y d) entrenamiento en generalización y mantenimiento.

A la hora de diseñar las técnicas de intervención hay que tener presente la magnitud y características del dolor, así como los recursos y habilidades, en especial la habilidad cognitiva del paciente. En el dolor asociado al cáncer estas técnicas han de aplicarse en combinación con las intervenciones farmacológicas, ya que en el caso de dolor continuo y/o de alta intensidad, las técnicas de relajación o redirección de la atención no son tan útiles.

Con el objeto de disminuir la ansiedad y el estrés ante procedimientos diagnósticos o de tratamiento que implican dolor agudo, tales como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea, sobre todo en niños se han aplicado: a) técnicas operantes de reforzamiento positivo contingente a la conducta cooperativa (Jay et al, 1985; 1987; Manne y Andersen, 1991); b) técnicas de modelado, filmado o en vivo, e información preparatoria (Jay y cols., 1986) y ensayo conductual (Jay et al, 1985, Jay y cols. 1987); c) imaginación emotiva (McGrath y Weber, 1986); d) distracción imaginaria y visualización (Manne y Andersen, 1991), e) hipnosis generalmente, combinada con procedimientos de redirección y control de la atención (Hilgard y LeBaron, 1982; Zelzer y LeBaron, 1982); f) técnicas de relajación y control de la respiración (Jay et al, 1985; Zelzer y LeBaron, 1982).

INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a

mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por más tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un corto lapso de tiempo. Gómez Batiste y Roca (1990) señala como características de la situación terminal: a) enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta, relativamente estable; b) ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos; c) pronóstico de vida probable inferior a 6 meses; d) impacto emocional intenso sobre el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitado por la proximidad de la muerte, y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

La atención puede dispensarse mediante unidades de cuidados paliativos, que son servicios hospitalarios especializados en este tipo de atención (véase Astudillo y cols., 1994; Bayes y Barreto, 1992; Cassidi, 1991; Jackson, 1990), y que han de estar integrados por equipos multidisciplinarios que incluyen médicos (siendo muy importantes los consultores de los servicios de oncología y unidad del dolor), enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, en los que también pueden incluirse terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como voluntarios. De forma alternativa, la atención puede ser domiciliaria, en la propia casa del paciente, mediante equipos de apoyo o unidades de asistencia domiciliaria, trabajando en colaboración con la asistencia en centros de día, consultas externas y servicios de hospital. El objetivo de las intervenciones, en este caso, es mantener la máxima calidad de vida en el paciente y en sus familiares más cercanos.

Los cuidados paliativos han de orientarse, en primer lugar, al control de los síntomas físicos: dolor, fatiga, debilidad, problemas del sueño, anorexia, etc. Los objetivos generales del tratamiento psicológico se centran en las tres áreas fundamentales (Comas, 1991):

1. Respecto al enfermo terminal:

- Reducir la soledad y el aislamiento del paciente.
- Aumentar su control sobre el entorno y su autonomía.
- Reducir la apreciación de amenaza: la ambigüedad e incertidumbre.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir la ansiedad y depresión.
- Control de síntomas.

2. Respecto a los familiares:

- Soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual y para la pérdida inminente.
- Soporte informativo de los recursos que pueden usar.

3. Por último, respecto al abordaje del personal sanitario:

- Ayudar a controlar y manejar sus propias emociones ante la situación terminal.
- Formación en la detección de las necesidades reales del paciente terminal.

Según Barreto, Martínez y Pascual (1990) el papel del psicólogo puede resumirse en tres puntos: a) fomento de recursos del paciente (capacidad de relajación, distracción, imaginación..); b) detección de necesidades psicológicas y problemas específicos del enfermo (soledad, ansiedad, miedo, ira, pérdida de interés, dependencia, depresión, insatisfacción general, insatisfacción con la apariencia física, problemas de concentración), en relación al equipo terapéutico (habilidades de comunicación, auto-control, resolución de problemas y afrontamiento del estrés) y familia, y c) dar apoyo emocional.

Para conseguir estos objetivos ha de hacerse uso de técnicas cognitivo-conductuales, tales como adaptaciones de la APT o de la inoculación de estrés; así como componentes de relajación e hipnosis, para controlar niveles de ansiedad; técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas tanto del paciente como de las personas de su entorno. La cooperación de voluntarios que hayan tenido familiares con cáncer, bien entrenados y seleccionados, es un elemento de aprendizaje vicario de respuestas de afrontamiento que es muy útil.

CONCLUSIONES

La aplicación de las intervenciones psicológicas en el área del cáncer es muy variada, ya que los distintos tipos de cáncer y las fases del proceso por las que pasa el paciente plantean objetivos de intervención muy diferentes. La investigación empírica sobre la aplicación de intervenciones psicológicas, aunque escasa, ha mostrado, de forma consistente, que los tratamientos psicológicos son eficaces a corto y largo plazo tanto para mejorar el funcionamiento del sistema inmunológico, como para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Es evidente, como en muchos otros casos, que el problema a abordar y dar solución no es el problema del cáncer, en términos impersonales, sino el de una persona afectada por el cáncer, y el entorno familiar y social de ésta, afectada así mismo por cómo se vive esta situación. Una de las consideraciones más básicas de todos los tiempos, con respecto a la enfermedad, es la de que no hay solución pero a veces, es el enfermo el que no quiere curarse. Facilitar a una persona y a su entorno la motivación y las estrategias para hacer frente a un problema como el cáncer es fundamental. Los psicólogos debe seguir desarrollando procedimientos de intervención que mejoren estos aspectos tan centrales, pero esto sólo puede hacerse con ciertas garantías en el marco de una intervención integrada de los distintos profesionales implicados en el tratamiento del cáncer. Por estas razones, cada vez es más evidente la necesidad de la creación de unidades de psicooncología, conectadas y en estrecha colaboración con los restantes profesionales del tratamiento del cáncer, que permitan proporcionar la necesaria atención psicológica a los pacientes de cáncer y sus familiares, y al mismo tiempo sirvan para fomentar la investigación en esta área.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaronson NK y Beckmann, J.h. (Comps.) The quality of life of the cancer patient. Nueva York. Raven Press 1987.
2. Aaronson NK, Ahmedzay S, Bergman, B, Bullinger, M, Cull, A, Duez, N.J, Filiberti, A, Flechner, H, Fleishman SB, Haes J, Kaasa S, Klee M, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw K, Suklivan M, Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-375.
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures. Nueva York 1994.
4. Andersen. Psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 552-568.
5. Andersen BL, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Abiobehavioral model of cancer stress and disease course *American psychologist* 1994; 49: 389-404.
6. Andreu Y. Creación de un cuestionario para pacientes de cáncer de mama. Tesis doctoral. Valencia. Universidad de Valencia 1987.
7. Andrykowski MA. Psychosocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendations for research. *Bone Marrow transplantation* 1994; 13: 357-375.
8. Andrykowski MA, Brady MJ, Henslee-Downey PJ. Psychosocial factors predictive of survival after allogenic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosomatic Medicine* 1994; 432-439
9. Andrykowski MA, Redd WH. Longitudinal analysis of the development of anticipatory nausea. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 36-41.
10. Arnetz, BB, Waserman J, Petrini, B, Brenner SO, Levy C, Ene-roth P, Salovaara H, Hjelm R, Salovaara L, Theorell T, Peterson IL. Immune function in unemployed women. *Psychosomatic Medicine* 1987; 49: 3-12.
11. Arranz P. Papel del psicólogo en los cuidados paliativos del enfermo no curable. Ponencia presentada a la III Reunión de trabajo sobre cuidados paliativos y de soporte en el enfermo oncológico, Santander octubre 1991.
12. Arranz P. Costa M, Bayés R, Cancio H, Magallón M, Hernández F. El apoyo emocional en hemofilia. Madrid. Pentacron 1997.
13. Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.) *Handbook of psychooncology* Nueva York. Oxford University Press 1989.
14. Barofsky I, Sugarbaker PH. Cancer. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York. Raven Press 1990.
15. Barreto O, Martinez E, Pascual, A. Pautas de acción psicoterapéutica en la asistencia al enfermo terminal. En II Congreso Oficial de Psicólogos, Área 5, . Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos 1990: 104-197.
16. Bayés, R. *Psicología oncológica*. Barcelona, Martínez Roca. 2ª Ed. 1990.
17. Bayés R. La prevención del cáncer. 1987; 783: 45-56.
18. Bayés R. (1996) Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer) En M. González Barón (Ed.) *Tratado de medicina paliativa*. Madrid. Panamericana.
19. Bayés R, Barreto P. las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud* 1992; 3: 11-19.
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 31: 53-63.
21. Beck AT, Weisman A Lester D. The measure of pessimis: The Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42: 861-865.
22. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, Nueva York: Guilford Press (Traducción castellana, en Ed. DDB, Bilbao, 1983).
23. Black PM, Morrow GR. Anticipatory nausea and emesis: behavioral interventions. En M. Watson, (Ed.) *Cancer patient care*. Leicester: British Psychological Society, 1991.
24. Bloom JR. Social support and adjustment to breast cancer. En B. L. Andersen (Ed.) *Women with cancer. Psychosocial perspectives*. Nueva York, Springer-Verlag 1986.
25. Bonica JJ. Treatment of cancer pain: Current status and future needs. En H. L. Fields y cols., (Eds) *Advances in pain research and therapy*. Nueva York. Raven Press 1985.
26. Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. Cancer statics, CA-A Cancer Journal for Clinicians 1994; 44: 7-26.
27. Bovberg DH. Psychoneuroimmunology: Implications for oncology. *Cancer* 1991; 67: 828-832.
28. Broadhead WE, Gehback SH, De Craig J, Kaplan, BH. The Duke UNC Funcional Social Support: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care* 1988; 26: 709-723.
29. Carey MP. Problemas sexuales de los pacientes con cáncer. *Revisión en Cáncer* 1991; 5: 162-166.
30. Carey TG, Burish TG. Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients: A comparison of three delivery techniques. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 72-737.
31. Carey MP, Burish TG. Aetiology and treatment of the psychological side-effects associated with cancer chemotherapy. *Psychological Bulletin* 1988; 104: 307-325.
32. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretical based approach *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-283.
33. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, Moffat FL, Clark KC. Optimiss versus pessimisms predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer* 1994; 73: 1213-1220.
34. Cella DF, Tulsy DS. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation* 1993; 11: 327-336.
35. Cleeland CS, Syrjala KL. How to assess cancer pain. En D. C. Turk y R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment*. Nueva York. Guilford Press 1992.
36. Comas MD. Suport emocional a la situació de malaltia terminal: una proposta multidisciplinaria, Mecanografiado 1991.
37. Comas MD, Martínez E, Barreto P, Bayes R, Roca J, Pascual A, Garolera, D, García-Conde J, Gómez-Bariste X. Assessment of the perception of symptoms & worries in terminal patients. 1º Congress de l'Association Europeenne de Soins Paliatifs. París Francia 1990.
38. Contrada RJ, Leventhal H, O'Leary. Personality and health. En L. Pervin (Ed.) *Handbook of personality: Theory and research*. Nueva York: Guilford Press 1990
39. Contrada RJ, Leventhal EA, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En S. Maes; H. Leventhal y M. Johnston (Eds.) *International review of health Psychology*. Nueva York. Wiley 1994
40. Cooper (Ed.) *Cancer and stress. Psychological, biological and studies of coping*. Nueva York. Wiley 1991.
41. Cruzado JA, Olivares ME, Fernández B. Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En Macía, D, Méndez FX, Olivares J. *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid. Pirámide 1993.
42. Cruzado JA, Olivares ME. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En J. M. Buceta (Ed.) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. Pirámide 1996.
43. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17: 197-210.
44. Derogatis LR, Melisaros M. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sexual and Marital Therapy* 1979; 5: 244-281.
45. Derogatis LR. *Global adjustment to illness scale*. Baltimore. Clinical Psychometric Research 1975.
46. Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration,scoring and procedures manual-II*, 2ª edición. Baltimore MD. Clinical Psychometric Research 1983.
47. Dura E. El dilema de informar al paciente de cáncer. Valencia. Nau Llibres 1990.
48. Fallowied L. *The quality of life*. Nueva York. Condor Book 1990.
49. Fallowied L y Clark A. *Breast cancer*. Londres. Routledge 1991.

50. Fawzy IF, Cousins N Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47: 720-725.
51. Fawzy FI, Fawzy NW. Psychoeducational interventions and health outcomes. En R. Glaser y J. Janice Kiecolt-Glaser (Eds.) *Human stress and immunity*. Nueva York. Academic Press 1994.
52. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured Psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry* 1994; 16: 149-192.
53. Fawzy IF, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins M, Fahey JL. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47: 729-735.
54. Fawzy IF, Fawzy NW, Hyun LS, Ghutherie D, Fahehey JL, Morton D. malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric interventions, coping, and effective state on recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 681-689.
55. Fishman B, Pasternak S, Wallenstein SL, Hudse R, Holland JC, Foley KM. The memorial pain assessment card: a valid instrument for the evaluation of cancer pain. *Cancer* 1987; 60: 1151-1158.
56. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis. MO: Mosby 1976.
57. Funch,D, Marshall J. The role of stress,social support and age in survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 1983; 27: 177-183.
58. Galdón MJ. Predictores psicosociales del screening en el cáncer de mama. Una revisión. *Boletín de Psicología*, 1998; 60: 91-107.
59. Gili M, Roca M. Trastornos afectivos en oncología. En M. M. Roca y M. Bernardo (Eds.) *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona Masson 1996.
60. Glaser R, Kiecolt-Glase JK, Speicher CE, Holliday JE. Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine* 1985; 8: 249-260.
61. Glaser R, Rice J, Sheridan J, Fertel R, Stout J, Speicher CE, Pinsky D, Kotur M, Post A, Beck M, Kiecolt-Glaser JK. Stress-related immune suppression: health implications. *Brain, Behavior and immunity* 1987; 1: 7-20.
62. Glaser R, Kiecolt-glaser JK, Stout JC, Tarr KL, Speicher CE, Holliday JE. Stress related impairment in cellular immunity. *Psychiatric Research* 1985; 16: 233-239.
63. Golberg DC, Hieller VF. A scaled version of the general health questionnaire *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.
64. Goldberg DC. *The Sexual Functioning Form*. Filadelfia PA. Temple Univesity Medical School 1980.
65. Golden WL, Gersh WD, Robbins DM. *Psychological treatments of cancer patients. A cognitive-behavioral approach*. Nueva York. MacMillan 1992.
66. Gómez-Sancho, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid. Arán 1998.
67. González A, González MJ, García P. *Control del cáncer*. En *Noticias de Salud, Monográficos: Cáncer*. Madrid: Consejería de Salud, 1994
68. González Barón M. El proceso de información al paciente oncológico, En Flórez JA (Ed.) *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid. Ergón, 1997.
69. Green J, Shellenberger R. *The dynamics of health and wellness. A byopsychosocial approach*. Filadelfia. Holt, Rinehart and Winston, 1991.
70. Greer S. Psychological response to cancer and survival. *Pschological Medicine* 1991; 21: 43-49.
71. Greer, S, Moorey, S, Baruch, J.D.R, Watson, M. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal* 1992; 304: 675-680.
72. Greer S, Watson, M. Mental adjustment to cancer. *Cancer Surveys* 1987; 6: 343-453.
73. Grossarth-Matticek, R, Bastianans, J, Kazazir, D. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and dtroke: The yugoslav prospective stydy. *Journal of Psychosomatic Research* 1985; 29: 167-176.
74. Haes JC, Raatgever, J.W, Van der Burg MEL, Hamersma E, Neijt JP. Evaluation of the quality of life of patients with advanced ovarian cancer treated with combination chemotherapy. En N. Aaronson y J. Beckman (Eds.) *The quality of life cancer patients*. Nueva York. Raven Press 1987.
75. Hamilton M. The assessment of anxiety states by ratings. *British Journal of Psychiatric* 1959; 32: 5 0-55.
76. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal Neurological and Neurosurgical Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
77. Heller T, Bailey L, Pattison S. (Eds.) *Preventing cancers*. Buckingham, Open University Press 1992.
78. Herbert,T.B, Cohen,S. Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic medicine* 1993; 55: 364-379.
79. Hilgar, E.R, LeBaron, S. Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: Quantitative measures and clinical observatons. *International Journal Clinical and Experimental Hypnosis* 1982; 30: 417-442.
80. Hilgard, E.R, Hilgard JR. *Hypnosys in the relief of pain*, Los Altos. William Kaufman 1985.
81. Holland, J.C. (Ed.) *Psycho-oncology*. Nueva York. Wiley 1998.
82. Holland, J.C. Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the twentieth century. *Cancer* 1991; 67: 767-773.
83. Holland JC. *Psycho-oncology: overview,obstacles and opportunities*. *Psycho-oncology* 1992; 1: 1-14.
84. Holland JC, Rowland JH (Eds.) *Handbook of psychooncology*. Nueva York. Oxford University Press 1989.
85. House JS, Landis, K.R, Umberson, D. Social relationship and health. *Science* 1988; 241: 540-545.
86. Ibáñez E. La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados del cáncer. *Boletín de Psicología* 1988; 21: 27-50.
87. Ibáñez E, Romero R, Andreu Y. Personalidad tipo C. Una revisión critica. *Boletín de Psicología* 1992; 35: 49-79.
88. Irwin M, Daniels M, Bloom E, Smith T, Weiner H. Life events, depressive symptoms, and immune function. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 437-441.
89. Irwin J, Anisman H. *Patología y estrés: interacciones inmunológicas con el sistema nervioso central*. En COOPER,C.L. (Eds.) *Estrés y cáncer*. Madrid: Díaz de Santos, 1986.
90. Jackson L. (1990) *Team buiding*. En C. Saunders (Ed.) *Hospice and palliative care*. Londres: Arnold.
91. Jay SM, Elliot CH, Ozolins M, Olson RA, Pruitt SD. Behavioral management of children's distress during painful medical procedures. *Behavior Research and Therapy* 1985; 23: 513-520.
92. Jay SM, Elliot C, Varni, J.W. Acute and chronic pain in adults and children with cancer *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 601-607.
93. Jay SM, Elliot CH, Katz, E, Siegel SE. Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for children's distress during painful medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 860-865.
94. Johnson JE, Lauer DR, Nail LM. Process of coping with radiation therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 358-364.
95. Karnofski, D.A, Burcheval, J.H. The clinical evaluation of chemotheapeutics agents in cancer. En C.M. McLeod (Ed.) *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Nueva York. Columbia University Press 1949.
96. Kash KM Lerman, C. Psychological, social, and ethical issues in gene testing. En J. C. Holland (Ed.) *Psycho-oncology*. Nueva York. Oxford 1998.
97. Kiecolt-Glaser JK, Fisher ID, Ogrocki P, Stout J, Speicher C, Glaser R. Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosomatic Medicine* 1987; 49: 13-34.
98. Kvale G, Hugdahl K, Asbjornsen J, Rosengren B, Lote K, Nordby H. Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 894-898.
99. Labrador FJ, Creespo M, Cruzado JA, Vallejo MA. Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En JM Buceta (Ed.) *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson, 1996.
100. Labrador FJ, Fernández-Abascal EG. Registros psicofisiológicos. En Fuentenebro F, Vázquez C. (Comps.) *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990.

101. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1984.
102. Ledeborg MS, Holland JC. *Psicooncología*. En H. I. Kaplan; B. J. Sadock y J. A. Grebb (Eds) *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Panamericana, 1998.
103. Lesko LM. Nausea and vomiting: Physiology and pharmacological management. En Holland, J.C, Rowland, J.H. (Eds.) *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford, 1989.
104. Levine MN, Guyatt GH, Gent M, De Pauw S, Goodyear MD, Hryniuk, W.M, Arnold A, Findlay B, Skillings JR, Bramwell V.H, Levin L, Bush H, Abu-Zahara H, Kotalik J. Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *Journal of Clinical Oncology* 1988; 6: 1798-1810.
105. López-Roig S, Pastor MA, Rodríguez-Marín J. Programas de preparación psicológica para la cirugía. En D. Macía; F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.) *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1993.
106. Lostao I, Corot P, Sandín B, Lacabe F. Variables psicossociales relacionadas con la participación en un "screening" de cáncer de mama. *Arbor CLIV* 1996; 608: 33-71.
107. Manne ESL, Andersen BL. Pain and pain related distress in children with cancer. J. P. Bush y S. W. Harkins (Eds.) *Children in pain* Nueva York: Springer-Verlag, 1991.
108. Mastrovito R, Moynhan RT, Parsonnet L. Self-help and mutual support programs. En Holland JC, Rowland JH. (Eds.) *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford 1989.
109. McClelland DC, Ross G, Patel V. The effect of an academic examination on salivary norepinephrine and immunoglobulin levels. *Journal of Human stress* 1985; 11: 52-59.
110. McGrath PA, deVeber L. The management of acute pain evoked by medical procedures in children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 1986; 1: 145-150.
111. McGuire DB, Yarbo CH. (Eds.) *Cancer pain management*. Orlando. Grune and Stratton 1987.
112. Mckorkle R, Young K. Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing* 1978; 1: 373-378.
113. McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. *Profile of Mood States*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1971.
114. Miller SM, Brody DS, Summerton J. Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 54: 142-148.
115. Miller SR, Mangan CE. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 45: 223-226.
116. Miller SM, Shoda Y, Hurley K. Applying cognitive-social theory to health protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin* 1996; 119: 70-9.
117. Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for patients with cancer*. Londres. Heineman 1989.
118. Moorey, S, Greer, S, Watson, M, Baruch, J.D.R, Robertson, M, Mason A, Rowden L, Tunmore R, Law M, Bliss J. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology* 1994; 3: 39-46.
119. Morrow GR, Dobkin PL. Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalence, etiology, and behavioral interventions. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 517-556.
120. Morrow, G.R, Lindke, J, Black, P.M. Anticipatory nausea development in cancer patients: replication and extension of a learning model. *British Journal of Psychology* 1991; 82: 61-72.
121. Namir S, Wocott DL, Fawzy FI, Alumbagh MJ. Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Psychology* 1987; 17: 309-328.
122. Olivares ME, Cruzado JA. Tristeza y depresión en el cáncer. En F. Palmero y E. García Fernández-Abascal (Eds.) *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel, 1998.
123. Padilla GV, Presant C, Grant MM, Metter G, Lipsett J, Heide F. Quality of life index for patients with cancer. *Research Nursing Health* 1983; 6: 117-126.
124. Parkerson GR, Gelbach SH, Wagner EH. The Duke-UNC Health profile: An adult health status instrument for primary care. *Medical Care* 1982; 19: 806.
125. Pearlman DN, Rakowski W, Clark MA, Ehrich B, Rimer BK, Goldstein MG, Woolverson III H, Dube CE. Why do women's attitudes toward mammography change over time? Implications for Physician-patient communication. *Cancer epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1997; 6: 451-457.
126. Pellicer X, Creus MJ, Soler LA. La sexualidad en el enfermo oncológico. *Revisión en Cáncer* 1991; 5: 154-161.
127. Pérez G., Arranz JA, Lara MA, Calvo F. *Prevención del cáncer*. En *Noticias de salud, Monográficos: Cáncer*. Madrid: Consejería de Salud, 1994.
128. Pettingale KW, Morris T, Greer S, Haybittle JL. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet* 1985; 1: 750.
129. Presant CA, Klack C, Hogan L. Evaluating quality of life in oncology patients: pilot observations. *Oncology Nursing Forum* 1981; 8: 26-30.
130. Redd WH. Management of anticipatory nausea and vomiting. En Holland JC, Rowland JH. (Eds.) *Handbook of Psychooncology* Nueva York: Oxford University Press 1989.
131. Rhodes VA, Watson PM, Johnson MH. Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. *Cancer Nursing* 1983; 7: 33-41.
132. Sanson-Fisher R. Primary and secondary prevention cancer: opportunities for behavioural scientists. En S. Maes; H. Leventhal y Johnston M. (Eds.) *International Review of Health Psychology*. Nueva York: Wiley, 1993; Vol. 2.
133. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44: 127-139.
134. Schagg CAC, Heinrich RL, Aadland RL, Ganz PA. Assessing problems of cancer patients: psychometric properties of the cancer inventory of problem situations. *Health Psychology* 1990; 9: 83-102.
135. Schagg CAC, Heinrich RL, Ganz PA. Cancer inventory of problem situations: an instrument for assessing cancer patients' rehabilitation needs. *Journal of Psychosocial Oncology* 1983; 1: 11-24.
136. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index Cancer. Development and validation. *Journal of Clinical Oncology* 1984; 2: 472-483.
137. Selby PJ, Chapman JAW, Etzadi-Amoli J, Dalley D, Boyd NF. The development of a method for assessing the quality of life cancer patients. *British Journal of Cancer* 1984; 50: 13-22.
138. Spainer GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and The Family* 1976; 38: 15-28.
139. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine* 1983; 45: 333-339.
140. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheit E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 14: 888-892.
141. Spielberger CD., Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California. Consulting Psychology Press 1970.
142. Spielker B. *Quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York: Raven Press 1990.
143. Tebbi CK, Stern M, Boyle M, Mettling CJ, Mindell ER. The role of social support systems in adolescent cancer amputees. *Cancer* 1985; 56: 965-971.
144. Telch CF, Telch MJ. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 802-808.
145. Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Social and Scientific Medicine* 1985; 20: 833-840.
146. Temoshok I, Dreher H. *Type C and cancer*. Nueva York: Random House, 1992.
147. Turk DC, Fernández E. On the putative uniqueness of cancer pain: Do psychological principles apply? *Behavior Research and Therapy* 1990; 28: 1-13.
148. Turk DC, Fernández E. Pain: a cognitive-behavioral perspective. En M. Watson (Eds.) *Cancer patient care: Psychological treatment methods*. Cambridge: British Psychological Society, 1991.

149. Vernon SW, Jackson GL. Social support, prognosis and adjustment to breast cancer. En Markides KS, Cooper CL (Eds.) *Aging, stress and health*. Nueva York: Wiley, 1990.
150. Vasterling J, Jenkins RA, Tope DM, Burish TG. Cognitive distraction and relaxation training form the control training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 16: 65-80.
151. Willet WC. Diet and health: What should we eat? *Science* 1994; 264: 532-537.
152. World Cancer Research Fun. *Food, Nutrition and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington. American Institute for Cancer Research 1997.
153. Zelzer L, LeBaron S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics* 1982; 101: 1032-1035.
154. Zelzer LK, Kellerman J, Ellenberger L, Dash J. Hypnosis for reduction of vomiting associated with chemotherapy and disease in adolescents with cancer. *Journal of Adolescent Health Care* 1983; 4: 77-84.
155. Zelzer LK, LeBaron S, Zelzer PM. The effectiveness of behavioral interventions in children and adolescents receiving chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* 1984; 2: 683-690.
156. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1983; 67: 361-370.
157. Zung WW. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. *Archives of General Psychiatric* 1965; 13: 508-505.
158. Zung W. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12: 371-384.