

## **PROBLEMAS FUNCIONALES EN EL CÁNCER Y PROPUESTAS A PARTIR DE UNA MUESTRA DE ENFERMOS ONCOLÓGICOS**

Vicente Pelechano<sup>1</sup>

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, Tenerife

### **RESUMEN**

*Una de las enfermedades crónicas que concentra la mayor parte de las publicaciones en psicología de la salud es la enfermedad oncológica, aunque estas informaciones provienen en su mayor parte de poblaciones angloparlantes, sin que se haya tenido en cuenta la influencia de los determinantes culturales en la plasmación concreta de síntomas y maneras de afrontar la enfermedad. En este trabajo, tras un panorama en gran medida de "historia natural", se presentan datos de una muestra de 114 enfermos oncológicos en estadio avanzado de enfermedad y con tumores muy distintos aunque con un cierto predominio de localización génitourinario. Estresores percibidos por los enfermos, efectos secundarios de la medicación y fuentes de problemas, junto con algunos de los problemas aparejados con las estrategias usuales de apoyo (grupos de enfermos y contexto familiar) son presentados desde una óptica de un modelo multinivel de perso-*

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido posible gracias al proyecto PS-94 sobre calidad de vida en enfermos crónicos, subvencionado por la comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología. Los resultados y opiniones son de exclusiva responsabilidad del autor de este trabajo y no comprometen a la institución que subvencionó el proyecto. Dirección del autor: vpelechano@redestb.es.

*alidad y de estrategias de intervención. Se sugiere un modelo inspirado en la teoría de la incubación de las neurosis de H. J. Eysenck para explicar la relación entre vómitos anteroceptivos y terapia. Se ofrecen sugerencias de intervención a partir de los resultados alcanzados.*

**Palabras clave:** CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS, TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, MODELO MULTINIVEL DE PERSONALIDAD EN SALUD.

## ABSTRACT

*Cancer diseases have occupied a prominent place for some decades now in publications about chronic illness. The main source of information comes from English speaking populations and these results are applied directly to everyone suffering from this severe disease regardless of the importance of sociocultural factors in the determination of the behavioral manifestations of symptoms and ways to cope with human suffering. Following a framework of "natural history of the disease", a set of results on concrete stressors, secondary effects of therapy (including chemotherapy), sources of personal and family problems, coping strategies and response of the social context to verbalized pain is shown (N=114 spanish patients, middle-low social class, low level educational status). Most of the patients are in an advanced state of the debelopment disease. The concrete model of analysis and interpretation of results comes from a multilevel theory of personal functioning and according by multilevel psychological strategies were suggested. Also the existence of anteroceptive vomiting behaviors are interpreted according to the incubation theory of neurosis by H. J. Eysenck. A set of interventions, coherent with the theoretical model are offered.*

**Key words:** LIFE QUALITY IN CANCER PATIENTS, MULTILEVEL PSYCHOLOGICAL TREATMENTS, MULTILEVEL MODEL OF PERSONALITY FUNCTIONING IN HEALTH.

## 1. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los tópicos más repetidos en el caso del cáncer es que se trata de un conjunto de enfermedades distintas (que pasan del centenar), con distintos cursos de acción, pronósticos, edades dis-

tintas de máxima morbilidad y mortalidad y grados de sufrimiento, por lo que la aplicación de procedimientos de intervención, evaluación y tratamientos tiende a presentar una considerable variedad. El desarrollo de la tecnología y del conocimiento médicos acerca de las distintas variedades ha sido notable, por lo que resulta imposible dar cuenta y razón aquí de todos los procedimientos de intervención, así como de los resultados concretos que se han alcanzado.

Se trata, además, de una etiqueta diagnóstica muy temida por los ciudadanos. En un estudio que hemos realizado sobre más de un millar de adultos y medio millar de adolescentes, la enfermedad más temida en el caso de los adultos era el cáncer (más de un 70 % de casos) y la segunda, el SIDA; para los adolescentes la más temida era el SIDA, seguida a muy corta distancia del cáncer. El temor a "volverse loco" tenía una escasa presencia (menor al 2%). Este temor no se encontraría justificado en una valoración general acerca de la eficacia terapéutica de todas las formas conocidas, por lo que el temor se encontraría justificado por las creencias y valores que se encuentran presentes en la sociedad contemporánea<sup>2</sup>. Este temor hace que a los estresores concretos que produce la enfermedad se añaden los que corresponden a la influencia social y cultural. A la vez, la existencia del temor y el reconocimiento de la gravedad del problema ha hecho que se hayan realizado análisis, intervenciones y programas muy diversos, todos los cuales no cubren los criterios mínimos de bondad científica, por lo que si bien hay que decir que se ha publicado mucho, también mucho de lo publicado es difícil de valorar de manera adecuada.

Finalmente, habría que decir que en la medida en que se reconoce socialmente su gran importancia ello implica, entre otras cosas: (1) que los problemas que genera el cáncer no se pueden restringir a sus efectos sobre el enfermo, sino que deben tenerse presente el contexto psicosocial del que el enfermo forma parte; (2) que en los programas deberían tenerse en cuenta las diferencias individuales de los enfermos y que sean relevantes para incrementar la efi-

---

<sup>2</sup> Y no solamente en la sociedad contemporánea. Existen datos que sugieren que el crecimiento tumoral fue conocido de antiguo y asimismo, de antiguo se le temía por el desenlace fatal y por la forma de morir.

cacia de los programas de intervención, (3) los acercamientos contextuales y complejos tienden a predominar sobre los simples y (4) en la medida en que los enfermos tienden a tener una vida relativamente larga, es necesario tomar en cuenta una consideración temporal en el diseño de programas y estrategias de valoración de efectos.

Los objetivos que pretendemos conseguir aquí son los siguientes:

(a) Presentar la lógica de intervención y una valoración de las principales técnicas y procedimientos que han sido ampliamente utilizados, y además en una consideración temporal de las mismas.

(b) Ofrecer unos datos referidos a una muestra de enfermos oncológicos que hemos estudiado y que va a permitir tanto contrastar una cierta cantidad de resultados que se manejan usualmente en la bibliografía, como presentar algunos otros que se encontrarían relacionados con los "patrones" de personalidad y afrontamiento de los enfermos oncológicos, así como algunos datos referidos a su calidad de vida. Las intervenciones seleccionadas se van a exponer en el contexto de respuestas ofrecidas por los enfermos, en su mayor parte.

(c) Explícitamente el título de estas páginas incluye la expresión de "revisión selectiva" en la medida en que resulta imposible, en un espacio como el que se ha dedicado a esta intervención, ocuparse en una revisión de todos los procedimientos, aplicaciones y fases de intervención (por ejemplo, tipos de intervención en cada tipo y fase de enfermedad, técnicas y procedimientos aplicables con el enfermo y con su entorno, evaluación y mejora de calidad de vida, tratamientos de apoyo en los entornos de aislamiento, previos y posteriores a trasplante de médula ósea, etc.). El lector interesado puede leer con provecho una monografía clásica sobre este tema: la compilada por Holland y Rowland (1990).

## 2. UNOS PUNTOS DE REFERENCIA NECESARIOS

El autor de estas páginas desearía dejar claras algunas cuestiones previas que sirvan como marco interpretativo general. Estas cuestiones pueden ser consideradas "duras" o de sentido común, en función de las preferencias profesionales del lector, aunque repre-

sentan generalizaciones empíricas y supuestos de gran parte de la investigación que ha realizado al respecto. La *primera*, es que el ser humano es un organismo vivo con una gran capacidad de adaptación. La *segunda*, que existe una gran cantidad de diferencias humanas en personalidad, diferencias que inciden en la manera de afrontar la enfermedad y los tipos de tratamientos psicológicos que se deban aplicar. La *tercera*, que teniendo presente los componentes éticos de la ciencia (o el cómo deberían ser las cosas, esquema que se encuentra presente en los responsables de los tratamientos psicológicos), debería primarse la manera en la que las cosas suceden, por lo que descripción-intervención representan los polos de un continuo de *intervención*. La *cuarta*, que en un tema como el que nos ocupa, existe un predominio de estudios de caso, en los que tienden a estar ausentes los controles propuestos por los acercamientos científicos en los tratamientos psicológicos (el espectro de intervención sobre la estructura personal, la duración de efectos y la incorporación del análisis científico del contexto en el que se llevan a cabo las intervenciones). Unas palabras sobre cada uno de estos supuestos:

### **(2.1) El ser humano es un organismo vivo con una gran capacidad de adaptación**

Se trata de una de las “verdades del barquero” que, desgraciadamente tiende a ignorarse en el tratamiento de los temas de enfermedades crónicas o víricas de incubación larga. Posiblemente debido a la estigmatización de la expresión “cáncer”<sup>3</sup>, se tiende a dar una imagen generalizada de la persona enferma de cáncer como

---

<sup>3</sup> Esta estigmatización no es algo banal ni asentado en un vacío formal. Existe una experiencia histórica acumulada de que el cáncer (la mayoría de formas de esta enfermedad) no se encuentra resuelta de manera satisfactoria y, por lo tanto, resulta una causa de muerte si se ha contraído la enfermedad. Sin embargo, no deja de ser cierto también que los seres humanos tenemos que morir, por una u otra causa y, sin necesidad de hacer una apología de la muerte, resulta bastante evidente que la sociedad contemporánea tiende a “esconder” o prescindir de la muerte como elemento natural de la vida humana y forma “natural” del funcionamiento y de la dinámica social. El miedo a la muerte, en la medida en que la vida es agradable, resulta un fenómeno “natural” y, en todo caso, una “fobia preparada” filogenéticamente.

una persona con psicopatología, posiblemente por generalización infundada de la etiqueta correspondiente a la condición médica (en una suerte de estilo de razonamiento en el que la gravedad de la etiqueta lleva a pensar que asimismo deben encontrarse alteraciones "mentales"). La verdad de las cosas es que existen momentos y/o períodos de gran sufrimiento personal pero que no tienden a encontrarse presentes a lo largo de la vida del enfermo de cáncer.

Además, la "psicopatologización" puede dar lugar a malos entendidos: Así, por ejemplo, en la medida en que una estrategia de "negación" del problema representa un "mecanismo de defensa" y fuente de psicopatología en ciertos problemas de ansiedad y de trastornos de personalidad, en el caso del cáncer representa una estrategia de afrontamiento que posee un gran valor adaptativo y representa uno de los factores que inciden positivamente en la expectativa de vida.

Lo que acabamos de enunciar no representa la negación de existencia de posible psicopatología en los enfermos oncológicos. Antes bien, lo que desea es ser una denuncia acerca de la atribución generalizada de psicopatología a la propia enfermedad oncológica. Existe evidencia tanto de estudio de casos como psicométrica de que no resulta infrecuente la aparición de una especie de reconversión emocional y cognitiva en la que un enfermo oncológico "descubre" la existencia de factores humanos en sus relaciones personales *después* de ser consciente de que es un enfermo de cáncer. Y, por otra parte, no existe evidencia experimental acerca de la "personalidad premórbida" y su incidencia en el conocimiento del diagnóstico de la enfermedad y fases posteriores. Finalmente, como se verá al final de estas páginas, el "patrón tipo C" reflejaría más el patrón de personalidad de una "personalidad del enfermo crónico" que un patrón específico del enfermo de cáncer.

## **(2.2) El reconocimiento de las diferencias humanas**

Se trata de otra afirmación de sentido común que, desgraciadamente, se encuentra ausente en el tratamiento del tema. La lógica que "justificaría" esta diferenciación vendría a discurrir por el sendero siguiente: en la medida en que existe un contexto comportamental

de "libertad" se presentan las diferencias en dimensiones y/o procesos psicológicos humanos; sin embargo, cuando las condiciones "externas" son muy fuertes, intensas o inescapables, desaparece la diferenciación en respuestas. En la medida en que el diagnóstico de cáncer representa una condición muy intensa o de gran impacto, de ahí se desprendería que las diferencias no serían relevantes. Este razonamiento no se adecua a la realidad que se observa en la clínica, en la medida en que incluso en condiciones muy graves (como sucedió en los campos nazis de exterminio) hubo supervivientes y en esta supervivencia desempeñaron su papel, entre otras, las diferencias individuales. Incluso en ciertos rasgos de funcionamiento personal (como la ansiedad), las diferencias entre humanos se agrandan al incrementarse esta ansiedad y/o las situaciones o tareas que activan la ansiedad.

El reconocimiento de estas diferencias ha llevado incluso a proponer una dimensión muy compleja de personalidad que sería la responsable de las distintas reacciones ante el estrés y que caracterizaría, en especial, a aquellas personas que en situaciones de estrés muy intenso no solamente sobreviven sino que aprovechan estas situaciones para el desarrollo personal: la "fortaleza" personal (*hardiness*), propuesta por S. Kobasa (1979) como un resultado muy importante de su tesis doctoral y que se encuentra vinculada con el sentido de coherencia e independencia personal en situaciones con estrés muy alto. De ahí la necesidad por llevar a cabo evaluaciones específicas sobre la estructura y dinámica personal antes de ofrecer uno u otro tipo de intervención psicológica, con el objetivo de maximizar los efectos beneficiosos.

### (2.3) El continuo de intervenciones psicológicas

Dos aspectos deseamos comentar aquí. El primero se refiere a la oposición descripción-intervención; el segundo, al talante ético de confundir "lo que es" con lo que "debe ser".

Usualmente se contraponen la tarea "descriptiva" con la "intervencionista" en el sentido de que la primera es estática y la segunda, dinámica. Esta oposición representa un planteamiento muy convencional y alejado de la praxis profesional concreta. De hecho, la

descripción tiende a ir aparejada con el "diagnóstico", mientras a la segunda se la une con el "tratamiento". Esta dicotomización, con todo, resulta artificiosa: la descripción representa un procedimiento de intervención "suave" pero que modifica la realidad personal. De hecho, la "observación" y registro comportamental representa una estrategia para fomentar el autocontrol y se ha demostrado que posee un cierto poder de control personal durante los primeros días. Por otro lado, la realización de entrevistas estructuradas a enfermos y familiares representa una estrategia de focalización de la atención sobre problemas y escorzos de la vida personal sobre la que los entrevistados muchas veces, ni siquiera se han planteado y que, una vez planteadas las cuestiones, reobran sobre la acción y maneras de ver la realidad de los sujetos.

Por otro lado, los componentes éticos en el tratamiento de los temas sirve, en muchas ocasiones, para sesgar la descripción de la realidad, más que para iluminar su manera de funcionar. Así, por ejemplo, el papel que se le atribuye a la familia tiende a ser muy positivo y, de hecho, se emplea como un aspecto importante del "apoyo social" de los enfermos. Nuestros resultados apuntan a que la familia sirve como una suerte de esponja que absorbe y emite estrés a la vez, que en unos casos desempeña un claro papel de apoyo social aunque en muchas ocasiones, aparece como un estresor y en especial en los casos de enfermedad crónica, entre otras cosas porque no existen programas específicos que se apliquen a los miembros de la familia y que hayan mostrado su eficacia como apoyo social. Es verdad, por otra parte, que existe más de una manera de funcionamiento familiar y debería tomarse en consideración esta diversificación antes de "promover" o "asignar" un "papel de apoyo y unitario" a la familia. La familia "debería" ser un apoyo y "debería" funcionar como tal; estos "débitos, sin embargo, tienden a no ser todo lo frecuentes que se desearía y la psicología debería evaluar las realidades, antes de pasar a la asignación de funciones.

#### **(2.4) El estado científico de los estudios de intervención**

La aplicación de la psicología científica para aliviar los problemas que presentan los enfermos de cáncer y sus familias es relativamen-

te reciente. La mayoría de trabajos han sido o bien descriptivos, o bien estudios de caso en los que se ha ilustrado la aplicación de una u otra técnica y/o modelo para el estudio de un problema concreto. Mayoritariamente se han aplicado técnicas comportamental-cognitivas para la eliminación de vómitos anteroceptivos en quimioterapia, preparación para intervenciones quirúrgicas y alivio del dolor. Los estudios de grupo, con controles científicamente adecuados no son frecuentes, como tampoco lo son el estudio de la eficacia de los programas de intervención con familias de enfermos.

Estas afirmaciones no deberían ser interpretadas como una crítica negativa hacia la intervención psicológica sino más bien, la asunción de una posición realista que anime a la mejora del conocimiento y de la eficacia y generalización de los resultados, lo que debe animar a una mayor exigencia profesional, que redundará en una mejora y mayor eficacia de estas intervenciones. Y este estado de hechos se refiere tanto a las intervenciones preventivas como a las curativas y de apoyo social.

### **3. SELECCIÓN DE ACERCAMIENTOS DE INTERVENCIÓN**

La enfermedad diagnosticada como cáncer posee un espectro de consecuencias muy amplio que inciden tanto desde el enfermo (nivel individual) hasta la colectividad (nivel socio-institucional). Tradicionalmente se entendía como una condición estrictamente biológica y, por ello, debían ser activadas y aplicadas estrategias y "soluciones" de tipo biológico. La evolución de los acontecimientos impuso, con todo, una apertura a otro tipo de consideraciones. Entre los temas que incidieron en esa apertura se encuentran los siguientes: (1) la aplicación progresiva de la definición de salud de la OMS en la que se incluyen variables de tipo biológicos y otros de tipo psicológico-individual y hasta social llevó al estudio de las condiciones en las que vivían los enfermos, las repercusiones de los tratamientos y el estado de la familia; (2) la aparición de técnicas agresivas en el tratamiento que promovieron una mayor expectativa de vida, aunque llevaban consigo complicaciones graves; (3) la inclusión de conceptos globales en la valoración de la eficacia de los procedimientos terapéuticos tales como la "calidad de vida", que recogía una esti-

mación, más o menos precisa, de las características psicológicas y sociales de los enfermos y, en último lugar aunque no por ello menos importante, (4) la búsqueda de procedimientos alternativos a los defendidos por la medicina oficial en la medida en que ésta no ha resuelto los múltiples problemas que genera el cáncer incluso en el nivel de enfermo: el grado de discapacitación, el fracaso en la terapia, el enorme sufrimiento personal y las complicaciones de las terapias al uso han llevado a buscar, si bien de forma más o menos errática, algún tipo de solución "alternativa", o "promesa de solución".

Sucede, además, que el conocimiento que se tiene en la actualidad de estas diversas enfermedades es parcial, por lo que nos movemos en el nivel de "probabilidades" de aparición, de curso de acción y de desenlace. Este probabilismo "normativo" o grupal, por otra parte, nada dice acerca de las probabilidades reales en el caso de un individuo<sup>4</sup>. Las probabilidades reales para cada individuo deben ser calculadas apelando a una lógica y procedimientos un tanto distintos a los convencionales.

El conjunto de enfermedades conocido con el rótulo común de "cáncer" tiende a presentarse con un largo período de incubación asintomática, un período sintomático en el que tienden a ser comunes intervenciones agresivas, un tercer período de mantenimiento en el que la sintomatología tiende a ser relativamente suave o inexis-

---

<sup>4</sup> Sería necesaria una discusión más detenida y medida de los modelos de herencia genética y "probabilidades" atribuidas a cada caso concreto en la praxis de consulta individual. Los estudios realizados son grupales y, por ello, estas probabilidades y/o porcentajes de herencia se refieren al grupo de estudio y, en una pura aplicación del discurso y de la lógica científica nada dicen acerca de las posibilidades y probabilidades de convertirse en enfermo del individuo concreto al que se está hablando. La difusión de porcentajes de aparición grupal en situaciones no solamente clínicas sino en los medios masivos de comunicación no ayudan, precisamente, a la realización de campañas preventivas en la medida en que decir que existe un 50 ó 70 por ciento de componente hereditario en los estudios realizados se refieren a un grupo (no a un individuo) y que, además, existe un complemento de influencia ambiental. Al mentar la "herencia", parece que la variabilidad ambiental pierde todo valor. Por otro lado, convendría resaltar que el discurso de un 60% de componente genético a nivel de grupo asemeja el razonamiento al enunciado por Lamiell en su propuesta de psicología idiotética: si un grupo tiene que elegir a uno de dos candidatos y el reparto de votos es de 60 % a favor de uno, 30 % a favor de otro y un 10% de no respuesta, eso no quiere decir que *en cada individuo haya habido un 60% de respuesta a favor de uno, un 30% a favor del otro y un 10% de falta de respuesta*. Podría resultar conveniente replantear el discurso empleado en atención primaria en términos más ajustados a un discurso científico, más que a una versión descafeinada y desvirtuada de los resultados conocidos y de su correcta interpretación.

tente y un cuarto período "terminal", en el caso de recrudescimiento de la enfermedad o metastasización florida y estadio final de la enfermedad que termina con la muerte del enfermo. Sobre cada uno de ellos existe un considerable volumen de conocimientos e incluso, se han detectado alteraciones en la matriz genética para determinados cánceres (por ejemplo, el cáncer de mama), lo que permite llevar a cabo intervenciones preventivas, la ordenación de técnicas se hará apelando a esta "fasificación", que puede ser engañosa en cuanto que en algunos de los cánceres existe una aceptación amplia respecto a la existencia de fases y/o períodos de la enfermedad mientras que en otros existe una fuerte discusión respecto a esa fasificación. La duración y tipos de procedimientos a aplicar en cada caso es distinta y se encuentra en distinta fase de desarrollo, por lo que, asimismo, la extensión dedicada a cada uno de estos períodos debería ser distinta.

#### **4. ACERCA DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS**

Se han propuesto diversos tipos de intervenciones preventivas a partir de la propuesta original de Caplan (primaria, secundaria y terciaria), si bien se han formulado muchas críticas a esta clasificación. En sentido estricto toda prevención debería ser primaria (antes de que se presente el problema), puesto que las otras dos actúan sobre poblaciones que ya presentan la enfermedad (detección precoz y aplicación de procedimientos terapéuticos lo más eficaces posible como para que se pueda recuperar la funcionalidad de manera rápida y completa). En el caso del cáncer, la intervención en los primeros momentos de desarrollo de la enfermedad se presenta como la opción más eficaz en lo que se refiere a tratamientos. Su dificultad estriba en la falta de síntomas concretos que presenta. Los programas puestos en acción para fomentar el diagnóstico precoz (en especial el cáncer de mama) han tenido resultados, en general, positivos, aunque asimismo se han levantado voces en contra de tales prácticas en la medida en que implica la aplicación de radiación a la zona sensible (la mamografía). Por otro lado, la solución de mastectomía radical en mujeres con antecedentes familiares se está practicando en algunos países y los resultados alcanzados hasta el

momento no han sido sometidos a un procedimiento de valoración adecuado que tome en consideración tanto los problemas médicos concretos como los psicológicos y sociales. En este sentido parece una vía cuya implantación social no se ve con claridad en el futuro inmediato. Y, pensamos que la detección e intervención precoz, siguen siendo formas de tratamiento y no de intervención.

A partir de un enfoque complementario se han propuesto dos tipos de intervenciones preventivas: las que utilizan una lógica de ingeniería social y aquellas otras que promueven un cambio con participación activa del sujeto y que se ocupan principalmente de la presentación de información.

Las intervenciones de *ingeniería social* son aquellas en las que la participación del sujeto es nula o mínima para la puesta en práctica de las medidas. El supuesto básico de este tipo de intervenciones es que en la medida en que el individuo no tenga acceso a las fuentes que promueven la enfermedad, la tasa de la enfermedad disminuirá e incluso, desaparecerá en la medida en que las intervenciones sean lo suficientemente potentes como para la eliminación de la etiología (lo que supone el conocimiento de la etiología y que sea común a todas las alteraciones y/o se eliminen todos los focos etiológicos). Ejemplo de este tipo de campañas son la potabilización del agua corriente en las casas, encaminada a prevenir las infecciones de acción rápida en la población.

La ventaja de este tipo de intervenciones es que no exigen un acto continuado de voluntad consciente dirigido a la realización de acciones positivamente orientadas a la prevención de la enfermedad. La desventaja estriba, precisamente en esta carencia de participación activa del ciudadano y por ello, los cambios tienden a ser percibidos como restricciones a los derechos y libertades del individuo. Tanto más cuanto que el conocimiento de la etiología de los distintos cánceres es probabilístico y "toca" producciones y productos que representan fuentes económicas de cierto peso como industrias del petróleo, alcohol y tabaco.

En las *intervenciones psicológicas comportamentales*<sup>5</sup> se exige una cierta participación del sujeto. Entre los supuestos básicos de

---

<sup>5</sup> Esta dicotomización de ingeniería social frente a intervenciones orientadas al cambio comportamental es más por propósitos didácticos que por recoger la compleja realidad:

estos modelos se encuentran los siguientes: que la información que posee el sujeto determina su acción, que en el código de valores del sujeto la racionalidad y el mantenimiento de la salud resulta esencial y que existe un dominio básico de la racionalidad y del sistema de valores sobre cualquier otro tipo de determinante de sus acciones. Desgraciadamente existe en el ser humano más de una manera de "discurrir racional" y, además, el binomio creer-pensar no siempre posee relaciones estrechas con la acción.

Una consideración más debería tomarse en cuenta: a la hora de ofrecer mensajes comprensibles no está claro si resultará más eficaz la transmisión de elementos positivos (por ejemplo, consumo de productos alternativos a los que hayan demostrado un significativo grado de nocividad) o elementos punitivos o de generación de "miedos" (presentación de imposibilidad de respirar a consecuencia de cáncer de pulmón, por ejemplo). Es muy posible que se debieran emplear campañas en dos fases: una primera de inhibición o disminución del consumo de productos nocivos o no tan positivos y, en segundo lugar, la propuesta positiva.

Las campañas preventivas contra el cáncer se han ocupado básicamente bien sea de aspectos compartidos con otros problemas médicos como las alteraciones cardiovasculares (tal el caso de la ingestión de grasas animales) o de elementos específicos de determinados cánceres tales como el de mama, pulmón, esófago o colon. El objetivo se ha polarizado o bien en la disminución en el consumo de grasas, ingestión de alcohol o tabaco, o bien en el incremento en el consumo de fibra. En todas ellas se han ocupado prioritariamente de ofrecer información a la población acerca de la conveniencia de incrementar su utilización en unos casos y, en otros, de debilitar o eliminar su consumo. Se emplean los medios de comunicación para su difusión o bien publicidad estática.

Desgraciadamente estas campañas suelen hacerse sin haber previsto ni el estudio de impacto sobre la audiencia, ni los procedimientos de valoración acerca de su eficacia. Y, en todas las ocasio-

---

usualmente los programas preventivos se diferencian entre sí, entre otras cosas, por el distinto grado de compromiso y/o acción decisional del sujeto. En estos programas se intenta incidir en la conducta del sujeto reorientándola hacia acciones y hábitos de conducta más sanos y/o limitadores de los hechos y/o acciones que promoverían el cáncer.

nes, la diferencia entre el conocimiento de los hechos y el no conocimiento de los mismos se ha presentado como la variable más relevante y que no ha sido sometida a análisis sistemático. De hecho, sabemos que la relación entre conocimiento y acción dista mucho de ser perfecta y, en ocasiones, al conocer, se pone en acción algo que va en contra de la información transmitida<sup>6</sup>. Sucede, además, que las campañas tienden a ser generales (sobre toda la población) y no toman en consideración la diversificación de las poblaciones hacia las que van dirigidas (así, vaya por caso, el lenguaje y estilo de un mensaje publicitario para un adolescente debe ser muy distinto del que debe emplearse para un adulto y para un anciano).

El impacto de estas campañas, en todo caso, tiende a ser muy lento y a largo plazo, lo que exigiría tiempos de intervención muy largos y toma de medidas de valoración asimismo a lo largo de las campañas con el fin de poder reorientar las acciones, en caso de no alcanzarse los objetivos previstos.

Finalmente, habría que decir que parte del escaso éxito que poseen estas campañas puede deberse a la existencia de mensajes contradictorios dentro del mundo social, unos a favor y otros en contra (prevención por un lado y propaganda, por otro), lo que debilita la credibilidad de los factores preventivos sobre los que se asientan las campañas de intervención preventiva.

## 5. EL DIAGNÓSTICO COMO ESTRESOR

El conocimiento de la existencia de "cáncer" representa uno de los mayores estresores a nivel individual y familiar dentro de la sociedad contemporánea. Más que la especificación concreta de la enfermedad (en la mayoría de los casos conocidos, un diagnóstico

---

<sup>6</sup> Sabemos en psicología que la relación entre conocer y hacer dista mucho de ser perfecta. El supuesto de equivalencia entre conocer y seguir las instrucciones que se derivan de ese conocimiento es ingenuo, entre otras cosas porque supone una creencia perfecta en los mensajes que se transmiten, así como una correspondencia perfecta entre el mensaje emitido, su perfecta comprensión y el seguimiento perfecto de esa comprensión, con lo que sed acerca el modelo que se postula a un sujeto pasivo y, en el mejor de los casos, *positivamente reactivo* ante la información que se recibe (esto es, totalmente ingenuo y crédulo), lo que no suele ser el caso.

precoz lleva consigo un tratamiento adecuado y, por lo mismo, una "cura"), importa el reconocimiento de que el enfermo es diagnosticado como "oncológico"; entre otras cosas, por la enorme carga social y cultural que existe sobre esta expresión.

### 5.1. La cancerofobia

Esta carga sociocultural ha llevado a proponer a Idefinger (1975) la *cancerofobia*<sup>7</sup>, que es un miedo infundado al cáncer y que perturba el funcionamiento cotidiano de una persona. Se han aislado dos formas: *una, situacional y/o contextual*, y otra *fijada o de larga duración*. La primera es de corta duración y desencadenada, usualmente o bien por experiencias recientes relacionadas con la enfermedad, presencia de noticias en los medios de comunicación o que se encuentra al cáncer como profesional o estudiante; tiende a desaparecer con información adecuada por parte de familiares, amigos o profesionales cualificados. La *cancerofobia estable* o fijada, es persistente, no responde a diálogo ni información sobre la enfermedad y tiende a presentarse con más frecuencia en personas que han tenido familiares que han muerto de cáncer<sup>8</sup>.

Existe un grupo de personas sanas que desarrollan una cancerofobia que resulta muy difícil de erradicar: son las personas que objetivamente se encuentran en situación de alto riesgo de desarrollar la enfermedad (por ejemplo, una mujer que haya tenido biopsias frecuentes de quistes en mama, o de la que haya tenido fallecimientos debidos a esa enfermedad en la familia cercana (madre, hermanas) y que llegan a pedir mastectomía bilateral para liberarse

---

<sup>7</sup> La cancerofobia sería una de las "nosofobias". Una nosofobia es una fobia sobre alguna enfermedad grave acerca de la cual el sujeto posee solamente una información muy parcial, aunque experimenta miedos muy intensos a consecuencia de múltiples causas entre las que hay que contar experiencias anteriores asociadas a esa enfermedad bien sean propias o de un familiar o amigo, y posiblemente también, exacerbadas por los medios de comunicación social.

<sup>8</sup> Algún autor ha defendido que la tasa media de enfermos de cáncer en las familias de cancerofóbicos se encuentra alrededor del 39%. Sanborn y Seybert (1975, 1976) encontraron que el 78% de cancerofóbicos que se habían suicidado tenían una historia de cáncer en la familia.

de la ansiedad<sup>9</sup>. En estos casos se requiere un examen médico cuidadoso que permita despejar dudas más allá de lo razonable y, si persiste, pensar en un tratamiento de hipocondría.

En algunas ocasiones la cancerofobia llega a alcanzar proporciones muy graves, acompañada en ocasiones con estados alucinatorios y tiende a estar asociada con un estado límite, depresión psicótica o esquizofrenia con un componente depresivo.

## 5.2. Los primeros síntomas

Entre el miedo patológico al cáncer y la persona que nota los primeros síntomas del cáncer se encuentra una "zona de nadie" en la que resulta muy difícil moverse con seguridad y en la que se encuentran presentes estados alternados de seguridad personal, negación de sintomatología, ansiedad y depresión.

La respuesta más común es la de "espera" o retraso en la búsqueda de ayuda médica especializada. Desde el trabajo pionero de Pack y Gallo (1938) hasta ahora se tiende a aceptar la definición de estos autores de hablar de retraso cuando pasan tres meses desde la identificación de los síntomas hasta el comienzo del diagnóstico en serio por parte del médico. Las cifras que se manejan como resultado de los estudios publicados son que aproximadamente tres cuartas partes de los enfermos tardan aproximadamente un mes en buscar la ayuda y, en la mayoría de trabajos, más de la tercera parte de los enfermos tardaban tres meses en tomar la decisión y se aceptan que las principales razones para la demora son de índole psicológica Holland (1990): (a) variables de tipo sociodemográfico tales como edad avanzada, menor nivel educacional y ocupacional; (b) conocimiento, actitudes y creencias sobre el cáncer tales como un conocimiento escaso de la enfermedad, unas asociaciones previas con enfermos del cáncer, miedos excesivos al cáncer, creencias y actitudes inculpatorias o auto-responsabilidad sobre la enfermedad; (c) personalidad y estilos de afrontamiento tales como trastornos psico-

---

<sup>9</sup> Recientemente esta petición se considera una estrategia preventiva eficaz. Claro que para llegar a ella se requiere una evaluación muy cuidadosa de la situación y de la petición.

patológicos anteriores, tendencia a negar o reprimir la información molesta o discordante y rechazo de un papel de dependencia, con un sentimiento claro de integridad corporal. Finalmente, también a los médicos compete parte de responsabilidad del retraso en la medida en que la falta de preparación profesional (exámenes inadecuados o incompletos), equivocaciones de diagnóstico e incluso devaluación de información proveniente del enfermo, son elementos que se han aducido para la explicación del retraso en el comienzo del tratamiento adecuado.

En unos trabajos sobre estrés y afrontamiento en enfermos físicos crónicos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993, 1994) se aislaron cinco factores de segundo orden que representaban la manera de recordar los enfermos las formas de afrontamiento que caracterizaban la toma de conciencia de la enfermedad fueron: (1) impacto general de la enfermedad con autoinculpación; (2) apego a la vida con un intento por distanciarse del problema; (3) búsqueda de información relevante y de soluciones para la enfermedad; (4) negación de la enfermedad y su gravedad con inculpación a la familia y (5) cambio y/o re-estructuración de valores y creencias. Estas estrategias diferían significativamente de las que utilizaban como afrontamiento actual al problema de la enfermedad.

Finalmente, el Proyecto Omega, un proyecto longitudinal de más de una década de duración y realizado en el Hospital General de Massachusetts (Weisman y Worden, 1976, Weisman, 1979a y b) dio como uno de sus frutos un *Índice de Vulnerabilidad*, que se utiliza desde entonces: en el primer momento la reacción tiende a ser muy intensa, calificadas a veces como "inflamación psíquica" que puede durar unos dos meses y en la que el enfermo busca la solución de su enfermedad como "cura" definitiva y total. Los indicadores asociados con una mayor vulnerabilidad son: (a) médicos: más síntomas físicos, cáncer más avanzado cuando se dio el diagnóstico; percepción del médico como un profesional que no presta mucha ayuda; dudas acerca del efecto del tratamiento y una perspectiva corta de supervivencia; (b) sociales: nivel económico bajo, problemas de pareja, problemas de base previos a la identificación de la enfermedad y escaso apoyo social; (c) psicológicos y/o psicopatológicos tales como historias de problemas psicopatológicos, gran ansiedad, baja fuerza

del yo, mayor supresión de información y afecto, más preocupaciones de distintos tipos, sentimiento de irse a pique, alcoholismo y afrontamiento ineficaz.

Después de un cierto tiempo la mayoría de enfermos tienden a adaptarse a la enfermedad y los distintos tratamientos. En todo caso, enfermos y familias requieren estrategias de apoyo, esclarecimiento de sentimientos y reintegración cognitiva y de valores, así como de integración familiar.

## **6. UN SEGUNDO IMPACTO: LAS SOLUCIONES TERAPÉUTICAS Y SUS SECUELAS**

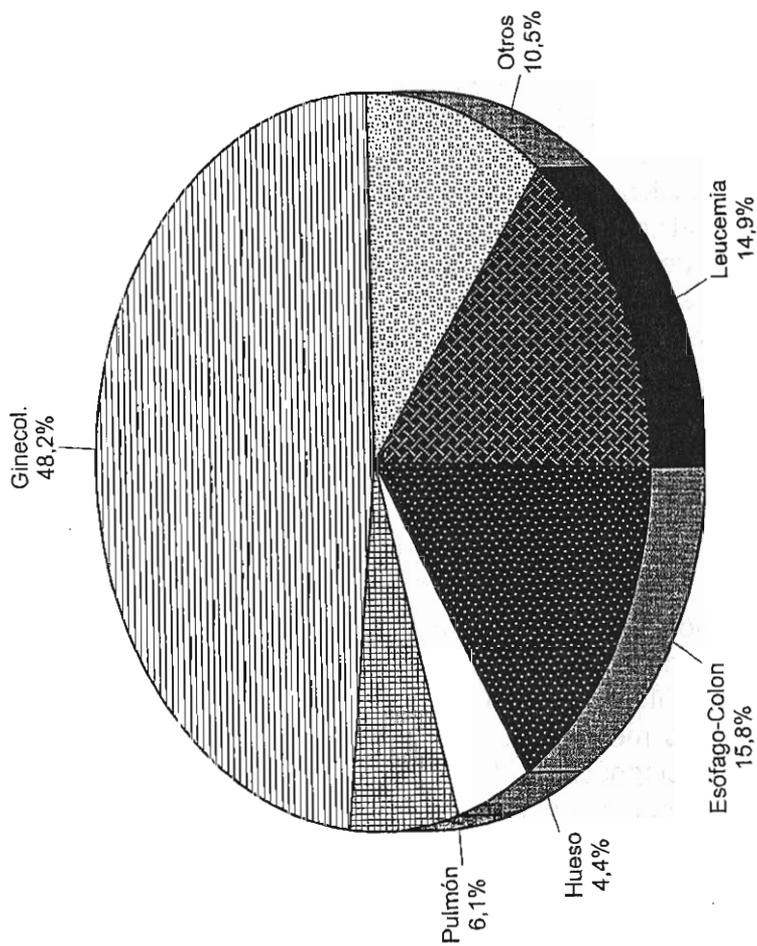
Los diversos tratamientos que existen para la erradicación o alivio de la enfermedad tienden a ser muy agresivos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal) y poseen un conjunto de efectos secundarios que deben sufrir en primer lugar, el enfermo y, de rechazo, todo su entorno familiar. Existen casos en los que los enfermos prefieren no recibir estos tratamientos agresivos (piensan, además, con resultado incierto) y que siga el curso natural la enfermedad que estar sometidos a tratamientos muy molestos y que no garantizan el éxito. El éxito de los tratamientos, además, depende de muchos factores (tipo de cáncer, estadio de desarrollo de la enfermedad) y suelen ser de larga duración, por lo que se requiere, aparte de un apoyo médico, la consideración de variables y aspectos de funcionamiento psicológico que ayuden a promover un mejor estado de ánimo y de recursos personales para enfrentarse a esa situación. Los principales aspectos a tomar en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención serían los siguientes: el estado de ánimo o la moral con la que se enfrentan a la vida, las capacidades de afrontamiento ante la diversidad de estresores, la autoestima personal (y auto-eficacia), el sentido de control personal (a partir del diagnóstico, el sentido de control personal se ha perdido y el enfermo piensa que todo se le ha escapado de las manos”), las habilidades de solución de problemas interpersonales y llevar a cabo programas diversos y estructurados que incidan en la disminución del sufrimiento personal (Massie, Holland y Straker, 1990). Para cada uno de estos apartados existen procedimientos terapéuticos que han sido generados y aplicados con cierto éxito y pueden ser aplicados a los enfermos oncológicos.

Recientemente se ha activado una polémica alrededor de la conveniencia y/o fomento de eficacia en los tratamientos a partir de una estrategia aditiva de distintos enfoques y componentes, al margen de su grado de adecuación previamente contrastada. A favor de esta estrategia aditiva más indiferenciada que menos se encuentra la propuesta calificada por Block (1997) como "biopsicología", que se orienta "al paciente como un todo" y que se organiza a partir de un enfoque del estudio del "yo multidimensional" y que reúne psicoterapia convencional, intervenciones de agrupación cuerpo/mente, regímenes dietéticos, fitomedicina y estrategias de cuidado físico. La idea básica es que los acercamientos biológicos y los psicológicos poseerían efectos sinérgicos y en la medida en que se adapten a cada individuo enfermo, se potenciarán sus efectos. Este acercamiento globalizador sin análisis previo de validez de componentes ha sido contestado desde supuestos científicos y de responsabilidad moral por parte de Spiegel (1997) y Gullion (1997).

Una opción asimismo de amplio espectro, sin análisis del valor de los componentes ha sido propuesta por Fawzy et al. (1997), como un acercamiento de terapia de grupo, dentro de las distintas fases y tratamientos médicos. Los autores distinguen cinco fases psico-sociales: prediagnóstica, diagnóstica, de tratamiento, recurrente y terminal; y proponen un paquete similar de grupo y de corta duración en cada una de ellas. No ofrecen datos controlados acerca de la eficacia global, ni del valor de cada uno de los componentes.

Por nuestra parte hemos estudiado a un grupo de 114 enfermos oncológicos, cuyos descriptores de interés aparecen en la figura 1. Casi la mitad presentan tumores ginecológicos y el 15 por cien bien sea digestivos o hematológicos. Existe un predominio de casados (80,7%) y el 57% se encuentran entre 41 y 60 años de edad, con un nivel cultural más bien bajo y en el que ha predominado recientemente un tratamiento a base de quimioterapia (alrededor del 80 % de casos).

Cinco puntos relevantes resultan de interés y los traemos a colación aquí: el tipo de estrés de los enfermos, los efectos secundarios que dicen los enfermos que les preocupan y son efectos de los procedimientos terapéuticos seguidos, los miedos que informan los enfermos, los problemas eméticos y la presencia de dolor.



Mujeres: 67,5%  
 Edad: 41-60 años: 57%  
 Casado: 80,7%  
 Ama de casa: 41,2%; Trabajo manual  
 41,2%; Jubilado: 6,1%.  
 Trat. más frecuente: qui-mioterapia  
 (60-88,8% por grupo).

Figura 1.- Descriptores de la muestra (N=114 enfermos)

### 6.1. El estrés y los estresores anunciados por los enfermos

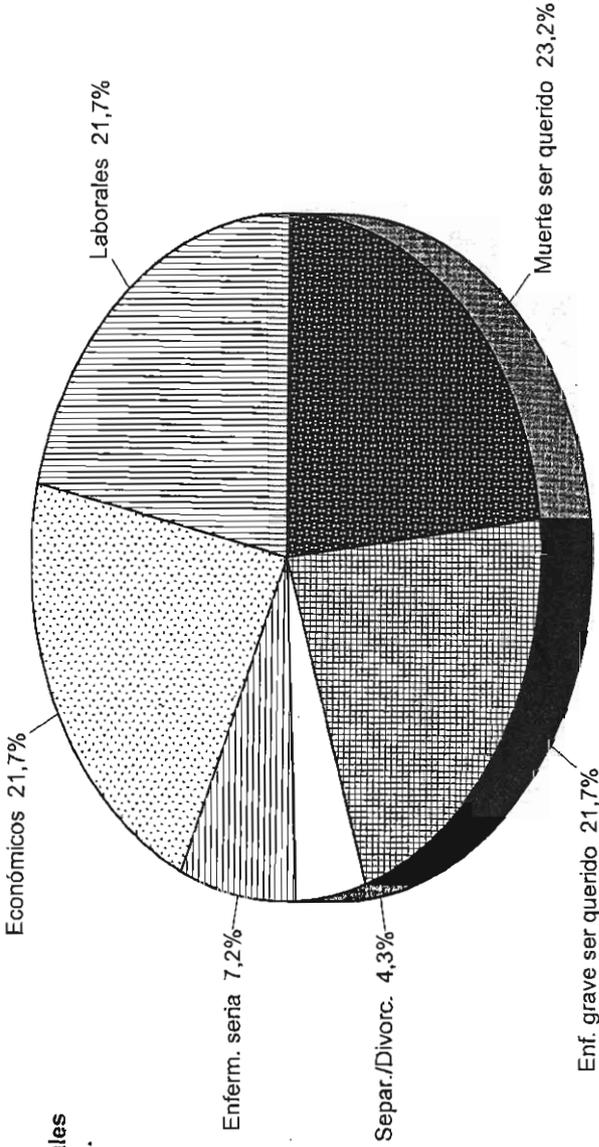
Por lo que se refiere a los *estresores*, las respuestas ante la petición de los estresores más relevantes que han tenido a lo largo de toda su vida, los resultados, categorizados convenientemente (eran respuestas libres) se encuentran en la figura 2.

Tal y como puede verse en la figura se ha recogido una media de 1,29 sucesos vitales estresantes por enfermo. La categoría más repetida es la de la muerte de un ser querido (23%), seguida por tres categorías que son casi tan frecuentes como la anterior y con la misma presencia (21,7%): la enfermedad grave de un ser querido, problemas laborales y problemas económicos. El resto de sucesos vitales estresantes que enuncian son la presencia de una enfermedad seria (7,2%) y la separación o divorcio propios (4,3%). Da la impresión de que este grupo de enfermos, o bien se ha adaptado muy bien a su enfermedad, o emplea con mucha frecuencia estrategias de negación de la enfermedad propia y de su gravedad. En todo caso estos resultados apuntan a la "normalidad" de los estresores más significativos percibidos por los enfermos frente a los de personas adultas no enfermas (Pelechano, Matud y de Miguel, 1994) y/o la escasa presencia de la enfermedad propia en el panorama general de estresores percibidos por los enfermos.

Cabe una línea interpretativa algo distinta que se ha utilizado en más de una ocasión y es la que hace responsable al estrés de las enfermedades físicas y, entre ellas, el cáncer en sus diversas manifestaciones y, de entre las distintas concepciones del estrés, en especial la que estudia la relación entre los sucesos vitales estresantes (los estresores) y la salud, línea que se materializó a partir del trabajo de Holmes y Rahe a comienzos de los sesenta. Una revisión de los resultados, sin embargo, demuestra que los estudios han sido correlacionales, que los coeficientes encontrados entre estrés y enfermedades es más bien tenue (como máximo alrededor de 0,40), que los estudios relatan casos de enfermedades más bien "leves" como resfriados, gripes o afecciones respiratorias de vías altas, pero no existen datos acerca de cáncer, esclerosis en placas o enfermedad renal terminal<sup>10</sup>. Los tratamientos dirigidos a aliviar el estrés

---

<sup>10</sup> El modelo de relación directa entre estrés y enfermedad (denominado de "victimización" por los Dohrenwend) no ha encontrado una confirmación en ningún estudio. Deben tomarse en cuenta más factores (como la personalidad y, en especial tipo y calidad de capacidades



Media: 1,29 sucesos vitales estresantes por persona.

Figura 2.- Estresores: sucesos vitales estresantes más relevantes en enfermos oncológicos (N=114)

pasan por la reestructuración cognitiva, programas de aserción personal, técnicas de inoculación de estrés (o de preparación cognitiva ante la aparición de un estresor) y técnicas de solución de problemas, bien las asentadas sobre modelos isomorfistas o heteromorfistas (Pelechano, 1996).

## 6.2. Los “efectos secundarios” negativos y su alivio

Pocos tipos distintos de soluciones existen en nuestros días para los distintos tipos de cáncer: cirugía (total o parcial del órgano o parte del cuerpo en el que se encuentra el tumor), quimioterapia (sola o en conjunción con otros procedimientos, con distintos productos y dosis), radioterapia y tratamientos hormonales. Estos tres recursos tienden a ir juntos, bien sea de dos en dos o los tres, aplicados de forma secuencial. Todos ellos, además, son muy agresivos para el enfermo y llevan consigo efectos secundarios desagradables que pueden llevar consigo incapacitación parcial o total en función el tipo de intervención. Y, además, estos efectos pueden ser temporales o definitivos.

Como punto de partida, presentamos las respuestas dadas por nuestra muestra de enfermos respecto a los *efectos secundarios que cuentan y que les preocupan especialmente*. Los resultados que hemos obtenido se encuentran recogidos en la figura número 3.

Se ha dicho más arriba que uno de los efectos secundarios de la quimioterapia son las *náuseas y los vómitos* y estos efectos son los que señalan los enfermos con mayor frecuencia (24,3%). Los fármacos utilizados en quimioterapia poseen un efecto emético, por lo que resulta “natural” enunciar los vómitos como un efecto temido. Sucede, sin embargo, que en un cierto volumen de enfermos, se observan vómitos anteroceptivos (esto es, el día antes incluso de la sesión de quimioterapia), vómitos que son explicados usualmente apelando a procesos de condicionamiento clásico y, por ello, pueden ser tratados psicológicamente mediante procedimientos de contra-

---

de dominio de situaciones, así como el tipo de estresor y los apoyos sociales con que se cuenta). Incluso se ha llegado a proponer una “personalidad que tiende al sufrimiento”, más que “tendente a la enfermedad”. El sufrimiento habla de “neuroticismo-ansiedad” y, en todo caso, depresión, pero no de afecciones físicas.

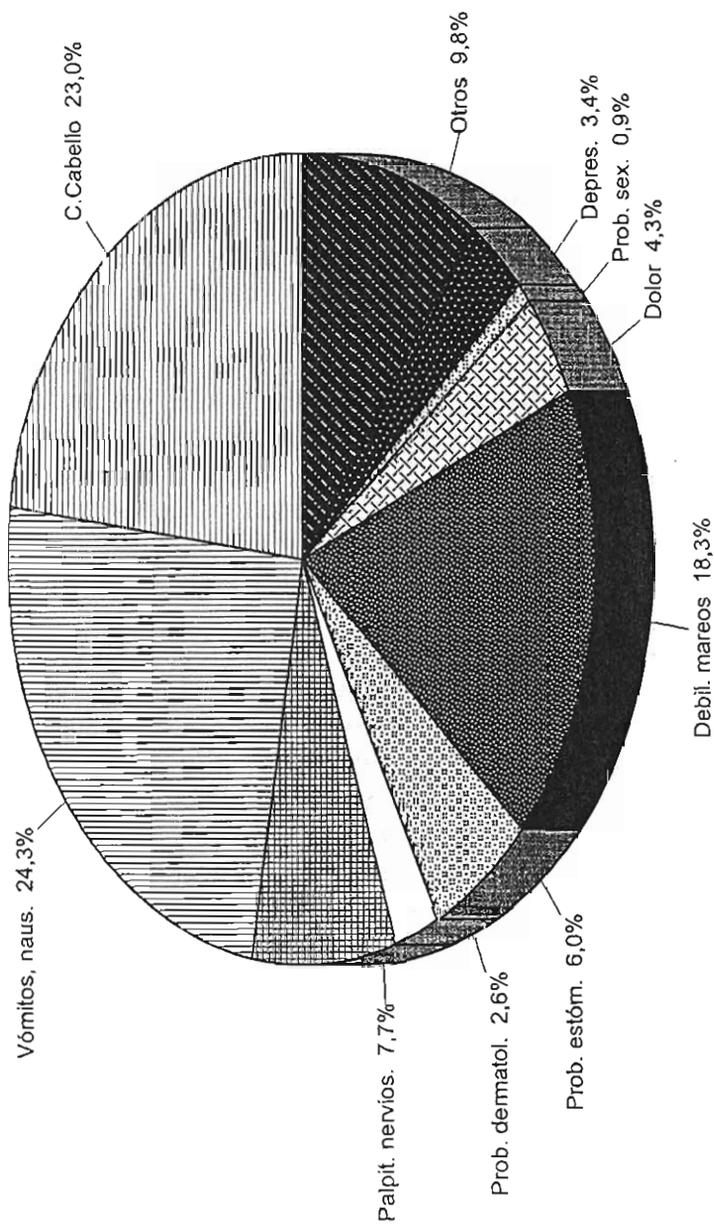


Figura 3.- Efectos secundarios en cáncer (N=114)

condicionamiento (desensibilización sistemática, relajación muscular profunda bien sea con el entrenamiento autógeno de Schultz o con el procedimiento de Jacobson e incluso técnicas de hipnosis<sup>11</sup>). Todavía tiene vigencia la revisión de Watson y Marvell (1992) acerca de las técnicas que acaban de mencionarse: Las sesiones de hipnosis se llevan a cabo antes y durante la administración de quimioterapia; en la relajación muscular profunda se obtiene mejores resultados si los responsables de las sesiones son profesionales de la salud que si actúan para-profesionales o una cinta grabada con las instrucciones; en la aplicación de la desensibilización sistemática se han llevado a cabo estudios con mayor número de controles y se ha observado una disminución tanto en la intrinsidad del vómitos como en la aparición de náuseas. Con estos procedimientos tienden a reducirse los vómitos anteroceptivos hasta un 100% y las tasas de éxito que se han publicado en los estudios de grupo oscilan alrededor del 90%<sup>12</sup>.

*Debe tenerse presente, con todo, que los enfermos reciben, a la vez, medicación antiemética por lo que el estudio de la eficacia de los tratamientos psicológicos de manera aislada no ha sido hecho de manera sistemática; con todo debe tenerse claro que solamente con la medicación antiemética no se logra un éxito completo. Estas sustancias antieméticas poseen, asimismo, efectos secundarios no*

---

<sup>11</sup> La hipnosis se entiende como un conjunto de procedimientos de inducción que requieren que el enfermo esté totalmente atento y absorto en la tarea que le indique el terapeuta; tarea que puede ser cognitiva —como dirigir la atención hacia un pensamiento concreto— o puede incluir componentes comportamentales (petición de mantenerse relajado).

<sup>12</sup> Debe tenerse presente que no todos los fármacos empleados en quimioterapia poseen el mismo poder para la generación de vómitos anteroceptivos. En el caso del cisplatino (que es el que posee mayor poder emético), la tasa de éxito ante vómitos anteroceptivos es mucho menor, llegando hasta el 30%. El problema llega a ser tan importante que existen enfermos que abandonan la terapia debido a las náuseas y vómitos (también hay que anotar que en ocasiones la decisión es "apoyada" por la familia) y que no todos los fármacos eméticos son intercambiables o se aplican con el mismo éxito para todo tipo de tumor: antes bien, se recomienda uno u otro grupo en función del tipo de tumor, por lo que la tasa de vómitos es distinta para distintos tipos de cáncer, así como del tipo de enfermo. Como fuente de diferencias individuales se ha apleado en más de una ocasión al papel desempeñado por la interacción entre neuroticismo e introversión (ambas dimensiones con puntuaciones altas) puesto que en este cuadrante de la teoría de Eysenck se ha propuesto la teoría de la incubación como modelo explicativo de las diferencias individuales en sensibilidad al condicionamiento visceral anteroceptivo. Los resultados alcanzados, aunque van en esta línea, no son explicados en su totalidad por ella.

deseables (entre ellos, depresión) por lo que se sustituirían unos efectos por otros y no resulta un procedimiento recomendable, como procedimiento único, excepto en caso de fracaso de las terapias psicológicas. La revisión de Redd (1997) concuerda con lo que acaba de mencionarse.

Un segundo punto a tomar en consideración es la alopecia (caída del cabello). Se trata de un efecto producido asimismo por la quimioterapia y es reversible. A pesar de que los enfermos son informados de esa reversibilidad, lo consideran un efecto no deseable con cierta frecuencia (en nuestra muestra, el 23% de los enfermos lo expresan y representa el segundo apartado de efectos secundarios). Resulta usual la verbalización de dificultades en la aceptación de la pérdida del cabello y la posibilidad de que no vuelva a crecer. Resulta muy importante la preparación psicológica de los enfermos, que incluye información adecuada, compra de pelo y/o peluca (o, alternativamente, cortar pelo propio con el fin de poder hacer una peluca posteriormente con él), recomendación además de visitar a un especialista en hacer pelucas (aquellos profesionales que trabajan y tienen experiencia con enfermos oncológicos aportan en muchas ocasiones, mucha ayuda). Resulta de cierto interés, además, poder hablar con un enfermo con éxito y que haya pasado por la experiencia. En algunos casos el pelo comienza a crecer incluso mientras dura el tratamiento, lo que representa un apoyo y fuente de aserción personal. La adriamicina, la daunomicina, la ciclofosfamida y la radioterapia son muy potentes para la producción de alopecia (más aun si se combinan entre sí, dos o más de ellas, aunque asimismo depende de la dosis), aunque la quimioterapia la produce de manera muy clara. Se ha utilizado con éxito desigual una capucha de hielo con el fin de disminuir el aporte de la quimioterapia al cerebro y/o disminuir sus efectos sobre el cuero cabelludo.

Mareos y debilidad general son inventariados por el 18,3 de los enfermos y ya a considerable distancia palpitaciones y nerviosismo (7,7%) y problemas digestivos (6%). Con una incidencia menor al 5% se presentan dolor, depresión, problemas dermatológicos y problemas sexuales. Una última categoría de miscelánea cubre el 9,8%. Se ha observado en algunos casos problemas de anorexia (en relación con la quimioterapia) y, de hecho, dos estudios controla-

dos con vincristina han coincidido que se asocia con trastornos de estado de ánimo y depresión<sup>13</sup>.

## 6.2. Los miedos de los enfermos

En conexión con los efectos secundarios inventariados se presentan *los miedos que enuncian los enfermos* y que se encuentran recogidos en la figura número 4 y que puede entenderse como una aclaración de lo comentado más arriba a propósito de los efectos secundarios.

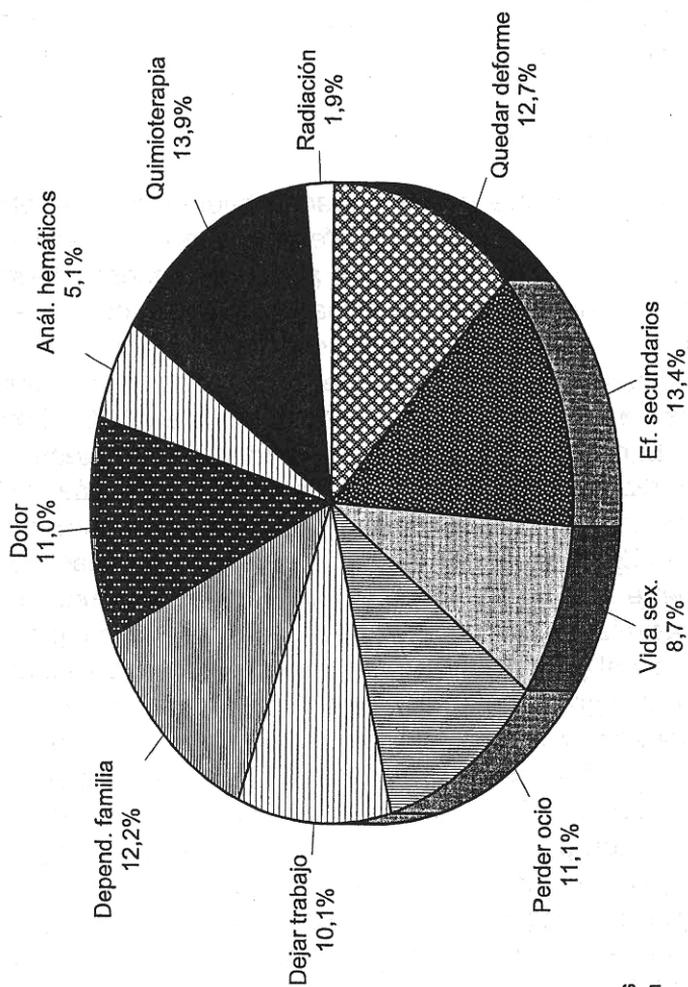
Las respuestas emitidas por los enfermos se encuentran bastante diversificadas y ante una cuestión abierta tienen a emitir 5,12 miedos por enfermo. El rango entre grupos de enfermos se encuentra entre 4,56 (colon y digestivo) y 5,8 (hueso). Las categorías más frecuentes, curiosamente, tienen que ver con los tratamientos terapéuticos: quimioterapia (13,9%), efectos secundarios sin especificar (13,4%), quedar deforme (12,7%) y dolor (11%) son las respuestas más frecuentes; asimismo radiación aunque con muy poca presencia (1,9%), vida sexual (8,7%) y a las inyecciones (pinchazos para análisis hemático. La otra gran categoría que aglutina los miedos es de tipo social: la dependencia de la familia (12,2%), la pérdida de trabajo (10,1%) y de actividades de ocio (11,1%). Un cierto miedo a las relaciones sexuales (8,7%) se encuentra asimismo presente.

A la vista de los efectos secundarios provocados por la quimioterapia<sup>14</sup>, no parece extraño que aparezca como el miedo más frecuente, ni que se apliquen procedimientos de hipnosis, relajación muscular y desensibilización sistemática. Y, dados los efectos más "patentes" de la quimioterapia, eso hace que los miedos que se refieren a la radioterapia sean menos frecuentes (12,7%).

---

<sup>13</sup> Se han detectado deterioros cognitivos tanto en niños con leucemia (leucemia linfocítica) como en adultos como consecuencia de quimioterapia y que se confunden, a veces, con estados depresivos. El diagnóstico diferencial (importante para el tratamiento psicológico más adecuado) se logra con la aplicación de pruebas neuropsicológicas.

<sup>14</sup> Existen ventajas en la aplicación de quimioterapia, ventajas que justifican su utilización. Pero existen asimismo un conjunto de desventajas y secuelas que no deberían ser desechadas. Así, un número de sustancias pueden dar lugar a cuadros delirantes, tales como el metotrexato, fluoruracil, vincristina/ vinblastina, bleomicina, carmustina (BCNU), cisplatino, ciclofosfamida, asparaginasa, procarbocina, PALA, el interferon, procarbocina (asociada asimismo con letargo alucinaciones, y depresión, cambio de personalidad y manía).



Promedio: 5,12 miedos por enfermo. Rango en tre grupos de enfermos entre 4,56 (colon y esófago) y 5,8 (hueso)

Figura 4.- Miedos en enfermos oncológicos (N=114)

El otro gran grupo de procedimientos (los quirúrgicos) posiblemente son los responsables del segundo miedo en frecuencia (deformidades corporales). Gracias a la cirugía reparadora, algunos de estos efectos sobre la percepción corporal, aunque los enfermos y en la mayoría de los casos, sus parejas, necesitan de ayuda psicológica para la toma de decisiones, así como para la recuperación de una vida lo más normalizada posible.

Dentro de esta categoría de miedos se encuentra la que se refiere a *la vida sexual*: en un primer momento se pueden observar reacciones hipocondríacas que, posteriormente, tanto en los enfermos como en sus parejas, se convierten en miedos reales ante la gran dificultad y/o imposibilidad de llevar adelante una mínima vida sexual. En la última década se ha ido consolidando una línea de intervención psicológica en la que se estructuran sesiones de información junto con otras de enseñanza y discusión abierta sobre los problemas reales (que son muy variados en función tanto de la pareja como del lugar del tumor y su extirpación<sup>15</sup>). Se ha sugerido un estilo de intervención que se generaliza, en un primer momento, a todo el equipo médico y que consiste en que cada miembro "explica", comenta y hasta sugiere, si llega el caso, maneras de pensar y de actuar alternativas a las que han estado empleando. En un segundo momento, el tratamiento psicológico se orienta hacia una intervención en parejas, con seguimiento acerca de los progresos realizados en este sentido y sesiones de apoyo posterior.

---

<sup>15</sup> Existe un grupo de enfermos a los que se ha tenido que eliminar parte del aparato genital, o su totalidad, lo que puede exigir una reprogramación y reestructuración cognitiva respecto de su vida sexual. Las ayudas psicológicas en estos casos deben ser hechas primero de manera independiente y después a los dos miembros de la pareja. Este tipo de tratamiento psicológico debe extenderse más allá de la emisión de información. En un trabajo reciente, Robinson et al. (1994) demostraron que con una instrucción a 83 mujeres con diversos cánceres gínitourinarios (cáncer de endometrio, de cérvix u ovárico), se mejoró el conocimiento de las posibilidades reales de normalización de las actividades sexuales, aunque ello no incrementó ni la comunicación con la pareja, ni eliminó los miedos acerca de los problemas sexuales que presentaban. El tratamiento de estos problemas debe ser llevado a cabo con una acción en paralelo y conjunta a los dos miembros de la pareja, para discutir con ellos prácticas antiguas y nuevas, y que perciban la nueva situación como lo más "normal" y de la máxima colaboración que sea posible. Para ello, aparte del conocimiento técnico se exige una gran sensibilidad para el tratamiento de estos problemas.

La segunda gran categoría de *miedos* son "*sociales*" en el sentido de que se refieren a aspectos que, estando relacionados con el cáncer, representan elementos de funcionamiento básicamente psicosocial: la dependencia de la familia (12,2%), la imposibilidad de realizar algunas actividades de ocio (11,1%) y el tener que dejar el trabajo (10,1%).

La referencia a la *dependencia de la familia* es un indicador acerca de la significación bifronte que posee la familia en el cáncer. Por una parte, representa una suerte de esponja que absorbe estrés y, por otra, es una de las fuentes de producción de ese estrés. En un trabajo reciente (Pelechano, 1999) presentamos algunas ideas acerca del papel de la familia en el afrontamiento en las enfermedades crónicas en la medida en que apareció un factor de segundo orden de afrontamiento en el que se detectaba un rechazo de la familia como fuente de apoyo social. Dos factores de primer orden aparecían como estadísticamente potentes: la ocultación de información acerca de la enfermedad y la inculpación a la familia con una huida hacia adelante. Dos análisis discriminantes sobre estos factores (en grupos de enfermos con puntuaciones máximas y mínimas en estos factores como criterios y un conjunto de factores de personalidad referidos a la interacción familiar) arrojó como resultado principal que los mejores predictores de ese "rechazo" familiar se identificaban con factores de ansiedad social y de miedo al rechazo de los enfermos por parte de sus familiares, así como de rigidez-dogmatismo comprometido con el mundo laboral (con lo que el miedo expresado de "dejar el trabajo" se referiría a una inseguridad personal promovida por el sentido de inutilidad y precariedad económica). Esta área funcional de la familia debe ser tratada tanto en un contexto individual, directamente con el enfermo y en la que deben primar elementos de aserción personal (entrenamiento asertivo y de técnicas cognitivas para la superación del estrés), como en grupo (terapia familiar), habiendo evaluado previamente los principales focos de tensión personal.

Finalmente, aparece una categoría que hemos denominado de miedo a "perder el ocio". Se refiere a la imposibilidad de llevar a cabo las tareas de distracción y disfrute que se estaban llevando a cabo antes (en especial, actividades sociales tales como visitas y reunio-

nes con amigos por un lado y, por otro, actividades al aire libre, como viajes y excursiones). Usualmente esta parcela se trata con diálogo abierto entre terapeuta y enfermo con el fin de inventariarlas otras posibilidades, graduarlas en cuanto a su viabilidad y reprogramación de actividades que sean satisfactorias. El entrenamiento en reestructuración cognitiva y procedimientos de acercamiento progresivo se encuentran indicados.

### 6.5. Acerca del dolor verbalizado por los enfermos

El quinto punto de interés se refiere al *dolor*. La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una "experiencia displacentera sensorial y emocional, asociada con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de este daño". Esta acepción del dolor no implica necesariamente la presencia de un estímulo nociceptivo aunque en el caso de los enfermos oncológicos, debe asumirse la existencia de lesión orgánica en la medida en que el dolor psicológico no es nada frecuente.

Debe tenerse presente que la información del contexto en el que aparece el dolor es un aspecto adicional de la experiencia del dolor en la medida en que el sufrimiento del paciente refleja una respuesta general a todas las percepciones que posee este paciente (y el dolor es una de estas percepciones). El dolor agudo se asocia con ansiedad y signos de hiperactividad; si persiste, aparece depresión y signos neurovegetativos tales como trastornos del sueño, pérdida de apetito, lasitud, problemas de concentración y disminución de deseo sexual. Si el dolor dura más de seis meses se califica de crónico y, en la actualidad se sabe que los mecanismos fisiológicos del dolor agudo y del crónico son distintos.

Se tienden a diferenciar distintos tipos de enfermos oncológicos con dolor: (a) aquellos con dolor agudo relacionado con el cáncer, bien sea producido por terapia, como los períodos post-operatorios, o los efectos secundarios de quimioterapia tales como ulceraciones bucales; (b) enfermos con dolor crónico asociado bien a la progresión de la enfermedad (a los que se aplican tratamientos paliativos de distinta índole aunque no siempre se tiene éxito) o bien debidos a la experiencia terapéutica (dolor muy difícil de tratar puesto que

puede durar mientras dure la terapia –por ejemplo, dolores debidos a lesiones neuronales- y a los que se aplican todo tipo de terapias, incluidas las alternativas); (c) enfermos con dolor anterior al cáncer, que han sido tratados sin éxito de este dolor, cuando aparece dolor debido a cáncer tienen un alto riesgo de desarrollar una incapacidad funcional, con un incremento en síntomas presentes en el dolor crónico y en los que no se deben utilizar argumentos relacionados con dolor anterior para minimizar el actual, (d) enfermos consumidores de opiáceos o barbitúricos que desarrollan cáncer y que pueden haber desarrollado tolerancia y dependencia física, a los que debe someterse a un proceso de abstinencia mientras requieren dosis notables de analgésicos y para los que es necesario diferenciar entre adicción y dolor (muchas veces se confunden los cuadros de dolor con los de abstinencia, junto a ansiedad y depresión) y, finalmente, (e) enfermos terminales en los que existe dolor producido por el progreso de la enfermedades y en estos casos el objetivo es que mueran sin dolor o con el menor dolor que sea posible, aplicándose, para ello analgésicos potentes.

En nuestra muestra, el 38,6 % de los enfermos (44 en número absoluto) informaron que sufrían dolores, la mayoría de ellos tratados con analgésicos<sup>16</sup>. En la figura 5 de encuentran las respuestas que han dado los enfermos respecto a las asociaciones que tienen con el dolor (por las posibles conexiones y formación de respuestas condicionadas).

Casi la tercera parte (31,8%) no lo tienen asociado a nada concreto, por lo que podría ser considerado como un “dolor puro”, no contaminado y/o que podría tener un sustrato psicológico o, cuanto menos, susceptible de ofrecer una ayuda psicológica. Una quinta parte (20,5%) lo atribuyen a la cirugía (una de las técnicas terapéuticas aplicadas), a lo que habría que añadir a “la enfermedad” (4,5%) y al “tratamiento en general” (2,3%) sin más especificaciones, lo que

---

<sup>16</sup> Estos porcentajes son un poco distintos (y mayores) de los que informan en enfermos ambulatorios Portenoy y Foley (1990), que son los siguientes: (a) dolor atribuido a tumor, 12%; (b) dolor debido a terapia, 25% y (c) dolor no relacionado con cáncer, 10%. En el caso de estadio avanzado de enfermedad el porcentaje de enfermos con más de un dolor fue del 80 %. Una razón posible de esta disonancia puede deberse al tipo de enfermos y a una mezcla, en nuestro estudio, de enfermos en distinto nivel de desarrollo de la enfermedad.

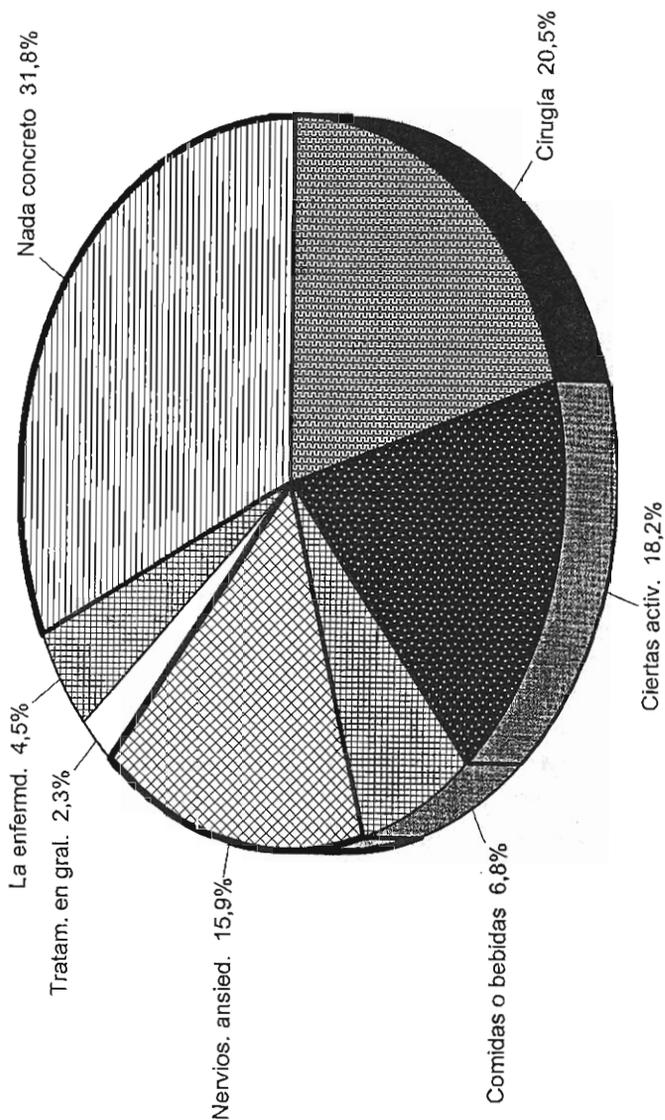


Figura 5.- Asociación de dolor en enfermos de cáncer (N=114). 38,6% con dolor (44)

supondría un porcentaje similar al de dolor no asociado, que en esta situación lo es a la enfermedad y los recursos terapéuticos empleados para su erradicación. Algunas actividades que se realizan provocan, para los enfermos el dolor en uno de cada 5 (18,2%), así como algunos hábitos alimentarios (6,8%). Finalmente, el 15,9% lo atribuyen a causas psicológicas y, en concreto, a "nervios o ansiedad".

Los tratamientos psicológicos del dolor en los enfermos oncológicos representan ayudas secundarias en algunos casos y tipos de enfermos. Así, se ha utilizado hipnosis, desensibilización, programas de aserción personal, redefinición de sentimientos y maniobras de distracción de atención, como elementos coadyuvantes en aquellos enfermos en los que se de una sensación de pérdida de control personal y desesperanza. Sin embargo, la existencia de causas físicas potentes para la existencia de dolor hacen recomendable fiarse, en primer lugar, del estado físico del enfermo, respetar sus verbalizaciones de dolor y aplicar los analgésicos convenientes. Los procedimientos psicológicos pueden funcionar en ciertos estadios de desarrollo y cuando la intensidad del dolor no es intensa, aunque no como sustitutivos de los analgésicos.

\* \* \* \* \*

Un último punto del que traemos información aquí se refiere a las respuestas de amigos o familiares ante las quejas de dolor de los enfermos, con el fin de poder hacer una primera estimación acerca del apoyo social interpersonal ante el dolor sufrido y expresado. Los resultados se encuentran recogidos en la figura 6 que pasamos a comentar.

Llama la atención que la respuesta más frecuente es, precisamente, la ausencia de respuesta (36,4%). Alrededor del 10% se dan cuatro argumentos: que se consulte al médico para que lo controle (13,6%), se les ofrece un masaje o una infusión (13,6%), se le inculpa al propio enfermo (11,4%) o se le dice que "son tonterías" (9,1%). Este bloque de resultados parece indicar que las respuestas de familiares y amigos ante el dolor no parece especialmente de ánimo (solamente el 6,8% de respuestas van en esta dirección) ni de apoyo mutuo.

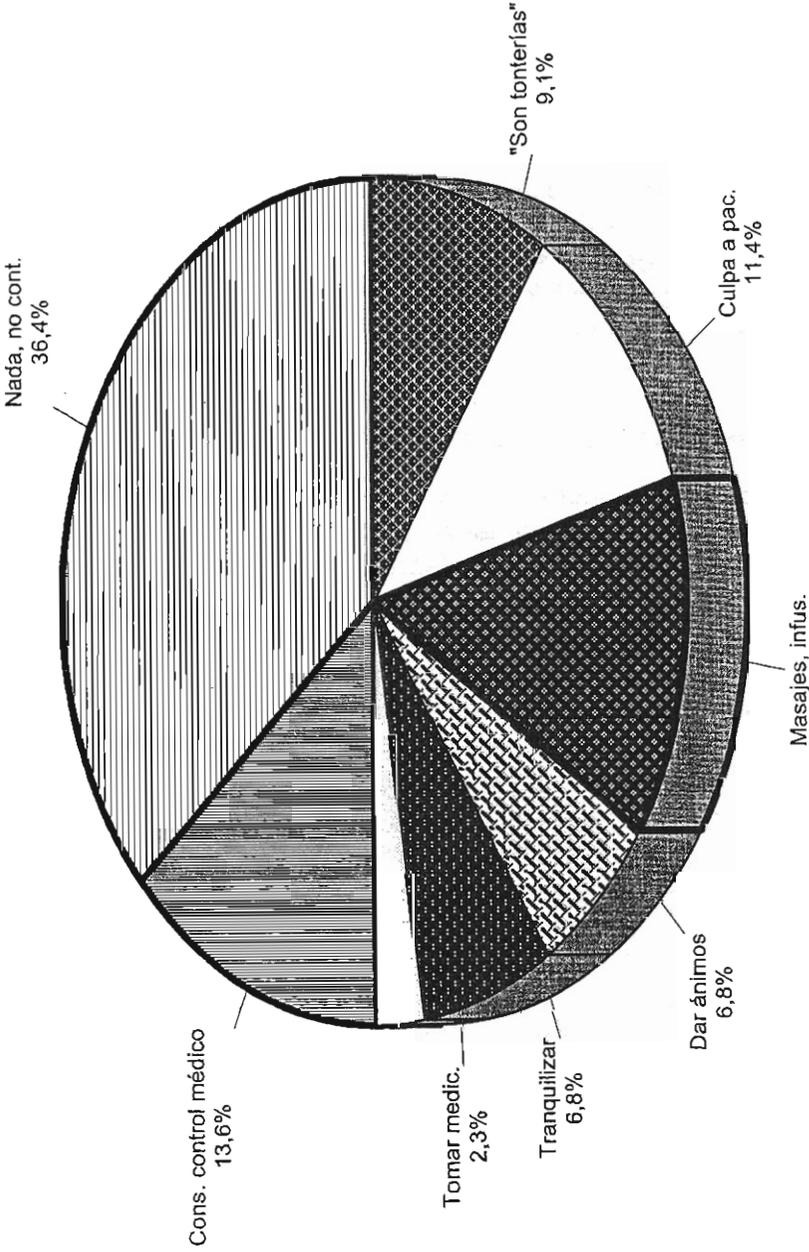


Figura 6.- Respuestas de familiares o amigos ante dolor de enfermos (N=114, 44 con dolor)

Un segundo punto a considerar es la escasez de respuestas en el sentido de que tome medicación (2,3%) como antagonista del dolor o que se tranquilice el enfermo (6,8%).

Un tercer punto que merece ser subrayado es insistir a la familia en que no inculpe al enfermo, ni que se "desentienda" del problema en la medida en que este tipo de argumentaciones fomenta la sensación de impotencia y/o de indefensión, que en nada ayuda al restablecimiento de una sensación de control personal interno. En todo caso, siempre es preferible no contestar (aunque escuchar) que contestar devaluado la capacidad del enfermo.

## 7. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

En estas páginas hemos pretendido ofrecer un panorama genérico de maneras de pensar y hacer psicológicas en el caso del cáncer y de sus más frecuentes manifestaciones. Explícitamente se ha dejado fuera el estadio terminal puesto que es motivo de otra intervención. Para ello se ha utilizado como hilo conductor algunos resultados contenidos en una muestra superior al centenar de enfermos oncológicos que han sido estudiados por nuestro equipo de investigación a lo largo de cinco años.

El primer punto que deseáramos subrayar especialmente es llamar la atención en contra de la "psicopatologización" y efecto de halo generalizador que parece desprenderse de la lectura de varios autores. Es verdad que el cáncer representa un conjunto de enfermedades graves, con un pronóstico frecuentemente malo, que poseemos evidencia histórica acerca de su presencia entre seres humanos desde antiguo y que el estado de conocimientos que poseemos al respecto dista mucho de ser perfecto. Sin embargo, también es verdad que el ser humano posee una enorme capacidad de adaptación y, por ello, puede "parcializar" los estresores dependientes de la enfermedad oncológica en muchos períodos temporales y que no necesariamente la enfermedad oncológica va aparejada con psicopatología. Debería tenerse claro que, excepto en algunos casos, tener cáncer es una cosa y desarrollar un trastorno mental o comportamental es otra cosa totalmente distinta, por lo que no hay que ofrecer un manto psicopatologizador a toda acción y/o comenta-

rio que se haga sobre los enfermos y sus familias. Porque, si se sigue psicopatologizando, estamos sesgando la realidad personal del enfermo y la de su familia. Más bien sugeriríamos la necesidad por "generar ambientes mentales saludables" y no hacer depender del cáncer lo que es de otra cosa (por ejemplo, la existencia de ciertos trastornos mentales en enfermos oncológicos, sin estudio, siquiera indirecto, de la personalidad premórbida).

El estudio de las intervenciones psicológicas en enfermos oncológicos sugiere que las técnicas se encuentran en un estadio de "aplicación" y estudio de caso más que de análisis sistemático de los componentes de los procedimientos de intervención. Esta es posiblemente una de las razones de peso que han aconsejado recientemente a los investigadores a sugerir que, en el estadio actual de conocimientos, parece conveniente utilizar una estrategia de integración, más que de análisis de componentes y estudio por separado de cada uno de ellos a la vista de los resultados un tanto confusos e indistintos que se han obtenido en los trabajos de revisión publicados, o de intento de comparar la eficacia diferencial de los programas (Dreher, 1997; Gilbar, 1997; Jacovino y Reesor, 1997). Posiblemente la única excepción es que las recomendaciones acerca de interpretaciones psicodinámicas del cáncer, así como las psicodinámicas tienden a ser poco frecuentes, apenas se pueden pergueñar lógicas justificativas y, definitivamente, parecen encontrarse ausentes dentro de un panorama general de intervenciones que buscan en la ciencia y en la metodología científica maneras de afrontar los serios y graves problemas que posee el enfermo oncológico.

De manera complementaria habría que añadir que se proponen acercamientos de amplio espectro y que el análisis de "resultados globales", inspirados en modelos holistas, pese a su difusión, no parecen tener mucho futuro si no se reorientan hacia un análisis de la eficacia de los componentes que los integran. Se trata de un viejo problema que se planteó hace ya un par de décadas en el estudio científico de las terapias psicológicas y la solución que el autoir de estas páginas sugiere no es distinta a la que se siguió entonces y que ha proporcionado buenos dividendos.

Un punto que resulta de interés especial es desterrar la noción de que "como no se sabe qué va a pasar y el pronóstico es tan malo"

parece que "vale todo". Con esta actitud, desde luego, que no se avanza en el conocimiento ni en la acción directa eficaz. Al igual que las terapias físicas poseen efectos secundarios no previstos y no tan positivos como se creía en un principio, las intervenciones psicológicas mal orientadas, sin estudio de los efectos directos así como del espectro de su acción en la esfera personal, no deberían ser recomendadas sin más. Y se debería estudiar ese espectro de acción a medio y largo plazo. Las intervenciones psicológicas tienden a presentar su eficacia no de manera inmediata sino a medio y largo plazo, lo que exige la realización de estudios de seguimiento y de valoración asimismo a medio y largo plazo. Lo que sugiere el uso de diseños y medidas adecuadas a estas necesidades, exigencia que, desgraciadamente no parece haber sido tenida en cuenta, ni antes, ni ahora, en la investigación y aplicación de procedimientos de intervención.

Parece claro, por otra parte, que la insistencia, tan repetida como poco cumplida, de ofrecer diseños y proyectos de investigación adecuados, complejos y de larga duración, resulta esencial, antes de proponer una clausura prematura de "objetivación y automatización de protocolos de tratamiento". Las "variables del sujeto" son, asimismo, tantas veces recabadas, como veces ignoradas en los estudios de psico-oncología, por lo que la adecuación de procedimientos de intervención a individuos dista mucho de estar resuelta.

Finalmente, a lo largo de las páginas que anteceden se ha presentado una lógica de intervención multinivel. La enfermedad oncológica no es simple sino multiforme y, por ello, la apelación al núcleo básico familiar y a los movimientos de apoyo social (institucional o grupal) parece una opción sensata. Sin embargo, para que estas apelaciones se conviertan en recursos operativos y eficaces, se requiere todavía muchos estudios dirigidos a sensibilizar tanto a los enfermos como a sus familias, de la necesidad de colaborar puesto que usualmente los enfermos y sus familias tienden a desarrollar contenciosos implícitos que deben ser resueltos previamente antes de poder ser utilizados para ayuda mutua.

Finalmente, tanto el investigador como el profesional que trabaje en esta área debe tener claro que su formación debe ser amplia y rigurosa, tanto en sus facetas profesionales y técnicas como huma-

nas de solidaridad para que su intervención sea eficaz y, en todo caso, minimice el posible daño psicológico que pueda hacer. En esta línea exigitiva y de proyección de futuro nos integramos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Block, K. I.** (1997).- The role of the self in healthy cancer survivorship: A view from the front lines of treating cancer, *Advances*, 13, 6-26.
- Dreher, H.** (1997).- The scientific and moral imperative for broad-based psychological interventions for cancer, *Advances*, 13, 38-49.
- Fawzy, I., Fawzy, N. W., Hynn, C. S., Wheeler, J. G.** (1997).- Brief coping-oriented therapy for patients with malignant melanoma. En J. L. Spira (ed.)- *Group therapy for medically ill patients*, New York, Guilford Press.
- Gilbar, O.** (1997).- Cancer caregiver support groups: A model for intervention, *Clinical Gerontologist*, 18, 31-37.
- Gullion, D. S.** (1997).- Another view from the front lines of oncology, *Advances*, 13, 36-39.
- Holland, J. C.** (1990).- Fears and abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. En J. C. Holland & J. H. Rowland (eds.)- *Handbook of psychooncology*, New York, Oxford University Press.
- Holland, J. C. & Rowland, J. H.** (eds.) (1990).- *Handbook of Psychooncology*, New York, Oxford University Press.
- Jacovino, V. & Reesor, K.** (1997).- Literature on interentions to address cancer patients, *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 47-71.
- Kobasa, S.** (1979).- Stressful life events, pesonality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Massie, M. J., Holland, J. C. & Lesko, L. M.** (1990).- Psychotherapeutic interventions. En J. C. Holland & J. H. Rowland (eds.)- *Handbook of Psychooncology*, New York, Oxford University Press.
- Pack, G. T. & Gallo, S. J.** (1938).- The culpability for delay in the treatment of concer, *American Journal of Cancer*, 33, 443-462.
- Pelechano, V.** (1996).- *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de entrenamiento, vols, I, II y III*, Valencia, Promolibro.
- Pelechano, V.** (1999).- Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica". En J. Buendía (comp.)- *Familia y psicología de la salud*, Madrid, Pirámide.
- Pelechano, V., Matud, M. P. & de Miguel, A.** (1993).- Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos, *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 91-149.

- Portenoy, R. K. & Foley, K. M.** (1990).- Management of cancer pain. En J. G. Holland & J. H. Rowland (eds.).- *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*, New York, Oxford University Press.
- Redd, W. H.** (1997).- Behavioral intervention in cancer treatment. En D. M. Baer & E. M. Pinkston (eds.).- *Environment and behavior*, Boulder, CO, Westview Press.
- Robinson, J. W., Scott, C. B., & Fairs, P. D.** (1994).- Sexual rehabilitation for women with gynecological cancer: information is not sufficient, *Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 131-142.
- Spiegel, D.** (1997).- Block should identify his goal and document his effects, *Advances*, 13, 47-49.
- Watson, M. & Marvell, C.** (1992).- Anticipatory nausea and vomiting among cancer patients: A review, *Psychology and Health*, 6, 97-106.
- Weisman, A. D.** (1979a).- *Coping with cancer*, New York, McGraw-Hill.
- Weisman, A. D.** (1979b).- A model for psychosocial phasing in cancer, *General Hospital Psychiatry*, 3, 187-195.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W.** (1976).- The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days, *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7, 1-15.