

1. Aspectos psico-oncológicos y sociales del cáncer de mama

PSYCHO-ONCOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF BREAST CANCER

Marta Corral Ardila

Graduada en Enfermería.

RESUMEN

El Cáncer es una enfermedad que presenta una elevada prevalencia en España. Además, el curso de esta enfermedad resulta ser muy peligroso y difícil para los pacientes que la padecen. Por ello, muchos los pacientes suelen sufrir un fuerte impacto emocional al conocer el diagnóstico de la misma, presentando además reacciones emocionales negativas, tales como: Negación, miedo, estrés, depresión, insomnio, etc.

El Cáncer de mama, en concreto, es la variedad oncológica que más se desarrolla en la población de sexo femenino y además, tiene una elevada incidencia en nuestro país, produciendo una gran cantidad de muertes anualmente.

Por ello, en la presente Tesina de investigación, se ha realizado una revisión bibliográfica respecto a los aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer de mama en los pacientes, para conocer en profundidad cómo afecta la vivencia de la enfermedad a las pacientes que la poseen y poder así buscar algunas alternativas para mejorar su calidad de vida y paliar las secuelas psicológicas, sociales y físicas que pueden sufrir.

Palabras clave: Cáncer, Cáncer de mama, Diagnóstico de Cáncer de mama, Impacto Emocional del Cáncer de mama.

ABSTRACT

Cancer is a disease with a high prevalence in Spain. In addition, the course of this disease turns out to be very dangerous and difficult for patients who suffer from it. For this reason, many patients tend to suffer a strong emotional impact when knowing the diagnosis of it, also presenting negative emotional reactions, such as: denial, fear, stress, depression, insomnia, etc.

Breast cancer, specifically, is the oncological variety that most develops in the female population and also has a high incidence in our country, producing a large number of deaths annually.

For this reason, in this research thesis, a bibliographic review has been carried out regarding the psycho-oncological and social aspects of breast cancer in patients, to know in depth how the experience of the disease affects the patients who have it and thus be able to look for some alternatives to improve their quality of life and alleviate the psychological, social and physical consequences that they may suffer.

Key words: Cancer, Breast Cancer, Breast Cancer Diagnosis, Emotional Impact of Breast Cancer.

1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer suele ser una enfermedad difícil y peligrosa para los pacientes que la padecen y, por ello, produce con frecuencia reacciones psíquicas traumáticas en dichos pacientes, sobre todo en el momento en el que se les comunica su diagnóstico. [1]

Se conoce que la enfermedad del Cáncer, además de producir un gran impacto psicológico en los pacientes que la padecen, también lo produce en todas las personas que están a su alrededor y vinculadas con ellos afectivamente. Además, también se generan trastornos emocionales que son muy prevalentes en quienes sufren esta enfermedad, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. Pero, a pesar de esto, son muchos los pacientes que no reciben ningún tipo de apoyo psicológico ni en el momento del diagnóstico ni durante su enfermedad, aunque refieren necesitarlo. [1].

Por eso mismo, en este trabajo, vamos a analizar (a la luz de una revisión bibliográfica) cuáles son los aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer y, en concreto, nos centraremos en el Cáncer de mama.

Además de los trastornos emocionales mencionados, que son la ansiedad y la depresión, en los pacientes con Cáncer también es frecuente que aparezcan algunos problemas sociales... por lo que nos encontramos en un típico caso psicossocial y, por ende, de Enfermería Psicossocial. La mayoría de tales problemas se debe a dificultades en las relaciones con la pareja y/o con miembros de la familia o amigos. Aunque existen otros muchos problemas sociales debidos a la enfermedad, como son el retraimiento, la pobreza y el desempleo que puede generar. [2]

El Cáncer, además, es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población mundial, por lo que resulta necesario realizar una adecuada atención a la misma por parte del Personal de Enfermería. [3]

Las Intervenciones Psicossociales son, con frecuencia, muy necesarias en los pacientes con Cáncer, (de hecho, existe una sub especialidad -dentro de la Psicología Clínica- que es la Psicooncología -3-) y, con ellas, se persiguen los siguientes objetivos: favorecer el bienestar de los pacientes, reducir las reacciones emocionales negativas y/o patológicas que produce la enfermedad, volver al estado psíquico en el que se encontraba el paciente antes de sufrir la enfermedad, ayudar al enfermo a recuperar sus rela-

ciones sociales y a fomentar la escucha activa y conseguir la contribución del paciente en el proceso de su enfermedad y sus cuidados [2].

Por tanto, como hemos mencionado anteriormente, resulta necesario ir más allá del modelo biomédico en el que se basa (por desgracia), en la mayoría de las ocasiones, la atención de los pacientes en la actualidad, si no como sabemos, esto ha de hacerse desde una perspectiva holística y biopsicosocial [4-5]. De esta forma, debemos realizar una atención de Enfermería Psicosocial, en los pacientes con Cáncer, que nos permita elevar su supervivencia y potenciar e implementar su calidad de vida.

Existen numerosos momentos difíciles de afrontar para los pacientes de Cáncer. Sin embargo, se sabe que el diagnóstico es uno de los momentos más difíciles de ser afrontado. Además, también son difíciles de afrontar algunas fases del proceso, tales como la reacción al tratamiento, sus efectos secundarios, el progreso del Cáncer y sus recidivas, etc. [6]

Así, ante un enfermo de Cáncer, saber evaluar el tamaño o localización de un tumor que posee, es tan importante como evaluar correctamente su estado de ánimo; puesto que: "No hay quimioterapia más eficiente que una palabra amena, ni radiaciones más benéficas que el toque mágico de una mano que acoge". [6]

2. OBJETIVOS

A. Objetivo general

- Evidenciar y dar a conocer, mediante la realización de una revisión bibliográfica, cuáles son los aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer de mama.

B. Objetivos específicos

- Explicar cuáles son las reacciones emocionales negativas más frecuentes en los pacientes de Cáncer, en el momento de su diagnóstico y durante el proceso de tal enfermedad.
- Conocer el impacto psicológico que causa el Cáncer de mama en el paciente.
- Proporcionar información sobre la realización de Intervenciones psicosociales en la enfermedad de Cáncer.

3. METODOLOGÍA

El método utilizado para realizar esta tesina de investigación ha sido la revisión bibliográfica. Dicha revisión ha sido realizada durante el periodo de tiempo que abarca desde enero de 2021 hasta marzo de 2021.

La recopilación de la información para tal revisión, se ha llevado a cabo a partir de diversas fuentes documentales. Dichas fuentes han sido artículos científicos, revistas científicas, libros de texto y bases de datos.

El uso de bases de datos nos ha facilitado el acceso a numerosos artículos académicos. De estos artículos, se han incluido XXX para la realización del trabajo y se han desechado

XXX. Los criterios de inclusión y de exclusión de los diversos trabajos que se obtuvieron, se exponen en la Tabla 1 y en la Tabla 2. Las bases de datos que se han usado son: CUIDEN plus, Medline, Index de enfermería, Cochrane y PubMed. Además, como estrategia de búsqueda para las bases de datos, se ha utilizado el Diccionario de Descriptores en Ciencias de la Salud "DeCS" o "MeSH".

Elo ha permitido escoger aquellos conceptos o palabras clave que son prioritarios en la búsqueda, para así poder posteriormente encontrar trabajos académicos que fueran de utilidad sobre el tema de la tesina. Así, los descriptores utilizados son los siguientes: Adaptación psicológica, neoplasias, paciente, diagnóstico, mama y nursing care. Los conectores para realizar la búsqueda han sido: "AND", "OR", "NOT". Dichos conectores se han combinado con las palabras clave para poder encontrar literatura válida para el objetivo del trabajo. También se ha realizado una búsqueda en internet en el buscador "Google Académico" con los mismos términos.

A lo largo del proceso de investigación, se ha realizado una selección previa de la información obtenida, para utilizar únicamente la información necesaria. A continuación, se exponen, en una tabla, los criterios para la inclusión o exclusión de los trabajos que nos han ayudado a realizar esta tesina.

Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1. Criterios de inclusión. Tabla de elaboración propia.

Idioma del contenido	Fecha de publicación	Temática que aborda
<ul style="list-style-type: none"> • Se han incluido los trabajos cuyos idiomas fueron el español o el inglés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de literatura pertinente reciente, cuyas fechas de publicación vayan desde el año 2000 a la actualidad. (Salvo obras clásicas al respecto). 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de aquellos trabajos que tratan sobre el impacto psicológico en el paciente con Cáncer de mama, desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de tal enfermedad. • Literatura sobre oncología en general e historia natural y factores etiológicos del Cáncer.

Tabla 2. Criterios de exclusión. Tabla de elaboración propia.

Idioma del contenido	Fecha de publicación	Temática que aborda
<ul style="list-style-type: none"> • Han sido excluidos aquellos trabajos en cualquier idioma que no fueran el español o el inglés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos publicados en 1999 o con fecha de publicación anterior a ese año. (Salvo obras clásicas al respecto). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aquellos trabajos que tratan sobre Cáncer en niños pequeños, personas con alguna enfermedad mental o, en definitiva, que describen el proceso en pacientes en los que no se puede evaluar de la misma forma el impacto psicológico que les ha producido el Cáncer.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión mencionados anteriormente, se realizó un proceso de selección entre todos los trabajos que se obtuvieron en las búsquedas. Tras este proceso de selección, fueron desechados aquellos trabajos que, tras su lectura exhaustiva, no proporcionaban la información necesaria del tema elegido, ya que se han priorizado los trabajos que trataban sobre el Cáncer en general, es decir, aquéllos que no proporcionaban información sobre ningún grupo concreto de población, ni sobre ningún tipo de Cáncer específico, exceptuando el Cáncer de mama. También se han priorizado aquéllos que trataban sobre los aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer. Se han desechado, además, los trabajos que no cumplían los criterios de inclusión y aquéllos que no tenían evidencia científica.

4. DESARROLLO

4.1. Definición y características del Cáncer

Se denomina "Cáncer" al proceso patológico que es capaz de producir una excrecencia en alguna parte determinada del cuerpo humano. Además, generalmente, también se denomina Cáncer a las nuevas formaciones localizadas de tejido que están constituidas por células que crecen y se diseminan sin control y sin medida. Estas células, anormales y sobrantes, se conocen como células atípicas o células neoplásicas y en el proceso de reproducción incontrolada, nombrado anteriormente, tienen la capacidad de formar una masa llamada tumor. [8]

Las células cancerígenas poseen las mismas funciones que el resto de las células de nuestro organismo: supervivencia, proliferación, diferenciación y expresión, pero no son capaces de controlar dichas funciones y, por ello, se genera un cambio en el fenotipo de las mismas. Se produce, por tanto, una variación de las mismas a células perjudiciales. [9]

En tales células, se encuentran eminentemente modificadas las funciones de proliferación, ya que éstas se producen también en la falta de factores de crecimiento y, por tanto, con un progreso teóricamente descoordinado con las necesidades vitales del ser humano; las de diferenciación, debido a que se produce anaplasia, es decir, no existe el proceso de diferenciación celular y, también, se encuentra alterada la de la regulación cromosómica y hereditaria. [9]

Las células perjudiciales cancerígenas pueden generar alteraciones localizadas de sus células generando un "carcinoma in situ" o, bien, pueden diseminarse por el organismo por el proceso de metastatización, ya sea por los vasos linfáticos o sanguíneos. Para que se genere dicho proceso, fruto de la metástasis, es fundamental que las células logren salir de la masa tumoral, trasladarse a un nuevo tejido del individuo y subsistir en ese entorno actual. [9]

La enfermedad del Cáncer representa, por tanto, un proceso o evolución que está formado por varias fases. Tales fases tienen su inicio en la diferenciación de una o varias células en el cuerpo y, a partir de esta diferenciación, puede progresar hacia la cura total del enfermo, hacia la cronicidad de la enfermedad alargada en el tiempo o también hacia un desenlace fatal, pues puede llegar a ser terminal para el paciente y producirle la muerte. [9]

Algunas de las *particularidades propias* de las células tumorales se explican a continuación: [10]

1. *Procedencia clónica.* La mayor parte de las células tumorales pueden desencadenarse a partir de una única célula neoplásica.
2. *Indestructibilidad y telómeros.* Las células naturales de nuestro organismo poseen un número limitado de series de reproducción que pueden tener durante su vida. Las células cancerígenas, sin embargo, tienen la capacidad de multiplicarse sin límites y generar un almacenamiento ilimitado de células generadoras de otras. Este proceso se produce gracias a los telómeros, que son las partes finales de los cromosomas. Dichos telómeros, en las células sanas, se reducen gradualmente en cada división celular. Pero, en las células tumorales y en las células madre, estos telómeros se nutren de una enzima llamada telomerasa. La elaboración de la telomerasa produce que la largura de los telómeros se conserve íntegra y que la célula, en consecuencia, sea indestructible.
3. *Desequilibrio hereditario.* Se produce por fallos en la restauración del ADN y en el descubrimiento de fallos en éste. Esto crea una gran diversidad de células malignas, que generan unas copias idénticas que son poco vulnerables a los controles de su reproducción y muestran un gran poder para subsistir en lugares desconocidos, como ocurre en la metástasis.
4. *Pérdida de la privación de relación y de la progresión subordinada del anclaje.* Las células tumorales tienen la capacidad de desarrollarse en un lugar semisólido sin la necesidad de fijarse a un sustrato.
5. *Autonomía para el desarrollo,* sin necesidad de los factores de crecimiento. Las células tumorales siguen reproduciéndose inclusive cuando se encuentran agotados los elementos nutritivos, que son fundamentales para su conservación.
6. *Metástasis o diseminación del foco canceroso.* Esta expresión de la enfermedad no se produce en los grupos de células normales ni en las neoplasias benignas. La capacidad de las células tumorales para generar la metástasis se debe a que se producen una serie de variaciones en las mismas. Algunas de dichas variaciones mencionadas se nombran a continuación: se producen cambios en las proteínas de las células tumorales que son las responsables de la fijación de las mismas a la matriz extracelular, en la interrelación entre las células, en la adhesión de las mismas a la membrana basal (debido a que en las células tumorales, esta adhesión es patológica), en la elaboración anómala de la membrana basal y en el destrozado de la misma por enzimas y por otros diversos agentes.

Existe un sistema universal, creado por el AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) en colaboración con la UICC (*International Union Against Cancer*), que se usa por los Profesionales de la Salud para establecer la propagación de la metástasis en tumores primarios. Se trata del sistema TNM. [11].

En general, las características de clasificación de este sistema son las siguientes: [11]

- *T: Primary Tumour (Tumor Primario)*. Define la existencia del tumor primario y de su tamaño.
- *N: Regional Lymph Nodes (Nódulos Linfáticos Regionales)*. Define los nódulos linfáticos regionales afectados por el tumor.
- *M: Distant Metastasis (Metástasis a distancia)*. Define la existencia de metástasis a distancia del tumor.

Además, dentro de las categorías anteriores, se establecen subcategorías numéricas para determinar el grado de desarrollo del tumor primario. [11] (Véase el "ANEXO I").

Así, el sistema permite clasificar los tumores en varias etapas, por índices numéricos: [12]

- *Etapas I: "T1, L0, M0"*. El tumor se encuentra delimitado en el órgano en el que se originó. La masa tumoral es extirpable. Existe únicamente afectación local, sin metástasis a ganglios o vasos sanguíneos.
- *Etapas II: "T2, L1, M0"*. Existe propagación de las células tumorales al tejido y ganglios circundantes. La masa tumoral puede operarse, pero no se asegura la eliminación de la totalidad de la misma. Se tiene la certeza de que hay una ocupación, aunque no en gran medida, de los ganglios linfáticos (L1), pero no hay ocupación de los vasos sanguíneos.
- *Etapas III: "T3, L2, M0"*. Masa tumoral amplia, adherida a superficies recónditas, existencia de ocupación ósea y de ganglios linfáticos de la misma procedencia. La masa tumoral es resecable, pero no en su totalidad. No existe metástasis a distancia.
- *Etapas IV, T4, L3, M+*. Existencia de metástasis del tumor fuera del lugar u órgano inicial. La masa tumoral primaria no puede ser reseccionada.

A continuación, procederemos a realizar una *clasificación del Cáncer por su localización*:

Normalmente, los tumores perjudiciales se clasifican en tres categorías: De forma primordial, en primer lugar, diremos que existen los "*carcinomas*". Dichos tumores se producen en las capas de las células o epitelios que revisten nuestra superficie (algunos ejemplos son la dermis o la epidermis, los intestinos, el tracto respiratorio, etc.) y recubren las diferentes glándulas del organismo (como las mamas, el tiroides, el páncreas, etc.). El siguiente tipo son los "*sarcomas*", que surgen de los diversos tejidos de soporte del organismo (vasos sanguíneos, células de los huesos, células de los músculos, etc.). Por último, nos encontramos un conjunto variado de tumores formados en las células generadoras de glóbulos blancos y en el sistema inmunitario. La distribución de este grupo de tumores es compleja y comprende circunstancias como el "*linfosarcoma*", la "*Enfermedad de Hodgkin*" y las distintas clases de "*leucemias*". [13]

En cuanto al tratamiento del Cáncer, existen varias alternativas: Normalmente, los tumores se tratan con radioterapia y/o quimioterapia o con cirugía (o, incluso, la combinación de ellas), aunque existen otras alternativas. [14]

A continuación, procedemos a explicar las más habituales de dichas alternativas: [14]

- La cirugía tumoral nos permite extirpar la mayor parte del volumen de la excrescencia, siendo más exitosa en aquellos casos en los que la masa tumoral se encuentra bien delimitada.
- La radioterapia se realiza sobre un lugar establecido y su objetivo es el de destruir de forma directa las células tumorales, sin producir ningún deterioro desmesurado en los tejidos que las rodean.
- La quimioterapia se fundamenta en el empleo de medicamentos que son nocivos para todas aquellas células que se duplican con gran velocidad en nuestro cuerpo. De este modo, todas nuestras células, sean dañinas o no, sufren en mayor o en menor medida. Por ello, se debería propiciar el tratamiento en una proporción considerada para destruir las células malignas, que se duplican a mayor velocidad, sin producir dicho daño, persistente y duradero, a las células vitales restantes. Cabe destacar que, a pesar de esto, las células sanas sufren un daño muy brusco y en esto se fundamentan la mayoría de los efectos adversos derivados del tratamiento.

Los efectos secundarios más habituales derivados de la quimioterapia son: debilidad, adelgazamiento o ganancia de peso, reacciones de hipersensibilidad, hipertermia, pérdida del pelo, disgeusia (percepción distorsionada del sentido del gusto), problemas respiratorios y vómitos, entre otros. [12]

4.1.1. Cáncer de mama

El Cáncer de mama es el proceso patológico que se produce con más frecuencia en las mujeres. Este tipo de Cáncer provoca unos 500.000 fallecimientos al año en el mundo, siendo la principal causa de muerte en algunos países. Su incidencia es más elevada en los países desarrollados: 370.000 casos anuales en Europa. La mayoría de los casos, se diagnostican en las edades comprendidas entre los 35 y los 80 años, siendo la incidencia más elevada entre los 45 y 65 años. [15]

Existen determinados factores que aumentan la probabilidad de padecer Cáncer de mama. Dichos factores nos hacen posible detectar cuáles son las mujeres con mayor posibilidad de poseerlo, para poder realizarles un diagnóstico precoz, o incluso reducir el riesgo mediante cirugía (en el caso de las mujeres con riesgo de padecer un proceso hereditario de mama u ovario). [15]

- *Edad*: La incidencia de casos se eleva de manera progresiva con la edad hasta los 45-50 años, donde se estabiliza. En nuestro país, la media de edad del diagnóstico son los 56 años.
- *Nivel socioeconómico y vivienda*: Aquella población de sexo femenino que posee un elevado nivel educativo, ocupacional y adquisitivo y, además, las que residen en zonas urbanas, poseen un mayor riesgo de sufrir Cáncer de mama.

- *Modelo de "paridad occidental"*: Gestaciones escasas, siendo la primera en edad tardía. En nuestro país se ha elevado la incidencia de Cáncer de mama en mujeres menores de 45 años. [15-16]
- *Estilo de vida*: La incidencia de casos de Cáncer de mama se eleva en las mujeres que no realizan ejercicio físico y en aquellas con sobrepeso.
- *Factores hereditarios*: El hecho de poseer familiares con Cáncer de mama (sobre todo de primer grado) eleva el riesgo de padecerlo. Además, un mayor grado de parentesco y una aparición temprana de la enfermedad en un sistema familiar, elevan más la posibilidad de que algún otro familiar padezca la enfermedad. Existe una variación heredable en los genes "BRCA1" y "BRCA2".
- *Lesiones mamarias que indiquen riesgo*: Elevan el riesgo de sufrir Cáncer de mama.
- *Tratamiento hormonal*: La exposición duradera a elevadas concentraciones de estrógenos, incrementa el riesgo de padecer Cáncer de mama. Esto sucede en mujeres con menarquia temprana, menopausia tardía y nulíparas.

El Cáncer de mama no provoca síntomas o signos de alarma hasta que el proceso adquiere un avance importante. En el momento en el que aparecen, los signos de alarma más importantes son: [15]

- Abultamiento en la mama de aparición reciente (las que aparecen en el periodo anterior a la menopausia suelen ser benignas)
- Modificaciones constantes en la piel de la mama (zona enrojecida, piel de naranja...).
- Eccema del pezón.
- Tumoración en la zona axilar.
- Inflamación del miembro superior.
- Retracción del pezón y segregación de secreciones patológicas a través del mismo.

Si estos signos se dan en una mujer, debe buscar atención médica al instante. Esto se debe a que, si esta patología se descubre en el periodo sintomático, el Cáncer puede curarse. Si se descubre en el periodo asintomático, mediante una mamografía, necesitará aún menos tratamiento para su curación, de hecho, cuando el Cáncer se diagnostica en las campañas de cribado, las probabilidades de curación son muy elevadas (> 90%).

Las campañas de cribado se realizan a toda la población de sexo femenino, comprendida entre los 50 años y los 70 años, normalmente cada 2 años. Permiten diagnosticar precozmente muchos tumores, y elevan la supervivencia entre un 25%-30% en las mujeres de 50 años o más. [15]

4.2. El impacto psicológico del Cáncer de mama en el paciente y en su familia

El diagnóstico de Cáncer es uno de los sucesos que más ansiedad genera en la vida de un paciente. [17]. Esto hace

que una de las complicaciones que afronta el Profesional Sanitario sea la de informar o no sobre el diagnóstico, debido a la angustia y al impacto emocional que genera en el paciente [18]; para ello, se debe seguir el Modelo de Buckman para transmitir "Malas Noticias": [19].

Protocolo de Buckman:

Etapa I: Inicio de la entrevista. Preparación del contexto físico

En esta etapa, el Profesional Sanitario realiza una evaluación previa del estado emocional del paciente y, además, gestiona el impacto emocional que le supondrá al mismo la mala noticia. Para dar una mala noticia, resulta necesario que éste tenga una certeza total del diagnóstico del paciente y que lleve preparada toda la información que dicho paciente pueda necesitar.

Etapa II: Descubrir qué sabe el paciente

En esta etapa, es necesario que el Profesional Sanitario obtenga información del grado de comprensión que posee el paciente sobre su situación sanitaria y sobre cómo se va a ver afectado su futuro. La recogida de esta información se realiza mediante preguntas indirectas, preferiblemente abiertas.

En definitiva, en esta etapa existen tres aspectos importantes a los que se les debe prestar atención: Al grado de comprensión del paciente acerca de su situación, a las características culturales del mismo y al contenido emocional de su lenguaje, es decir, a su comunicación verbal y no verbal.

Etapa III: Descubrir qué quiere saber el paciente

En esta etapa, el Profesional Sanitario debe identificar qué quiere saber el paciente y cuánta información puede asimilar. Además, se debe detectar todo aquello que resulte prioritario para la óptica del paciente. Una herramienta útil para ello, sería observar las claves verbales y no verbales que nos hace llegar el paciente. Es aconsejable preguntar directamente al mismo si quiere recibir información de todo lo que le ocurre. En caso de duda, el Profesional Sanitario debe preguntar al paciente qué es lo que quiere saber.

Etapa IV: Compartir la información

En esta etapa, el Profesional Sanitario informa al paciente, siempre que éste haya mostrado su deseo de recibir información. La cantidad de información que se puede compartir en cada caso dependerá de la enfermedad, de las preferencias del paciente y de sus reacciones a medida que avanza la entrevista. El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico, en el que se ofrecerá al paciente la información de forma empática y asertiva. Es importante que el Profesional Sanitario sea consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no debe generar frustración en el Profesional si no coincide con su visión de la situación.

Etapa V: Responder a las reacciones del paciente. Favorecer la expresión emocional

En esta etapa, el Profesional Sanitario debe identificar y conocer las reacciones de los pacientes. Los Profesionales han de gestionar sus propias emociones al mismo tiempo que gestionan las de los pacientes. Las reacciones a las malas noticias pueden ser muy diversas y del manejo de éstas depende, en parte, el éxito de nuestra labor informativa. Como elementos importantes hay que destacar: el papel de los silencios, la empatía, la comunicación no verbal, la escucha activa y el respeto al paciente. Ellos han de sentirse seguros para expresar sus emociones.

Etapa VI: Planificación y seguimiento del proceso

En esta etapa, se debe acordar un seguimiento entre el paciente y el Profesional Sanitario. El Profesional Sanitario debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. Esto se debe a que el enfermo, en numerosas ocasiones, puede sentirse abatido y confundido. Por ello, existen una serie de normas básicas que debemos cumplir, tales como: transmitir apoyo al paciente, aceptar sus opiniones y puntos de vista, reducir su incertidumbre, aclarar sus dudas, etc.

Por tanto, el cuidado del paciente con Cáncer presenta diversos desafíos psicosociales. Esto se debe a las complicadas fases y circunstancias individuales y de intervención que tienen que superar estos pacientes, que les hacen ser vulnerables a sufrir problemas psicosociales o trastornos psicopatológicos [20] y que no pueden remediarse solamente desde el punto de vista médico. [21]

Susan Sontag en su ensayo *La enfermedad y sus metáforas*, [22] expone el efecto psicológico que genera la palabra Cáncer. Conforme indica esta escritora, el Cáncer es conceptualizado como homólogo a la muerte; de este modo, la gran mayoría de los pacientes soportan un inmenso choque emocional al conocer el diagnóstico.

Hacia el año 1800, en los comienzos más remotos de la historia de la Psicooncología, el diagnóstico de la enfermedad de Cáncer estaba relacionado con la muerte. Debido a que no existía una causa conocida o una cura para esta enfermedad, en muchos casos se culpaba a una posesión demoníaca. Además, se atribuían los conceptos de cruel e inhumano al hecho de comunicar el diagnóstico a la persona que padecía la enfermedad, ya que ésta podría perder toda su ilusión. Por tanto, sólo se les comunicaba el diagnóstico a sus familiares. [21]

Uno de los factores que provocó que se incrementara el interés por los dilemas psicológicos relacionados con el Cáncer, fue la obra de la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, en 1960. [23] La autora se enfrentó al impedimento que suponía comunicarse con los pacientes de Cáncer, sobre todo, en lo tocante acerca de su muerte próxima y retó al Personal Sanitario a que dejara de rehuir de estos pacientes y que atendieran sus inquietudes.

La especialidad de la Psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando comenzaron a desaparecer las barreras que existían anteriormente para revelar el diagnóstico a los pacientes y se hizo posible hablar con ellos sobre el mismo. [21]

Actualmente, el paciente posee el derecho de conocer la información apropiada sobre su patología. Las leyes que amparan el derecho del enfermo a la información en España son: La *“Ley General de Sanidad”* de 1986, modificada por la *“Ley de Derechos de Información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica”* de 2002. En ellas se establece lo siguiente: *“En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad de una persona de no ser informada”*. [24] (Véase el *“ANEXO II”*).

Hoy en día, el Cáncer es una enfermedad crónica y se sigue vinculando con la muerte y con el dolor. Por ello, la situación del diagnóstico conlleva un enorme impacto para el enfermo y para sus familiares. Además, lleva tiempo que el paciente acepte la realidad a la que se está enfrentando y se someta al tratamiento pertinente. Tal y como se ha mencionado, el Cáncer no afecta únicamente a la persona que ha sido diagnosticada, sino que también lo sufre todo su ambiente familiar, comunitario y laboral, indistintamente de cuál sea el tipo de Cáncer que se padece. [21]

En el momento en el que un paciente es diagnosticado de esta enfermedad, por lo general, su primer pensamiento es el riesgo real e inminente de morir, idea que nunca antes se había imaginado. Posteriormente la mayoría de los pacientes se cuestiona qué han realizado incorrectamente o qué no realizaron, considerando que ellos mismos se produjeron la enfermedad. Esto se puede comprender como una necesidad de tener el dominio de la situación (locus de control interno, como veremos): si la enfermedad fue creada por él mismo de manera involuntaria, también él mismo tendrá la capacidad de volver a la situación anterior. [21]

El concepto de *“Locus de control”* fue introducido por Julian Rotter en 1966. Rotter diferenció entre *“Locus de control interno”* y *“Locus de control externo”* y estableció lo siguiente: *“Si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno”; en cambio, sostiene que “cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte (...), y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo”*. [25]

A lo largo del curso de la enfermedad del Cáncer, la persona pasa por unas fases de duelo ineludibles, comprendiendo este duelo como una forma de adaptación ante una sucesión de pérdidas, no sólo relacionadas con la salud sino, además, referentes a la privación de la firmeza y la confianza, la privación de los hábitos y de lo cotidiano, la pérdida del papel que realizaba en el entorno familiar, profesional o comunitario y la pérdida del dominio de la

situación, entre otras. Este *duelo oncológico* es un suceso común, saludable, inevitable y adaptativo. [21] La autora Kübler-Ross estableció y definió las fases de este duelo. Éstas son las siguientes: “*Negación, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación*”. [23]

A continuación, se exponen cada una de ellas:

Las fases de duelo: [23]

1. “*Negación*”. La persona no acepta ni reconoce como un suceso real el padecimiento de la enfermedad, por lo que atribuye el diagnóstico médico que obtiene a errores médicos o a algún tipo de equivocación.
2. “*Ira*”. Se define como una reacción de enfado, envidia, resentimiento y hostilidad que posee la persona por haber perdido la salud. Esta ira es dirigida hacia todo el entorno que el paciente percibe como sano o como culpable de la enfermedad, ya sea el Personal Sanitario, sus familiares, sus amistades, e incluso Dios. También puede estar dirigida hacia sí mismo, culpándose de haberse provocado la enfermedad. Pueden darse, además, conductas de riesgo autodestructivas.
3. “*Pacto/negociación*”. Se trata de una manera de afrontar la culpa. Puede entablarse de forma imaginaria o real y se realiza con aquéllos hacia los que la persona dirigió la ira anterior. El paciente ahora no percibe a estas personas como culpables, sino que piensa que están comprometidos con su recuperación, por lo que éste les hace promesas para alcanzar objetivos terapéuticos, de supervivencia o de desarrollo personal. La persona abandona cualquier conducta autodestructiva y comienza a comprometerse con su recuperación.
4. “*Depresión*”. La persona posee un inmenso vacío y dolor debido a la situación que está viviendo y adopta una actitud de claudicación ante la patología. En esta etapa el paciente puede abandonar el tratamiento y dejar de acudir a las citas médicas.
5. “*Aceptación*”. Se define como el reconocimiento de la enfermedad y de la situación de dolor y las limitaciones que la misma conlleva, sin buscar culpables ni adoptar una posición ni fracaso, sino asumiendo una actitud de lucha y supervivencia. Kübler-Ross señalaba que esta etapa no debe confundirse con la resignación ante la enfermedad ni con alcanzar un estado de felicidad.

El hecho de que un paciente sepa que tiene Cáncer o que algún familiar próximo lo posea, resulta ser, por tanto, un suceso catastrófico. El Cáncer exige del paciente una aptitud de afrontamiento para llevar a cabo una serie de objetivos. [26]

Dichos objetivos, que se muestran a continuación, fueron descritos por Hamburg y Adams en 1967 [27]:

- Conservar el distrés dentro de los límites modificables.
- Permanecer con un sentimiento de dignidad personal.
- Restablecer y mantener los vínculos importantes.
- Recuperar y mejorar la condición física.
- Mantener un estado aceptable de condición física.

La capacidad de resistencia que un paciente tiene ante una determinada patología está influenciada por su carácter, por el grado de avance de la enfermedad y por otros aspectos, como su fe religiosa. Además, la presencia de experiencias anteriores con esta enfermedad es con frecuencia un agente negativo, fundamentalmente cuando estas experiencias se corresponden con recuerdos de la infancia o con el fallecimiento de algún familiar a causa de esta enfermedad. De hecho, sucesos como la hipocondriasis crónica y la cancerofobia surgen con frecuencia en los pacientes tras dichos acontecimientos tempranos [26]. Stefanek et al. en el año 1987, [28] establecieron que el fallecimiento de un miembro de la familia, debido al mismo tipo de Cáncer que poseen los pacientes, añade una carga aún mayor en los mismos. Asimismo, los pacientes que hayan vivido acontecimientos traumáticos excesivos, podrían tener un nivel superior de distrés al enfrentar el Cáncer.

Por todo ello, el cuidado clínico de la persona con Cáncer requiere de estrategias adecuadas de comunicación de malas noticias, de manejo del distrés psicosocial y de abordaje de los trastornos psiquiátricos que surgen como consecuencia del Cáncer, mediante intervenciones farmacológicas, psicosociales y psicoterapéuticas. [26]

4.3. Reacciones más frecuentes de los pacientes ante el diagnóstico de Cáncer de mama

Desde el momento en el que un paciente es diagnosticado de Cáncer, se generan en él varias sensaciones nocivas y se desarrolla, además, un conjunto de percepciones negativas, que están ligadas a los conceptos de fallecimiento, deformación, inhabilitación, detención biográfica y, en definitiva, de temor. El temor mencionado es uno de los sentimientos que persiste generalmente a lo largo de todo el tratamiento y, además, incluso después de éste. [20]

Entre las reacciones que podemos observar en el paciente, se encuentran: en primer lugar, el shock inicial, en el cual el paciente no consigue comprender la etapa que está viviendo. En él, el paciente se muestra temeroso, inmobilizado, escéptico y desilusionado, entre otros muchos juicios y sensaciones. [20] En segundo lugar, se encuentra la reacción de adaptación a corto plazo y en tercer lugar, la adaptación a las dificultades psicosociales que afronta el enfermo a largo plazo. [21]

Holland y Rowland en el año 1989, proponen las seis “D” [29]. Con esto se refieren a los seis temores del paciente diagnosticado de Cáncer. Dichos temores suelen ser universales.

Temores del paciente con Cáncer: [29]

- “*DEATH (muerte)*”
- “*DEPENDENCY (dependencia)*”
- “*DISFIGUREMENT (deformidad)*”
- “*DISABILITY (incapacidad)*”
- “*DISRUPTION of interpersonal relationships (alteración de las relaciones interpersonales)*”

- “DISCOMFORT (dolor)”
 - “Desvinculación (disengagement) del entorno”

La primera “D” compete al fallecimiento (“death”); este sería el primer miedo que surge en el paciente tras el mensaje del diagnóstico. Posteriormente, se genera el temor a depender de los demás, de todo el conjunto de personas próximas a él (pareja, familiares, compañeros, personal sanitario) y a no ser capaz de valerse por sí mismo (“dependency”). La preocupación por la deformación, por la desproporción del cuerpo o de una parte del mismo (“disfigurement”), surge como resultado del propio Cáncer o de los procedimientos quirúrgicos aplicados al paciente, en multitud de ocasiones con desenlaces traumáticos (por ejemplo, una amputación), o como resultado del uso de medicación, como es el caso de la quimioterapia. Además, aparece el temor a la interferencia de la enfermedad en varias necesidades psico-fisiológicas humanas, como por ejemplo la sexualidad. [20]

El temor a la incapacidad (“disability”) tiene relación con la interferencia que el Cáncer genera en el progreso de las actividades cotidianas del paciente, en las áreas familiar, social o profesional. La alteración en los vínculos interpersonales (“disruption of interpersonal relationships”) es un resultado más de la patología y, además, es algo que continuamente le inquieta. Finalmente, se encuentra el temor al dolor y al sufrimiento físico (“discomfort”). Holland y Rowland [29] agregan más tarde una última “D”, la de la separación del entorno (“disengagement”).

Normalmente, estos miedos que manifiestan los enfermos de Cáncer se agravan en relación a una serie de factores, que también definen de qué forma afrontan el Cáncer los pacientes. [20] Dichos factores, que fueron descritos por Holland en 1998, [30] se exponen a continuación:

Factores que determinan la respuesta psicológica frente al Cáncer: [30]

- *Vinculados con la patología:*
 - Tipo de Cáncer, ubicación, estadio, manifestaciones clínicas, pronóstico.
 - Tratamiento médico fijado (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y efectos secundarios (inmediatos y tardíos).
- *Vinculados con el paciente:*
 - Factores intrapersonales: Carácter, mecanismos de afrontamiento (establecen el nivel de lucha contra la patología), madurez emocional al conocer el diagnóstico y creencias religiosas acerca de la muerte y la trascendencia (ya que éstas últimas matizan las distintas actitudes con las que los pacientes se enfrentan al Cáncer).
 - Factores interpersonales: Pareja, familiares y amigos (ayuda social o comunitaria). Tales factores tienen una elevada importancia, ya que ayudan al paciente a afrontar la vivencia de ansiedad que supone la enfermedad.

- *Vinculados con el entorno social o comunitario:*
 - Comunicado del diagnóstico en contraposición a la ocultación y misterio anterior.
 - Conocimiento de las posibilidades terapéuticas y del pronóstico y colaboración de sus familiares en la toma de decisiones.
 - Pensamientos populares acerca de la enfermedad.

A lo largo de la enfermedad del Cáncer, al igual que en otras patologías, el paciente desarrolla una serie de fases y respuestas psicológicas para afrontar el estrés, que surgen de la experiencia de la enfermedad. [20]

Tal y como las definieron Fawzy et al. el año 1996, [31] dichas etapas son:

- *Prediagnóstico:* En esta etapa, al enfermo se le realizan diferentes pruebas diagnósticas, que en numerosas ocasiones desatan sensaciones de inquietud y preocupación y pueden crear, además, respuestas desadaptativas en él, tales como: hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y trastornos del sueño.
- *Diagnóstico:* En esta etapa se genera, en numerosas situaciones, un elevado choque emocional y, como resultado, surgen diferentes reacciones no adaptativas como la negación, el rechazo fatalista, la depresión o la hostilidad.
- *Tratamiento:* A lo largo de esta etapa es frecuente la existencia de diversos miedos en los pacientes, con matices en relación al tratamiento empleado. Dichos temores son el miedo a la intervención quirúrgica, a la posibilidad de que se produzca una modificación en su imagen corporal y el temor a los efectos secundarios producidos por la quimioterapia, como las náuseas o la alopecia (caída del cabello), que predisponen a que el enfermo pueda sufrir diferentes síntomas psicopatológicos, tales como reacciones de angustia, cuadros de depresión o reacciones de rechazo al tratamiento.
- *Postratamiento:* En esta etapa, el enfermo puede manifestar sus miedos ante una posible recidiva de la patología y mostrarlos a través de una elevada autoobservación o poniendo en marcha actitudes o expectativas con una inmensa carga de angustia o depresión.
- *Recidiva:* La existencia de nuevos síntomas, que alertan de que la enfermedad se ha reanudado, desata una nueva etapa de adaptación del enfermo, con la existencia de las fases de incredulidad o negación al principio, de rabia y hostilidad posteriormente y, finalmente, de angustia o depresión. La principal característica de esta etapa es que el enfermo soporta mayores dificultades para afrontar otra vez la vivencia de la enfermedad y, debido a ello, las posibilidades de que fracasen los mecanismos adaptativos son mayores, de manera que el paciente puede sufrir cuadros depresivos o de ansiedad.
- *Progresión:* En el momento en el que la patología evoluciona, el enfermo suele buscar nueva información,

confirmar el diagnóstico con otros expertos e incluso recurrir a tratamientos diferentes. La depresión es habitual en esta etapa.

- *Terminal-paliativa*: El enfermo entiende que la enfermedad es irreversible. En algunos, se genera una reacción de duelo personal. El paciente manifiesta miedo al dolor y al aislamiento del resto e incluso anticipa su propio fallecimiento.

4.4. Aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer de mama

Las secuelas psicológicas del Cáncer de mama han sido ampliamente documentadas. La AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) creó en 1987 un programa de atención biopsicosocial, *"Mucho x vivir"*, orientado a cubrir las demandas de atención psíquicas, sociales y físicas (*"linfedema"*) de las mujeres operadas de Cáncer de mama. Actualmente, 12.000 usuarias al año se benefician de este proyecto, que se realiza en 49 lugares de España, con la colaboración de más de 100 profesionales. [2]

Las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que se generan a partir del diagnóstico y el tratamiento del Cáncer de mama, nos obligan a tratar la enfermedad desde una visión integral y multidisciplinar, atendiendo sus necesidades no sólo en el instante del diagnóstico o durante los tratamientos, sino también tras los mismos, cuando las pacientes deben recuperar su actividad cotidiana. [2]

Es posible distinguir tres grandes categorías de problemas derivados del ajuste psicosocial de la paciente con Cáncer de mama: [2]

En primer lugar, el malestar emocional, que habitualmente conlleva a problemas de ansiedad y depresión. Se producen, sobre todo, después de las cirugías. A estos trastornos también pueden unirse problemas de autoestima femenina e imagen corporal cuando el tratamiento es la mastectomía (amputación completa de la mama), además de fobias y preocupación ante la posibilidad de que la enfermedad vuelva a afectarle.

En segundo lugar, encontramos los problemas de ajuste social, fundamentalmente en las relaciones familiares y de pareja. Existen numerosos factores sociales derivados de la enfermedad, tales como: aislamiento, falta de recursos económicos, falta de trabajo, problemas en la vivienda, etc.

Por último, destacar el *"linfedema"*, que normalmente va acompañado de otros signos como falta de fuerza en el brazo, dificultades en el movimiento, dolor o falta de sensibilidad. Esto dificulta la recuperación de las pacientes, así como su calidad de vida. [2]. Existen algunos estudios [32,33] que evidencian que las pacientes que poseen linfedema como secuela de su enfermedad, sufren cambios funcionales importantes: morbilidad psíquica, mala adaptación al proceso de enfermedad, dificultades en su familia, falta de autoestima y aislamiento social.

Con el fin de mitigar dichas secuelas psicosociales, descritas anteriormente, la *Asociación Española Contra el Cáncer*

(AECC) crea el programa *"Mucho x Vivir"*, que posee los siguientes objetivos: [2]

1. Aumentar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama.
2. Reducir los problemas emocionales debidos al proceso patológico y/o al tratamiento y, además, ayudar a las pacientes a recuperar los grados de funcionamiento personal, psicológico, social y familiar, que poseían antes de la enfermedad.
3. Fomentar la ayuda social e integrar a la paciente en su entorno.
4. Retomar la movilidad del miembro afectado por la operación quirúrgica, minimizando el avance del linfedema.
5. Comenzar a usar estrategias de afrontamiento.
6. Ayudar a la paciente a encontrar ayudas sociales, públicas y privadas.
7. Fomentar el asociacionismo, la autoayuda y la implicación.

Además, el programa está estructurado en seis partes: atención psicológica personal, atención psicológica grupal, atención social, ocio y tiempo libre, prevención y curación del linfedema y voluntariado de testimonios. [2]

Según Fawzy y Greenberg, [34] el hecho de padecer Cáncer de mama es un suceso estresante que amenaza a las pacientes en diferentes áreas. Les afecta en sus actividades de la vida cotidiana, en la privación del sentido de la vida y les genera reacciones emocionales negativas.

Las patologías crónicas, generalmente, afectan de forma importante en varios aspectos de la vida de los enfermos. Sucesos como sufrir una patología crónica, pueden generar emociones y estimular procesos de pensamientos que perturban a las pacientes. [35]

Los estados emocionales afectan a la salud de forma directa, en el funcionamiento fisiológico, la detección de los síntomas, la búsqueda de una atención médica adecuada y además, en la realización de hábitos beneficiosos para la salud y no saludables y en la detección y acogida de ayuda social. En el momento en el que una persona se encuentra con un estado anímico negativo, ésta se vuelve más propensa a sufrir patologías infecciosas, se incrementa la detección y comunicación de síntomas y se disminuye la búsqueda de las consultas médicas adecuadas. Por todo ello, se puede deducir que los pensamientos negativos y el estado de ánimo depresivo, se pueden relacionar con un incremento del efecto negativo del estrés sobre la salud. [35]

De todo lo anterior se deduce que si una paciente visualiza el hecho de poseer un Cáncer de forma negativa y posee pensamientos negativos, hará que la vivencia de la enfermedad resulte estresante. [35]

En un estudio realizado por Gaviria, Vinaccia, et al. [36] se demuestra que los enfermos con Cáncer en tratamiento

con quimioterapia tienen abundantes muestras de evitación a nivel conductual y a nivel emocional, mostrando sus sentimientos en pocas ocasiones. Sin embargo, a nivel cognitivo, muestran disminución de los pensamientos negativos, cambiándolos por pensamientos positivos que les permiten afrontar de una mejor forma el proceso de enfermedad.

Una propuesta para conseguir la solución de todos estos problemas, sería que se aumenten, en el futuro, las estrategias que nos permitan conocer aquellas situaciones en las que aparecen estos problemas psicosociales, relacionados con la calidad de vida. [35]

Otra solución sería colaborar de forma conjunta con los médicos del centro sanitario en el que se lleve a cabo alguna investigación similar, debido a que esto ayudaría a conseguir datos importantes sobre las pacientes, para así poder relacionar estos problemas psicosociales con los problemas médicos de la patología. [35]

Además, de lo anteriormente mencionado, se sugiere llevar a cabo intervenciones psicosociales que se basen en los datos obtenidos en las investigaciones, siendo especialmente necesarias en el instante de asimilar la enfermedad y su tratamiento. [35]

4.5. Intervenciones de Enfermería Psicosocial en los pacientes con Cáncer de mama

Según establecieron Aaronson y Beckman, la terapia psicosocial en el enfermo de Cáncer tiene como objetivo "mejorar la calidad de vida y la adaptación", tanto del enfermo como de todos los componentes de su ambiente familiar. [37] Por otra parte, cabe destacar que, constantemente, la Intervención Psicosocial debe estar en relación con la actuación de la asistencia biomédica, de una manera multidisciplinar. [38]

Worden y Weisman, en 1984, [39] establecen que la Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer viene a ser un sacrificio sistematizado, enfocado a actuar en las estrategias de afrontamiento de los pacientes, a través de métodos psicoterapéuticos o educativos, y tiene como propósito principal el fomento de la moral, la autoestima, la capacidad de resistencia, la sensación de control, la capacidad de resolver los problemas y la reducción del desequilibrio emocional.

Gordon et al. [40] plantean la importancia que tiene adaptar el tratamiento a cada paciente, en función de sus demandas sociales, de forma que se necesita una intervención específica e individualizada para asegurar la efectividad de éste.

Senescu R. en el año 1963, [41] señalaba que el enfermo de Cáncer necesita de colaboración psicosocial si se localiza en cualquiera de los momentos que se exponen:

- Si sus reacciones emocionales le imposibilitan para buscar tratamiento, para colaborar en el mismo, o incluso impiden su realización.
- Si la conducta del enfermo le genera más daño y molestias que la propia patología, o aumenta en vano el daño o las molestias generados por la misma.

- Si sus reacciones emocionales alteran acciones que sin ellas se realizarían. Por ejemplo, realizar una actividad profesional, leer un libro o establecer relaciones sociales y, además, llevan al paciente a privarse de sus fuentes cotidianas de remuneración.
- Si sus reacciones emocionales se expresan como signos psiquiátricos tradicionales.

Weisman en un estudio con pacientes neoplásicos, en 1976, [42] expone el interés de obtener el "índice de vulnerabilidad" del enfermo a la patología, el cual sirve para medir la magnitud de la alteración emocional que posee y su aptitud para afrontar los contratiempos diarios. De esta forma, un "índice de vulnerabilidad" aumentado significa que el enfermo está generando unas habilidades de afrontamiento inservibles y que necesita de mediación psicosocial. [43]

Utilizando este método, Weisman y sus compañeros [42, 44, 45] han encontrado que los enfermos que utilizan estrategias óptimas de afrontamiento, presentan una gama más amplia de respuestas, tienden a clarificar y redefinir sus problemas y suelen adoptar una postura más activa ante la patología.

Además, se ha comprobado empíricamente, en un experimento con roedores, [46] que los tratamientos que suelen generar estrés, como las cirugías y la radioterapia, tienen la capacidad de elevar, en algunos casos, la velocidad de desarrollo del Cáncer, así como su metastatización. Esto mismo se ha cumplido en varias ocasiones en la clínica humana. [43] Sklar y Anisman en 1981, [47] tras revisar la información existente acerca del tema, exponen que es probable que el avance de la diseminación del tumor, que en ocasiones se produce en un breve periodo después de la cirugía, se produzca como resultado del estrés relacionado con el tratamiento. Por este motivo, sería necesario que antes de que el enfermo se someta a este tipo de intervenciones, nos aseguráramos de que éste (mediante los recursos psicológicos disponibles) se encuentre lo más relajado posible.

En definitiva, el impacto psicológico del Cáncer puede y debe combatirse: [43]

- a. Atacando directamente algunos de los motivos que generan impacto en los pacientes, tales como: la percepción del concepto de Cáncer como similar a la muerte, la estigmatización generada por la enfermedad, el ambiente existente en algunas clínicas u hospitales, etc.
- b. Aplicando y diseñando estrategias psicológicas que ayuden a aliviar o eludir el dolor, los vómitos, el desvelo nocturno, la depresión, etc. Un elemento relevante en la mayoría de estas estrategias sería el uso de métodos de relajación. Así lo establecieron Benson y Klipper en 1975. [48]
- c. Proporcionando al enfermo el mayor grado de información, responsabilidad, control y autonomía posibles en el manejo de la patología y de sus efectos secundarios, así como en los demás aspectos de su vida cotidiana.

A continuación, se exponen algunos de los resultados obtenidos en otro estudio, realizado por el oncólogo Carl Simonton y la psicóloga Stephanie Matthews-Simonton en 1981 [49]. Dicho estudio se realizó en pacientes con Cáncer avanzado, que habían usado tratamiento psicológico de apoyo, adicional al tratamiento médico convencional. Dichos pacientes participaban en el estudio divididos en tres equipos: Un equipo estaba constituido por 71 pacientes con Cáncer de mama, otro equipo estaba constituido por 24 pacientes con Cáncer de pulmón y el último equipo estaba constituido por 28 pacientes con Cáncer de colon. Todos ellos obtuvieron intervención psicológica y los resultados que se obtuvieron, para cada equipo descrito, fueron los siguientes: [43]

- De los 71 enfermos con Cáncer de mama, un 59% falleció a lo largo del tratamiento, pero la media de supervivencia de estos pacientes fue de 38,5 meses, frente a los 24 meses que ofrece la media nacional [50] para este tipo de Cáncer.
- De los 24 enfermos con Cáncer de pulmón, el 79% falleció a lo largo del tratamiento, pero la media de supervivencia de estos pacientes fue de 14,5 meses frente a los 6 meses de los que, de promedio, suelen vivir estos pacientes, según la media nacional. [50]
- De los 28 enfermos con Cáncer de colon, el 54% falleció a lo largo del tratamiento, pero la media de supervivencia de estos pacientes fue de 22,5 meses en comparación con los 9 meses que, en esta ocasión, propone la media nacional. [50]

En el *ANEXO III*, se exponen, en una tabla, los datos de supervivencia del Cáncer en España por localización tumoral.

Además de las notables mejorías obtenidas en la *"cantidad de vida"*, Carl Simonton y Stephanie Matthews-Simonton, manifiestan estar muy contentos con los resultados logrados en la mayoría de los enfermos en los aspectos de *"calidad de vida"* y *"calidad de muerte"*. [49]

La técnica descrita, proporciona a los pacientes una elevada sensación de control sobre la evolución de su patología. Se usan dos estrategias centrales, llevadas a cabo tres veces al día, en periodos de 10 a 15 minutos de extensión. Se basan, por un lado, en relajación y, por otro lado, en intentar visualizar mentalmente la acción efectiva de las células de defensa de su cuerpo frente a la proliferación de las células cancerígenas. [43]

Existen, además, varias técnicas psicosociales específicas que se usan en el tratamiento de los pacientes de Cáncer. [20] Dichas técnicas se exponen a continuación:

"Intervención psicoeducativa"

Es una intervención muy apropiada dentro de los programas de prevención y de educación sanitaria. Además, es muy eficaz para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la adaptación de los pacientes a la patología.

"Intervención cognitivo-conductual"

Posee un tono directivo. Entre sus objetivos destacan:

- a. Mejorar el control de la sintomatología específica, como las náuseas o los vómitos generados por los fármacos quimioterapéuticos.
- b. Entrenar al paciente en la valoración e identificación de los posibles agentes estresores.
- c. Potenciar la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento, que facilitarán al paciente una mejor adaptación a la enfermedad.

"Intervenciones de tipo asesoramiento (counselling)"

Poseen un carácter no directivo. Intentan restablecer el desequilibrio emocional y favorecen la expresión y la discusión de aspectos personales derivados de la situación de la enfermedad, como el dolor, la muerte y los objetivos vitales cumplidos y por cumplir.

"Combinación cognitivo-conductual y existencial"

Consiste en mezclar ambas técnicas con el fin de proporcionar un ambiente de ayuda al paciente. Entre sus objetivos se encuentran:

- a. Favorecer la labor del duelo cuando se generen múltiples pérdidas.
- b. Fomentar la utilización de modelos cognitivos de adaptación.
- c. Promover la resolución de conflictos y perfeccionar las habilidades de afrontamiento.
- d. Proporcionar una oportunidad para instaurar prioridades para el futuro (sentido de control).

"Intervención con las familias"

Los objetivos globales de esta intervención se centran en aumentar los recursos psicológicos de los familiares y reducir su vulnerabilidad ante la circunstancia que afrontan. Por ello se plantean varias metas específicas:

- a. El control y la expresión de sensaciones y emociones.
- b. Ayudar a que la familia establezca un significado y den sentido a sus experiencias.
- c. Potenciar el manejo de las pérdidas relacionadas con la enfermedad, con el fin de evitar situaciones de duelo patológico.
- d. Intentar que se establezcan vías de comunicación óptimas entre los familiares.
- e. Impulsar la movilización de recursos y habilidades de afrontamiento, favoreciendo la participación en las actividades y decisiones relativas al cuidado. *"Grupos psicoeducativos"*.

Dichos grupos han resultado ser de mucho beneficio para el manejo terapéutico de los enfermos de Cáncer. Los grupos deben tener ciertas características estructurales, que se indican a continuación:

Primeramente, deben estar guiados por personal con experiencia. En segundo lugar, se debe elegir a los pacientes siguiendo unos criterios fijados (deben ser pacientes diagnosticados de Cáncer, con buen pronóstico y en tratamiento activo con quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, o que recientemente hayan acabado el tratamiento). En tercer lugar, los grupos tienen que ser homogéneos en relación al tipo de Cáncer que poseen y al grado de evolución de la patología; este aspecto aumenta la cohesión y la satisfacción de los pacientes con la participación. La forma de trabajo consiste en realizar entre 3 y 11 sesiones por semana, durante unas 8 semanas, con una duración estimada de una hora y media a dos horas por sesión. El grupo puede tener entre 8 y 12 participantes y debe crearse entre tres y cuatro meses después de conocer el diagnóstico de la enfermedad. Finalmente, se aconseja que los grupos sean iguales en relación a edad y sexo.

Con la colaboración de los enfermos en dichos equipos se intentan conseguir varias metas.

Estas metas fueron propuestas por Sirgo y Gil [51] y se exponen a continuación:

1. Información acerca de la patología, que permitirá:

- Una mayor adherencia del paciente al tratamiento.
- Instaurar hábitos y estilos de vida saludables.
- Mejorar el grado de conocimiento del paciente sobre el tipo de tumor que posee, los tratamientos disponibles y los efectos adversos de los mismos.
- Corregir las ideas erróneas del paciente en relación al Cáncer, tanto sobre sus causas como sobre sus consecuencias.
- Mejorar la comunicación Personal Sanitario-paciente.

2. Identificación de situaciones o problemas ocasionados por la enfermedad, centrándonos en los:

- Aspectos relacionados con síntomas físicos, tales como los efectos adversos, el cansancio físico o la incapacidad.
- Cambios en sus hábitos de vida, por ejemplo: baja laboral, disminución del ocio o adaptación a nuevos hábitos.
- Aspectos intrapersonales: depresión, baja autoestima, culpabilidad, miedos, ansiedad, etc.
- Aspectos interpersonales: relaciones conyugales, con la familia, con los hijos, etc.
- Aspectos sociales: red de ayuda social, aislamiento social...

3. Desarrollo de habilidades de afrontamiento adecuadas. Aquí se debe:

- Controlar los efectos adversos del tratamiento, favorecer la realización de ejercicios de recuperación física y entrenar en habilidades de comunicación.
- Fomentar la realización de nuevas actividades de ocio.
- Potenciar el uso de un estilo de afrontamiento óptimo, facilitando la toma de decisiones del paciente, para así conseguir controlar su situación de enfermedad.
- Usar técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar ciertas ideas irracionales de los pacientes, ya que pueden producirles sentimientos de culpa o baja autoestima.
- Entrenar en asertividad a los pacientes, para que aprendan a manejar las situaciones incómodas que pueden surgir con sus amigos o con compañeros de su entorno laboral.

4. Fomentar la expresión de emociones. Lo que llevará a:

- Entrenar al paciente en el control de las reacciones de ira.
- Animarle a que use otros medios para la expresión de sus sentimientos, como la escritura.
- Entrenar a los pacientes en la expresión emocional dirigida a las personas de su entorno (pareja, familia, amigos).
- Favorecer la expresión, dentro de los grupos, de sus emociones diarias, los cambios de sus estados de ánimo y sus miedos ante la progresión de la enfermedad y la muerte.

5. Promover los temas vinculados con la ayuda social. En pro de conseguir:

- Apoyo social derivado de la participación del paciente en el grupo.
- Valorar la escucha activa que realiza el grupo.
- Favorecer el mantenimiento del apoyo social que tenía anteriormente.

6. Entrenamiento en actividades de manejo de la ansiedad. Se centra en:

- Realizar técnicas de relajación, durante 5 o 6 minutos, al acabar cada sesión.

A continuación, se exponen los resultados de algunos estudios acerca de la efectividad de las Intervenciones Psicosociales en los pacientes de Cáncer. Estos estudios contienen evaluaciones de seguimiento de los enfermos, llevadas a cabo tras tres, cuatro, seis y doce meses después de realizar en ellos las Intervenciones Psicosociales. En los mismos se examinan, también, los diferentes cambios que experimentan los pacientes después de ser sometidos a dichas intervenciones. [20]

Los resultados son, en resumen, los que se mencionan a continuación:

- Una notable disminución de los niveles de estrés y depresión [52,53,54]

- Una menor indefensión y fatalismo; mayor sentido de control y espíritu de lucha. [55]
- Un mayor uso de habilidades de afrontamiento adecuadas. [56,57]
- Un incremento de la autoestima y una mejora de la estética corporal. [58]
- Una mejora de la calidad de vida. [59]
- Un aumento de la adherencia al tratamiento. [58]
- Un mayor tiempo de resistencia a la enfermedad. [56,59]

Por tanto, las Intervenciones Psicosociales pueden incrementar la calidad de vida de los pacientes y, además, alargar la resistencia de los mismos a la enfermedad. Los diferentes métodos de Intervención Psicosocial son un buen complemento al tratamiento biomédico y permiten optimizar la adaptación de los enfermos a los trastornos psicofisiológicos y psicosociales relacionados con el Cáncer. [20]

5. CONCLUSIONES

Tal y como se ha indicado, el objetivo de la presente tesina de revisión bibliográfica era el evidenciar y dar a conocer cuáles son los aspectos psico-oncológicos y sociales del Cáncer de mama.

En el contexto descrito, por tanto, las Conclusiones obtenidas han sido las siguientes:

1ª El diagnóstico de Cáncer es uno de los acontecimientos vitales que más ansiedad genera en la vida de los pacientes en general. Además, ello produce un gran impacto emocional en los mismos y en todo su entorno familiar, laboral y social.

1.1 Este impacto emocional no sólo se limita al momento del diagnóstico; de hecho, a lo largo del curso de la enfermedad, el paciente sufre el denominado "duelo oncológico", que se basa, principalmente, en la adaptación a los cambios físicos, laborales y sociales que surgen en su vida a tenor de su patología oncológica.

1.2 Entre las respuestas más frecuentes que surgen en el paciente tras conocer tal diagnóstico, se encuentran las siguientes: el shock inicial, la respuesta de adaptación a corto plazo y la adaptación a las dificultades psicosociales que debe afrontar a largo plazo.

1.3 Todo ello influye, asimismo, en su familia y entorno estableciéndose –de este modo- un feed.back negativo.

2ª El temor es la reacción emocional más frecuente que presentan los pacientes al conocer el diagnóstico. Este temor persiste a lo largo de todo el tratamiento, e incluso después de éste.

2.1 Durante el proceso de la enfermedad, suceden numerosas reacciones además de ésta, que el paciente desarrolla ante el estrés de la enfermedad.

2.2 Algunas de estas reacciones son: depresión, angustia, negación, hostilidad, enfado, temor a las recidivas, intranquilidad e insomnio, entre otras.

3ª El Cáncer de mama genera, en las pacientes que lo poseen, numerosas secuelas psicológicas y sociales. Este hecho, nos obliga a tratar la patología desde una perspectiva integral y a no limitarnos al modelo biomédico tradicional.

3.1. Entre estas importantes secuelas psicológicas, físicas y sociales, podemos destacar: malestar emocional, que habitualmente se traduce en ansiedad y depresión; problemas de falta de autoestima, miedos, aislamiento social, pobreza y la presencia de linfedema.

3.2. Los programas de atención integral son una buena alternativa en el tratamiento de las pacientes con Cáncer de mama, acompañando al tratamiento médico o farmacológico.

4ª Si reflexionamos sobre los resultados que se obtienen en los pacientes tras llevarse a cabo en ellos las Intervenciones Psicosociales, por parte del Personal de Enfermería, podemos llegar a la conclusión de que resultan ser óptimas y muy beneficiosas para ellos. Esto se debe a que, tales Intervenciones

- Generan una mayor adherencia de los pacientes al tratamiento.
- Mejoran en gran medida sus habilidades de afrontamiento.
- Aumentan la resistencia de los pacientes a la enfermedad.
- Disminuyen notablemente sus niveles de estrés.
- Generan un mayor espíritu de lucha en los pacientes y, además, un menor desamparo y pesimismo.
- Les proporcionan una mayor calidad de vida durante la enfermedad.
- Mejoran sus estados de ánimo...y
- Reducen sus niveles de ansiedad, depresión y angustia.

5ª Es importante que los Profesionales de Enfermería conozcan la importancia que tiene la realización de las Intervenciones Psicosociales en los pacientes oncológicos y –muchas veces- en su entorno familiar, ya que, como hemos visto anteriormente, éstas proporcionan grandes beneficios en los mismos.

6ª A pesar de que aún no conocemos si todos los pacientes, de forma universal, podrían beneficiarse de estas Intervenciones Psicosociales, ni si éstas serían viables económicamente con los recursos sanitarios existentes en la actualidad, sí que podemos afirmar que dichas Intervenciones ayudan en gran medida a la inmensa mayoría de los pacientes oncológicos; de ahí el que exista una rama en la Psicología Clínica dedicada a ello: La Psicooncología.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín M.J, Matellanes M^a.B y Pérez J. "El impacto psicológico del Cáncer de pulmón en el paciente y su familia". *Mapfre Medicina*. 2007; 18 (2): 108-113.

2. Yélamos C, Montesinos F, Eguino A, Fernández B, González A y De Paredes M.G. "Atención Psicosocial para mujeres con Cáncer de mama". *Psicooncología*. 2007; 4 (23): 417-422.
3. Alameda E. "Psicooncología básica para Profesionales de la Salud". Jaén: Formación Alcalá; 2018.
4. Engel G.L. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Psychodynamic Psychiatry*. 2012; 40 (3): 377-396.
5. Borrell F. "El modelo biopsicosocial en evolución". *Medicina Clínica*. 2002; 119 (5): 175-179.
6. Regina S, Pezo M.C, Alves M y Machado A.L. "El cuidado de la persona con Cáncer: Un abordaje psicosocial". *Index de Enfermería*. 2005; 14 (51): 34-39.
7. Beer-Poitevin F. "Enciclopedia médica para la familia moderna". Valencia: Ediciones Gaisa; 1970.
8. Estapé J. "Historia natural y factores etiológicos del Cáncer". En: Ferreras y Rodman (editores), "Medicina Interna". (14ª edición). Madrid: Harcourt; 2000. p. 13131316.
9. Casciato D.A y Territo M.C. "Manual de oncología clínica". (7ª edición). Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2013.
10. Greene F.L, Balch C.M, Fleming I.D, Fritz A, Haller D.G, Morrow M. et al. "AJCC. Cancer Staging Handbook: TNM Classification of Malignant Tumors". (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Raven Publishers; 2002.
11. Melonakos K y Michelson S. "Manual de enfermería". (2ª edición). México: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
12. Cairns J. "Cáncer: Ciencia y Sociedad". Barcelona: Reverte; 1981.
13. Bally E, Lloyd M y Neeson J. "Enfermería oncológica". En: "Enciclopedia de la Enfermería. Medicoquirúrgica - I". Barcelona: Grupo Océano; 1999. p.197-204.
14. Martín M.; Herrero A.; Echavarría I. "El cáncer de mama". 2015. *Arbor*, 191 (773): a234.
15. Martin M., Llombart-Cussac A., Lluch A., Alba E., Munariz, B., Tusquets, I., et al. (2004). Estudio epidemiológico del grupo GEICAM sobre el cáncer de mama en España (1990-1993): proyecto «El Álamo» [Epidemiological study of the GEICAM group about breast cancer in Spain (1990-1993): «El Álamo» project]. *Medicina Clínica*, 122, 1, pp. 12-17.
16. Buela-Casal G y Moreno S. "Intervención psicológica en Cáncer". En: Simón M.A. (ed.). "Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones". Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 505-529.
17. Llor B, Abad M.A, García M y Nieto J. "Ciencias psicosociales aplicadas a la salud". Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
18. Buckman R y Kanson Y. "Breaking bad news: a six-step protocol". En: Buckman R (ed.), "How to break bad news: a guide for health care professionals". Baltimore: Johns Hopkins; 1992. (pp. 65-97).
19. Nieto Munuera J. et al. "Psicooncología". En: Nieto J, Tejerina M, Abad M.A y Esteban M. (editores). "Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad". Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 244-262.
20. Robert V, Álvarez C y Valdivieso F. "Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial". *Revista Médica Clínica de Las Condes*. 2013; 24 (4):677-684.
21. Sontag S. "Illness as metaphor". Nueva York: Farrar, Straus and Giroun. 1978.
22. Kübler-Ross E. "On death and dying". New York: Macmillan; 1969.
23. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº29, (02-02-2000). DOGC, nº 3303, (11-01-2001).
24. Rotter J.B. "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". *Psychological Monographs: General and Applied*, 1966. 80 (1), 1-28.
25. Almanza J, Romero J.I y Holland J. "Psico-oncología: abordaje psicosocial del paciente con Cáncer". *Revista de Sanidad Militar de México. Sloan-Kettering Cancer Center*. 2000; 54 (5): 261-273.
26. Hamburg D.A y Adams J.E "A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions". *Archives of General Psychiatry*. 1967; 17(3): 277-284.
27. Stefanek M.E, Derogatis L.P y Shaw A. "Psychological distress among oncology outpatients: Prevalence and severity as measured with the Brief Symptom Inventory". *Elsevier*: 1987. 28(10): 530-532.
28. Holland J.C y Rowland J.H. "Handbook of Psychooncology: Psychological cure of the patient with Cancer". New York: Oxford University Press. 1989.
29. Holland J.C. "Social views of Cancer and the emergence of psycho-oncology". En: Holland J.C. "Psycho-oncology". Vol.1. Nueva York: Oxford University Press. 1998. p. 3-15.
30. Fawzy F.I, Fawzy N.W y Wheeler J.G. "A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies". *Psycho-Oncology*: 1996. 5(2), 81-89.
31. Tobin M, Lacey H.J, Meyer L, Mortimer P.S. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993; 72: 3248-52.
32. Yélamos C, Montesinos F, Eguino A, Fernández B, González A, García M, et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4 (1), 143-63.
33. Fawzy, F. & Greenberg, D. *Oncology*. En Rundel, J. & Wise, M. (1996). *Textbook of consultation-Liarsen Psychiatric*. Washington: The American Psychiatric Press.

34. Hernández, F. y Landero, R. (2013). Aspectos psicoso-ciales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST*, 11 (1), 99104.
35. Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con Cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
36. Aarosan N.K y Beckman J. "The quality of life of Cancer patients". New York: Raven Press; 1987.
37. Cruzado J.A, Olivares M^a.E y Fernández B. "Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de Cáncer de mama". En: Macià D, Méndez F y Olivares J (editores). "Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento". Madrid: Pirámide; 1993. p. 280-312.
38. Worden J.W y Weisman A.D. "Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed Cancer patients". *General Hospital Psychiatry*. 1984; 6(4), 243-249.
39. Gordon W.A, Freidenbergs I, Diller L, Hibbard M. et al. "Efficacy of psychosocial intervention with Cancer patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980; 48 (6): 743-759.
40. Senescu R. "The Development of Emotional Complications in the Patient with Cancer". *Journal of Chronic Diseases*. 1963; 16(7): 813-832.
41. Weisman A.D "Early diagnosis of the vulnerability in Cancer patients". *American Journal of the Medical Sciences*. 1976; (271):187-196.
42. Bayés R. "Psicología Oncológica". Barcelona: Martínez Roca. 1985.
43. Weisman A.D y Worden J.W. "Coping and vulnerability in Cancer patients: a research report". Cambridge: Massachusetts. 1977.
44. Weisman A.D, Worden J.W y Sobel H.J. "Psychological screening and intervention with Cancer patients". Cambridge: Massachusetts. 1980.
45. Riley V. "Mouse mammary tumors: alteration of incidence as apparent function of stress". *Science*. 1975; 189, 465-467.
46. Sklar L.S y Anisman H. "Stress and Cancer". *Psychological Bulletin*. 1981; 89(3), 369-406.
47. Benson H y Klipper M.Z. "The Relaxation Response". New York: William Morrow and Company. 1975.
48. Simonton O.C y Matthews-Simonton S.M. "Cancer and stress. Counselling the Cancer patient". *The Medical Journal of Australia*. 1981; (1): 679-683.
49. Berrino F, Capocaccia R, Coleman M.P, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, et al. Survival of Cancer Patients in Europe: EURO-CARE-3 Study. *Annals of Oncology* 2003; 14: v61- v118.
50. Sirgo A y Gil F. "Intervención psicoeducativa y terapia de grupo en pacientes con Cáncer". En: F. Gil (ed). "Manual de Psicooncología". Madrid: Aula Médica, 2000.
51. Fawzy F.I, Cousins N, Fawzy N.W, Kemeny M.E, Elashoff R. y Morton D. "A structure psychiatric intervention for Cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance." *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47(8): 720725.
52. Edgar L, Rosberger Z y Nowlis D. "Coping with Cancer during the first years after diagnosis". *Cancer*. 1992; 69(3): 817-828.
53. Edmons C.V, Lockwood G.A y Cunningham A.J. "Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast Cancer patients". *Psycho-Oncology*. 1999. 8(1):74-91.
54. Greer S, Moorey S y Baruch J.D. "Adjuvant psychological therapy for patients with Cancer: a prospective randomised trial". *British Medical Journal*. 1992. 304(6828):675-680.
55. Fawzy F.I, Fawzy N.W, Hyun C.S et al. "Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention coping and effective state on recurrence and survival 6 years late". *Archives of General Psychiatry*. 1993. 50(9): 681-689.
56. Berglund G, Bolund C, Gustafsson U. et al. "A randomized study of a rehabilitation program for Cancer patients: the «starting again» group". *PsychoOncology*. 1994. 3(2):109-120.
57. Payne D.K, Lundberg J.C, Brennan M.F. et al. "A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma". *Psycho-Oncology*. 1997. 6(1):65-71
58. Spiegel D, Bloom J.R, Kraemer H.C. et al. "Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast Cancer. *Lancet*. 1989. 2(8668): 888-891.

ANEXOS

Anexo I. Definiciones del sistema de clasificación TNM (Primary Tumor, Regional Lymph Nodes, Distant Metastasis), siguiendo la clasificación del AJCC (American Joint Comitee on Cancer). 2002

DEFINITIONS OF TNM

Primary Tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1, T2, T3, T4	Increasing size and/or local extent of the primary tumor

Regional Lymph Nodes (N)

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1, N2, N3	Increasing involvement of regional lymph nodes

Distant Metastasis (M)

MX	Distant metastasis cannot be assessed
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

Anexo II. Normativa legal del derecho a la información al paciente, según la LEY 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. BOE.

CAPÍTULO II

El derecho a la información

Artículo 2. Formulación y alcance del derecho a la información asistencial.

1. En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad de una persona de no ser informada.
2. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, debe ser verídica, y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma.
3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También deben asumir responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un procedimiento concreto.

Artículo 3. El titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. Debe informarse a las personas a él vinculadas en la medida en que éste lo permita expresa o tácitamente.
2. En caso de incapacidad del paciente, éste debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a quien tenga su representación.
3. Si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es competente para entender la información, porque se encuentra en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, debe de informarse también a los familiares o a las personas a él vinculadas.

Anexo III. Supervivencia del Cáncer en España por localización tumoral. Resultados del proyecto EUROCORE-3

Cáncer	Observaciones	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	
		1 año	3 años	5 años	IC 95%
		%	%	%	
CAVIDAD ORAL Y FÁRINGE	322	78	55	52	[47-59]
ESÓFAGO	113	45	26	23	[16-35]
ESTÓMAGO	1546	48	33	30	[28-33]
COLON / RECTO	3709	73	58	55	[53-57]
HÍGADO	349	26	13	12	[8-16]
PANCREAS	646	15	7	6	[5-9]
LARINGE	42	92	79	80	[65-98]
PULMÓN	773	33	16	13	[11-16]
MELANOMA DE PIEL	695	98	91	90	[86-93]
MAMA	9814	94	84	78	[77-79]
ÚTERO - CÉRVIX	985	86	72	69	[66-72]
CUERPO DEL ÚTERO	1741	89	78	75	[73-78]
OVARIO	1084	66	49	43	[40-46]
VÉJIGA	665	82	73	70	[66-75]
RIÑÓN	465	76	64	61	[56-66]
ENCÉFALO, SISTEMA NERVIOSO	461	37	20	18	[14-22]
TIROIDES	437	87	86	86	[81-90]
LINFOMA NO HODGKIN	191	89	80	76	[70-83]
ENFERMEDAD DE HODGKIN	924	72	60	55	[52-59]
MIELOMA MÚLTIPLE	340	74	54	38	[32-44]
LEUCEMIA	539	62	49	44	[40-49]
TODAS LOCALIZACIONES EXCEPTO PIEL	24699	72	60	56	[56-57]

Fuente: Berrino F, Capocaccia R, Coleman MP, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Verdecchia A. Survival of Cancer Patients in Europe: EUROCORE-3 Study. *Annals of Oncology* 2003; 14 (Suppl 5).