



Biblioteca Virtual

EL ROL DEL PSICÓLOGO EN ONCOLOGÍA

BREVES CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS

*Ximena Palacios Espinosa**

Las alarmantes revoluciones científicas, las crisis sociales y todos los avatares que con el desproporcionado crecimiento de la especie humana, se observan día tras día, han hecho cada vez más inminente el trabajo del psicólogo en diversas áreas, entre ellas las de la clínica y la salud, simplemente porque el concepto del paciente ha cambiado radicalmente para dar lugar al análisis e intervención del mismo en un sentido biopsicosocial, es decir, como ser humano. Y en este sentido, la oncología, como subespecialidad de la medicina interna, no podía ser la excepción.

Es bien conocido que el paciente con cáncer es ampliamente afectado por esta entidad clínica. Y no es un secreto que el cáncer es el sinónimo más abusado y apetecido para crear metáforas llenas de temerosos significados que incrementan ansiedad del receptor o describir las catástrofes de la humanidad o el carácter indeseable de algo o alguien: "La mendicidad es el cáncer de la sociedad". Frases como esta han resaltado el gran poder que se le ha otorgado social y culturalmente al cáncer, llenando la simplicidad de su significado de mitos e ideas irracionales. Esto podría resultar tan solo un dato histórico si la incidencia del cáncer no estuviera aumentando de manera tan alarmante. En esos términos, esas interpretaciones socioculturales han adquirido un valor inconmensurable: La destrucción psicológica del paciente con cáncer. Definitivamente, este no es un gran descubrimiento; ya varios siglos atrás, Galeno mencionó que el cáncer de seno era más común en mujeres melancólicas. Pero la época de las tipologías constitucionales y temperamentales pasó y ha evolucionado hasta el punto que el cambio radica en que el concepto antropológico del ser humano ha cambiado progresivamente generando un especial interés por su homeóstasis y es en ese sentido que recientemente, la comunidad de la salud y los profesionales de la salud mental han deseado darle solución a las necesidades psicosociales del paciente con cáncer y su familia.

Los avances en el conocimiento del significado emocional, interpersonal, familiar, vocacional y funcional de los problemas experimentados por cada persona y el cómo estos problemas afectan su salud, calidad de vida y recuperación han dado como resultado la creación de una subespecialidad de la psicología denominada **Oncología Psicosocial** o **Psicooncología** (Nezu y cols, 1998). Los intereses de la psicooncología están fundamentados en tres pilares básicos de los cuales se desprenden toda una serie infinita de actividades y funciones. Ellos son: (1) El paciente, (2) la familia y (3) el personal. Por razones de espacio, se hará énfasis exclusivamente en el rol del psicooncólogo con el paciente y de manera indirecta, no completa, con la familia.

La calidad de vida: Esencia de la psicooncología

Sin lugar a dudas, el principal objetivo de la psicooncología está dirigido a proporcionar calidad de vida al paciente con cáncer y a su familia. De éste, se desprende una serie infinita de intereses que pueden ser comprendidos como objetivos específicos, de carácter necesariamente interdependiente, y que necesariamente deberán ser considerados para la evaluación y la intervención del paciente oncológico. No obstante, definir el concepto Calidad de Vida no resulta del todo sencillo pues varios hitos históricos que surgen al terminar la Primera Guerra Mundial, influyeron directamente en éste. Lo cierto es que es a este importante suceso se le debe la revolución médica en la que la salud pasa a ser uno de los objetivos fundamentales de la nueva sociedad y en este sentido, la salud pasa de ser un requisito de la producción: Las personas

sanas como elementos productivos, a ser un bien de consumo: Se trabaja para estar bien (Murillo, 1996). Y aunque muchos hitos históricos marcaron el cambio constante en el significado conceptual de la calidad de vida, lo cierto es que no surge en el campo de la salud sino en el campo social y laboral en términos de indicadores de rendimiento pero deja claridad en que su esencia es la relación costo beneficio.

Para efectos prácticos, se tomará la definición de Murillo (1996) para Calidad de Vida, por ser muy específica para el enfermo oncológico: *"Es el ámbito que permite el desarrollo de todas las aspiraciones racionales de una persona"*. Aunque existe un buen número de instrumentos que eventualmente permiten valorar de manera descriptiva y dar así mayor objetividad al concepto (Escala de Karnofsky, CARES, FACT, perfil de salud de Notingham, índice de Spitzer, LASA específicos, etc.), para fines terapéuticos, lo importante es brindar al paciente una verdadera alternativa de afrontar su condición actual, controlando su deterioro físico y mental, cuidándolo y preservando su dignidad en toda la extensión de la palabra. La calidad de vida no es un concepto digno de exclusiones, ni a nivel salud ni a nivel enfermedad. De hecho, haciendo caso a su historia, requiere de una conducta inversionista (que puede entenderse como fundamentada en el binomio prevención/promoción), y en el caso específico de la oncología, no solo es ampliamente aplicable a la fase terminal del cáncer (donde emerge la clara necesidad de los cuidados paliativos), sino a todas y cada una de ellas: (1) desde el mismo diagnóstico hasta la muerte (si se habla de la enfermedad); y (2) desde la misma prevención de la enfermedad hasta el diagnóstico (si llegara a presentarse). En estos términos, en la psicooncología se previenen permanentemente una serie de situaciones específicas que pueden aportar a una mejor elaboración del duelo y en cada una de las etapas se promueven conductas deseables; indiscutiblemente, el enfermo oncológico está vivo, hasta que sus signos vitales demuestren lo contrario.

La persona, no el cáncer

Curiosamente, trabajar con el paciente con cáncer pareciera ser un sinónimo de trabajar con el cáncer y por ende con la muerte. Definitivamente, una de las tareas de la psicooncología se fundamenta en la Tanatología, pero no todas ni cada una de ellas. Es cierto que la mortalidad es significativa, pero no todos mueren y lo más importantes, ninguno de ellos está muerto cuando llega a manos del psicólogo. De hecho, un principio que debería incorporarse desde el mismo instante en que se decide dedicarse a la psicooncología, es que lo único que no trabaja el psicólogo, es el cáncer. Ese es un objetivo del oncólogo y del hematólogo (y de ninguna manera su único objetivo), el verdadero y principal interés del psicólogo es la persona y su comportamiento; el cáncer, la variable independiente, aquella que puede manipularse con la ayuda de la medicina, la psicología y el paciente. No por ello deja de ser inminentemente necesario que los conocimientos del psicólogo se extiendan hasta lo más profundo del área biológica y con ello conozca todo lo que le sea posible del cáncer y su proceso natural; pues pretender omitir que la biología estará permanentemente interviniendo en su trabajo, sería un desacato. Partiendo de este principio, y de una visión tridimensional del paciente oncológico, el éxito del tratamiento tiene su respuesta en el manejo interdisciplinario que se ofrece a las personas con cáncer. Todos los esfuerzos unidos para alcanzar su calidad de vida resultan necesarios. En este trabajo hay funciones específicas, pero la primera de ellas, nuestro muro de contención, es velar por la cohesión y la eficiencia del equipo de trabajo. En el trabajo con personas con cáncer nadie tiene la respuesta; porque pese a los avances de la ciencia y a los inagotables esfuerzos que hacen cada día por encontrarla, no existe por ahora una respuesta. Todos, dentro del equipo, son una herramienta y una pieza fundamental de esa gran estructura que busca edificar la calidad de vida de estas personas. Así, las relaciones funcionales entre cada uno de los miembros del equipo, garantizan la eficiencia de su trabajo tanto a nivel de los cuidados activos con finalidad curativa (posibilidad de cura) como paliativa (no posibilidad de cura) y lo más importante, brindar un óptimo tratamiento de soporte para el paciente.

Campos de acción

Para efectos prácticos, se describirán los diferentes campos de acción del psicooncólogo de manera independiente; sin embargo, son interdependientes y no excluyentes y por lo general, hacen caso al proceso natural de la enfermedad.

Impacto psicológico

Parece inherente al concepto de cáncer, el impacto psicológico que provoca en la persona. Definitivamente, las diferentes reacciones emocionales experimentadas por el paciente son secundarias a su diagnóstico y no por ello deben ser, de ninguna manera, subestimadas o minimizadas. En concreto, el impacto psicológico recoge todos aquellos aspectos psicológicos de la persona con cáncer en el momento del diagnóstico, independientemente de que este sea favorable o no.

- **Impacto diagnóstico:** Se refiere a las reacciones comportamentales que genera en el paciente el haber sido informado de que tiene cáncer. La manifestación comportamental más común de la respuesta al mencionado impacto, es la crisis. Este estado (pues está limitado en el tiempo) se caracteriza por una verdadera perturbación emocional y por un completo desorden cognoscitivo que inhiben la posibilidad de generar estrategias de afrontamiento. En estos momentos, el paciente es lo suficientemente vulnerable y por ello, la ejecución del psicólogo resulta esencial para lograr el enganche del mismo a las posibilidades intervención. En términos generales, se trata de proporcionar primeros auxilios psicológicos tanto al paciente como a su familia (Ver figura 1).

Aunque definitivamente la negación conduce al amortiguamiento del impacto y puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó o en la planeación de actividades como si nada hubiera pasado (Slaikeu, 1996), en la crisis producida por el impacto diagnóstico del cáncer, se convierte no solo en un firme mecanismo de defensa, sino en la primera etapa de elaboración del duelo. Aunque en algún momento se haya planteado la necesidad de translaborar esta fase hacia fases más efectivas de elaboración, no existe una verdadera razón por la que se deba confrontar agresivamente al paciente con su realidad; todo lo contrario, es su manera de afrontar su realidad y el papel del psicólogo está en evaluar (nunca en juzgar) cuál es el costo beneficio de esta actitud y cómo puede intervenir para que se mantenga y optimice cada vez más, su calidad de vida y la de su familia.



Nota. Las etapas de la crisis y las estrategias de primeros auxilios psicológicos corresponden al modelo de Intervención en Crisis de Slaikeu (1996).

- **Impacto pronóstico:** Sin lugar a dudas, el temor más grande con el que se enfrenta el personal de la salud está determinado por el momento en que el paciente cuestiona acerca del tiempo que le queda por vivir. Por obvias razones, las conductas evitativas gobiernan este tipo de situaciones provocando un alto sufrimiento en el paciente y su familia. Graves ideas irracionales se manejan alrededor del pronóstico de una enfermedad cuando éste es negativo. Frases como "Si ella llega a saber que tiene cáncer, se muere", pueden ilustrarlo. En realidad, no existe ninguna evidencia de que la verdad precipite la muerte (aunque debe haber siempre una evaluación psicológica previa del estado afectivo-emocional del paciente -que permita descartar estados o trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad-, su estado mental, etc.), pero sí existe aquella que demuestra que la conspiración del silencio (estrategias y esfuerzos del paciente y/o familiares y/o sanitarios destinados a evitar que alguna de las partes involucradas conozcan el diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad), incrementa los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes, afectando significativamente, su calidad. De hecho, a medida que avanza la enfermedad, la conspiración del silencio suele ser multidireccional entre paciente, familia y sanitarios (López de Maturana, 1998), lo que aumenta la dificultad de acción y la empatía y atención que pueda brindársele. Por lo mismo, otro de los grandes objetivos de la psicooncología está dirigido a optimizar estrategias de comunicación, a dirigir sus esfuerzos hacia una permanente formación educativa que permita desarrollar o mejorar actitudes de comunicación efectivas tanto en el paciente y en su familia como en el personal sanitario. En esos términos, en oncología se habla de una verdad soportable: El paciente tiene derecho a saber lo que está pasando y el médico, el deber de

comunicárselo para hacer un verdadero equipo y afrontar la enfermedad adecuadamente. No obstante, esto dista de consumir al paciente en un mar infinito de malas noticias o en quitarle sus esperanzas. La verdad soportable implica decir la verdad en cada momento, según las disposiciones del paciente y según el grado de tolerancia para recibirla. Requiere individualizar la información y por ello, ésta debe darla la persona calificada, puesto que el paciente al recibir un grado de información puede que desee más y más de ella. Luego, necesita que el informador esté formado profesionalmente, tenga experiencia para ir en cada momento informando y esté también preparado para saber qué grado de aguante tiene en ese momento el paciente, cómo está psicológicamente, qué nivel cultural posee, que religión tiene, etc. (González Barón, 1996). Y para ello, se requiere de un entrenamiento exhaustivo, de la experiencia, del ser, del hacer y del saber hacer. Minimizar la reacción emocional que produce el impacto pronóstico, va mucho más allá de brindar auxilios psicológicos; contempla la necesidad de abordar tanto el repertorio psicosocial y cultural del individuo como el proceso de la enfermedad (ver figura 2) para comprender por qué desencadena en éste estados de ansiedad y depresión. que generalmente pueden resultar reactivos o secundarios.

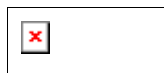


Figura 2

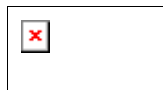
- Continuidad en el tratamiento:** Los tratamientos para el cáncer no han encontrado aún una verdadera especificidad en relación con otros tratamientos. Desafortunadamente, continúan provocando una serie de efectos colaterales cuyo impacto psicológico parece casi inherente a ellos, aunque debe necesariamente anotarse, que la investigación a dirigido sus más grandes esfuerzos y continúa haciéndolo, para contrarrestar estas negativas consecuencias y hacer más tolerable el asumirlos. Sin embargo, aún actualmente, los tres tratamientos clásicos para el cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) continúan ejerciendo una serie de efectos sobre el comportamiento del paciente oncológico. Así, el trabajo del psicólogo a este nivel se dirige esencialmente (1) a decrementar los niveles de ansiedad determinados tanto por el significado cultural que se le otorga a estos tratamientos debido a experiencias pasadas relacionadas con el cáncer o a los comentarios populares como a la incertidumbre causada por el permanente cuestionamiento de la efectividad del tratamiento; (2) a proporcionar estrategias para desarrollar el autocuidado en el paciente; (3) a proporcionar estrategias cognitivo conductuales para el manejo de náusea y vómito anticipatorio a la quimioterapia; (4) a proporcionar estrategias para afrontar los efectos colaterales del tratamiento a nivel de la autoimagen, el autoconcepto, la autoeficacia y autoestima. Es claro que el tratamiento para el cáncer produce cambios en la apariencia física de la persona que resulta sumamente difíciles de aceptar debido a la importancia de la estética en la sociedad contemporánea lo que convierte al paciente oncológico en un atentado contra ésta: Personas caquéticas o que aumentan de peso (obesidad troncular), laringotomizadas cuya habla (símbolo universal de la humanidad) desaparece o se altera parcial o totalmente, mujeres mastectomizadas que tienen que afrontar su sexualidad y su imagen (por lo menos durante uno o dos años de acuerdo con el tipo de cáncer antes de ser reconstruidas) sin uno o ambos senos, etc. La sexualidad es un amplio campo de estudio de la psicooncología, especialmente en Latinoamérica donde las conductas sexuales están fuertemente influenciadas por el machismo y las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía, una ooforectomía o una mastectomía han perdido total o parcialmente, su "funcionalidad" reproductiva y su maternidad, entre otras tantas creencias. Además, resultan menos atractivas por todo lo que la sociedad exige a nivel estético; los hombres con cáncer de próstata, que en un porcentaje considerable desarrolla disfunción sexual bien sea por la cirugía, por la quimioterapia o por el mismo tumor o muchas veces de origen psicógeno, soportan el inmenso impacto emocional de haber perdido el símbolo de su masculinidad. De acuerdo con Ibañez y Romero (1996), las dificultades sexuales aparecen relacionadas con la localización de la enfermedad. El papel del psicólogo a este nivel es verdaderamente relevante ya que el sistema sanitario, centrado en el análisis de costos beneficios, se preocupa más por la recuperación física del enfermo oncológico que

por su curación psicológica, ofreciéndoles pocas oportunidades para comprender el significado que la enfermedad impuso a sus cuerpos (Ibañez y Romero, 1996). La oncología es uno de los pocos campos de la medicina en el que el paciente debe afrontar que el tratamiento no le va a proporcionar un bienestar inmediato, sino todo lo contrario, pues sus efectos se ven a largo plazo.

- **Cuidados Paliativos:** Aunque en un primer momento la intención del médico oncólogo o hematólogo es el de curar, lo cierto es que por diversas variables, este objetivo muchas veces no es posible. La oncología clínica se plantea unos objetivos bien precisos: (1) Curar al paciente; (2) aumentar la supervivencia; (3) dilatar los intervalos libres de enfermedad; (4) mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas (González Barón, 1996). Sin embargo, cuando las alternativas se agotan y el primer objetivo no es posible, toda la lucha se dirige a lograr los demás, poniendo como pilar, el cuarto de ellos. Luego, la medicina paliativa no es antagónica a la actitud curativa, sino complementaria a ésta. Por ende, no es exclusiva del paciente terminal y por lo mismo debe romperse esa asociación directa a esta situación. De hecho, el objeto de estudio de la Medicina Paliativa es el *hombre enfermo y la preservación de su dignidad*. Así que el papel del psicólogo a este nivel está encaminado a detectar y suplir las necesidades psicológicas de la persona cuya condición física no admite ser curada y proporcionar tratamiento de soporte a nivel afectivo emocional, desarrollando y manteniendo habilidades que le permitan trabajar por un buen vivir y eventualmente, por un buen morir a través de la elaboración del duelo.
- **Manejo del dolor por cáncer:** El dolor es sin duda, el síntoma más temido por el enfermo oncológico, su familia y el equipo de salud. Debe aclararse que no es exclusivo de la etapa terminal, pero que realmente sí produce un significativo deterioro físico y psicológico en el paciente, llevándolo a presentar respuestas atípicas (en relación con el comportamiento del paciente oncológico) como agresión e irritabilidad y disminución en la comunicación..

Entre el 70% y el 90% de todos los dolores producidos por el cáncer pueden ser controlados con medicación oral. No obstante, para aquellos pacientes cuyo dolor no responde a esta estrategia, los procedimientos invasivos (agentes neurolíticos, bloqueos del sistema nervioso autónomo, bloqueos de los nervios periféricos, procedimientos neuroquirúrgicos, terapias intraespinales, entre otros) tienen un papel importante en el control del dolor (Lema, 1998). Independientemente de que el dolor por cáncer tenga un origen eminentemente biológico, no puede obviarse la dimensión subjetiva que lo caracteriza y por ende la influencia de las diferencias individuales sobre su percepción. De hecho, los mecanismos fisiológicos del dolor son siempre los mismos pero de acuerdo con Polain y cols. (1997), los factores ambientales y psicosociales difieren significativamente de un individuo a otro y pueden gerar una drástica influencia en la experiencia de dolor. Incluso, las implicaciones psicosociales de la enfermedad interfieren negativamente en la comunicación intrafamiliar, provocando conflictos que empeoran la situación. Por este motivo, resulta indispensable una aproximación multidisciplinaria que combine la implementación de técnicas psicológicas, soporte social y manejo del dolor con el fin de proporcionar tanto la mejor calidad de vida como la mejor calidad de muerte posibles. El trabajo del psicólogo a este nivel está dirigido a evaluar el dolor experimentado por el paciente, su historia en relación con experiencias de dolor, su ambiente psicosocial y cultural y a partir de esta evaluación, proporcionar estrategias de afrontamiento para el manejo del dolor tanto al paciente como a la familia para disminuir la probabilidad de aparición de comportamientos como agresión, irritabilidad, angustia, depresión, entre otros, que resultan sumamente incómodos y provocan en los cuidadores sentimientos de impotencia y temor que dificultan aún más, el control del dolor. De hecho, el dolor a nivel psicológico se mantiene por un circuito o círculo de retroalimentación negativa (ver figura 3) de dolor, ansiedad, insomnio, miedo y soledad. Si el dolor persiste por varios días, la angustia y la depresión comienzan a contribuir al círculo vicioso desmoralizando al paciente y haciéndolo perder confianza en la habilidad y motivación de los miembros del equipo de salud para liberarlo de su dolor (Cousins y cols, 1986 citado por Carr, 1993). En conclusión, aunque la intervención psicológica debe ser en muchos casos coadyuvante del tratamiento farmacológico, lo cierto es que las variables psicosociales deben ser parte

esencial de la evaluación del paciente con dolor y las técnicas de intervención cognitivo-conductuales pueden proporcionar estrategias válidas para contrarrestar el efecto de dichas variables sobre la percepción del dolor.



- **Acompañamiento al paciente terminal** : El trabajo con pacientes terminales ha sido uno de los grandes puntos de referencia del rol del psicólogo en oncología. Aunque es una fuente importante de satisfacción, ha sido también generadora de una serie de percepciones negativas por parte tanto de la comunidad médica como de la psicología. Es decir, trabajar con personas terminales en algún momento se ha asociado con el trabajo del sacerdote o los voluntarios. Hay que partir del hecho que no se trata de una obra de caridad, que el trabajo del psicólogo es esencial en esta fase de la enfermedad porque es él quien ha tenido la preparación suficiente para abordar, de manera profesional, las diferentes consecuencias psicológicas que conlleva el hecho de enfrentarse a la muerte. Y en esos términos, el trabajo del psicooncólogo va desde la misma prevención y promoción de comportamientos (en términos de la preparación que se le pueda proporcionar a los familiares y al mismo paciente en relación con el momento de la muerte) hasta la misma elaboración del duelo que inicia desde el momento en que se proporciona el diagnóstico al paciente. Se trata de un trabajo muy serio y juicioso en el que el psicólogo debe desarrollar una serie de habilidades que le permitan optimizar los recursos que le brindan el medio, la familia y el paciente. Debe ser capaz de abordar el tema de la muerte con la naturalidad y el respeto que merecen las personas que están enfrentadas a la pérdida inevitable de un ser querido. Debe ser capaz de ayudar a canalizar todos los sentimientos que provoca esta situación y dirigir todos sus esfuerzos para que la solución previa de problemas y la toma de decisiones sean herramientas que ayuden a que la elaboración del duelo tanto por parte del paciente como de sus familiares, sea normal y no complicada.
- **Casos especiales:** Existen tres subpoblaciones entre los pacientes con cáncer que han sido descritas como especiales por sus características: Los niños, las personas con SIDA y los supervivientes del cáncer. En realidad, los motivos por los cuales desde la psicooncología se denominan como poblaciones especiales, radica en las características particulares de su comportamiento en relación con el grupo de pacientes oncológicos: (1) Los niños por la comprensión de la enfermedad que está determinada por su edad y por los efectos que ejerce sobre su comportamiento el comportamiento de sus padres, amigos y allegados y el mismo personal sanitario, entre otros. (2) Las personas con SIDA que desarrollan cáncer, por las diferentes variables psicosociales que afectan su comportamiento y por las consecuencias neuropsiquiátricas que implica la enfermedad y que hace que la intervención psicológica sea completamente distinta a la del paciente con cáncer. (3) Los supervivientes del cáncer, porque deben aprender a vivir con el recuerdo y el temor de posibles recaídas, porque en muchas ocasiones han perdido el rol social que tenían, porque muchas veces deberán rehabilitarse de posibles amputaciones, cirugías y secuelas irreversibles del tratamiento, etc.
- **Terapia grupal:** De acuerdo con Benioff y Vinogradov (1996), existen varias razones que argumentan la efectividad de la terapia de grupo como intervención psicosocial en los pacientes con cáncer: (1) Ayuda a reducir su angustia; (2) aumenta la capacidad de afrontamiento activo y la sensación de bienestar; (3) desarrolla habilidades de solución de problemas interpersonales y (4) actúa como catalizador para mejorar la calidad de vida. En estos términos, el desarrollo de la terapia grupal para pacientes con cáncer ha alcanzado un verdadero enriquecimiento si se considera que desde 1940 hasta hoy, no cesa de encontrar un perfeccionamiento y objetivización de sus metas. Al parecer, esto responde fundamentalmente, a ese acercamiento que se ha logrado, no por ello sin enormes esfuerzos, al rompimiento de esquemas cognoscitivos en relación con la muerte y la agonía, suceso que debe necesariamente, ser otorgado a Elizabeth Kübler Ross. De esta manera, el interés por la dimensión psicosocial de estas personas, que de ninguna

manera son diferentes del resto de la población, si se considera la vulnerabilidad a la aparición de procesos cancerígenos y la prevalencia de esta entidad, procura grandes avances a nivel del perfeccionamiento de la terapia grupal, encontrándose datos especialmente interesantes relacionados con la psiconeuroinmunología y su papel en la supervivencia pero esencialmente, en la calidad de vida de estos pacientes. Sin tratar de ir más allá de lo objetivo, la efectividad de los grupos para los pacientes con cáncer, parece redundar en tres aspectos esenciales: (1) Sentimiento de autoeficacia, (2) expresión de sentimientos y (3) elaboración del proceso de enfermedad. Luego, las metas y estrategias a ser cumplidas en cada grupo, dependerá de la consideración de una serie de variables inherentes a los integrantes del grupo y serán reconocidas como pertenecientes a alcance de cada uno de estos tres aspectos. Lo cierto es que, aunque el estado emocional del paciente y el de su familia, sean el objetivo principal de la intervención psicooncológica, deben dirigirse todos los esfuerzos por derrumbar o reestructurar esa idea irracional del paciente con cáncer como una víctima de un proceso meramente irreversible y de una crisis emocional y físicamente devastadora que requiere especial apoyo y protección por parte del personal de la salud. De hecho, parece que esta concepción, que ha existido y existe actualmente aunque en menor grado, minimiza las competencias del paciente en relación con su afrontamiento y autoeficacia y sugiere una responsabilidad adicional e irracional para el terapeuta que pasa a convertirse no en una herramienta de aprendizaje para lograr desarrollar y optimizar las estrategias de afrontamiento y habilidades inherentes al paciente, sino en un cuasi redentor o salvador cuya imagen inicialmente puede suscitar "mejoría" en el paciente, pero a largo plazo no dista de promocionar un abandono del paciente en la credibilidad de su autoeficacia.

- **Investigación:** Definitivamente, la única forma de generar conocimiento y favorecer el perfeccionamiento de las intervenciones psicológicas a nivel de la oncología, está en el desarrollo de investigaciones. Es una función específica del psicooncólogo desarrollar líneas de investigación que arrojen soluciones y proporcionen pautas suficientes tanto para determinar con claridad las variables psicológicas que influyen en el comportamiento del paciente, su familia y la enfermedad, como las estrategias de intervención más efectivas para lograr una verdadera calidad de vida y/o de muerte para el paciente.

CONCLUSIÓN

Todo lo anterior no es más que una breve introducción al rol del psicólogo en oncología. Aunque en el presente artículo solo se han mencionado tan solo algunas de las actividades que debe realizar el psicooncólogo, es clave mencionar la importancia del papel que este profesional de la salud desempeña con la familia del paciente, con el personal y profesionales de la salud que laboran en Unidades o Servicios de Hematooncología y definitivamente, del papel que empieza a gestar como modificador del comportamiento a nivel social y comunitario que encuentra su plena expresión en el auge del binomio prevención - promoción, demostrando su formación integral y su capacidad para abordar una problemática cuya alarmante incidencia requiere de la dedicación y esfuerzo permanentes que permitan aumentar la autoeficacia del paciente y que hace un claro llamado de atención para que cada individuo incorpore a sus repertorios, hábitos saludables que disminuyan al máximo, el riesgo de su aparición.

Referencias bibliográficas

Benioff, S. y Vinogradov, L. (1996). *Terapia de grupo en pacientes con cáncer y enfermos terminales*. En: Kaplan, H. (1996). *Terapia de grupo*. España: Editorial médica PANAMERICANA S.A:

Carr, D.B. (1993). Pain control: The new "whys" and "hows". *International Association for the study of pain (IASP)*. Vol. 1, 1.

González-Barón, M. (1996). *Concepto de medicina paliativa*. Tratamientos de soporte en oncología. Papel del médico de la familia en la medicina paliativa oncológica. En González Barón, M., Ordoñez, A., Feliu, J., Zamora, P., y Espinosa, E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid-España: Editorial Médica

Panamericana.

González-Barón, M. (1996). *La información al paciente con cáncer*. En González Barón, M., Ordoñez, A., Feliu, J., Zamora, P., y Espinosa, E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.

Ibañez, E., y Romero, R. (1996). *Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico*. En González Barón, M., Ordoñez, A., Feliu, J., Zamora, P., y Espinosa, E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.

Lema, M.J. (1998). Invasive procedures in cancer. *International Association for the study of pain (IASP)*. Vol. VI, 1.

López-Maturana, A. (1998). *La conspiración de silencio*. En López, E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.

Murillo, E. (1996). *La calidad de vida del enfermo neoplásico*. En González Barón, M., Ordoñez, A., Feliu, J., Zamora, P., y Espinosa, E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.

Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H., Faddis, S., y Houts, P.S. (1998). *A problem solving approach: Helping Cancer Patients Cope*. 5ª edición. Washington D.C: American Psychological Association.

Poulain, Ph., Langlade, A., y Goldberg, J. (1997). Cancer pain management in the home. *International Association for the study of pain (IASP)*. Vol. V, 1.

Slaikue, K.A. (1996). *Intervención en crisis : Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

ABA Colombia
Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento
web@abacolombia.org.co

Este artículo proviene de: www.abacolombia.org.co
Todos los derechos reservados ©2003