

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICONEUROINMUNOLOGÍA EN CÁNCER GÁSTRICO PARA EL ABORDAJE DE
USUARIOS CON MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudio de Posgrado en
Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialidad en Psicología Clínica

MPsc. Angie Madrigal Bonilla

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2013

DEDICATORIA

Para mi Maestra de Vida y Profesional, MPsc. Orietta Norza, quién con su ejemplo de vida y capacidad de resiliencia ha sido el pilar de este Trabajo.

Para mi Padres y Hermana, quienes con su dedicación y esfuerzo han forjado mi esencia hasta el día de hoy

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud al Dr. Roberto López Core, quién ha si un maestro incomparable de muchas generaciones, siendo particularmente el principal promotor de mi formación profesional, cambiando mi visión de la enfermedad mental y la rehabilitación.

Mi agradecimiento al Dr. Mariano Rosabal Coto, mi director de tesis, quién mantuvo la mejor disposición, dedicación y confianza para acompañarme en el desarrollo de este proyecto.

Mi gratitud a la Dra. Ana María Monteverde por su guía en este último trayecto de residencia.

Muchas Gracias a mis compañeros de Residencia, en especial a Cinthya Mena, Sadie Steel, Gerardo Valerio, Cristian Mora y Dalyana Vargas por caminar a mi lado y en muchas ocasiones por ser el sostén en esta ruta que nos lleva a nuestra meta de Especialistas en Psicología Clínica.

Mi afecto y gratitud a mis cómplices de crecimiento personal, Alejandra Villalobos, Marcela López, Christian Arias, Randall Quirós, y Marianela Hernández que han sido esenciales, actuando como luces en el camino y guiando mí rumbo.

Al Hospital Nacional Psiquiátrico por ser mi primera gran escuela de Vida, muchas gracias a su personal y en especial a mis Tutores.

A las personas que he tenido la oportunidad de atender, gracias por ser mis verdaderos maestros de Vida.

Y a mi Familia, por su incondicionalidad y guía a lo largo de mi Vida.

Gracias a la Vida por los regalos que me otorga cada día

PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

El Posgrado en Psicología Clínica y este tribunal que lo representa, hace constar que la MPsc. Angie Madrigal Bonilla, cédula de identidad No. 1-1290-0168, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: “Psiconeuroinmunología en cáncer gástrico para el abordaje de usuarios con manifestaciones neuropsiquiátricas”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 30 días del mes de Octubre del año 2013, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Dra. Ana María Monteverde Castro

Directora Posgrado Psicología Clínica

Presidenta del Tribunal

Mariano Rosabal Coto P.hD

Director Trabajo Final de Graduación

Tabla de Contenidos

Resumen.....	VIII
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
Antecedentes Históricos.....	4
Antecedentes Institucionales.....	7
Capítulo II.....	8
Metodología.....	8
Objetivo General:.....	8
Realizar una revisión actualizada acerca de las investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología y su relación con el cáncer gástrico en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.....	8
Objetivos específicos:.....	8
Diseño Metodológico.....	8
Capítulo III.....	11
Marco Conceptual.....	11
Comprensión Conceptual de Psiconeuroinmología en procesos oncológicos.....	11
Psiconeuroinmunología.....	11
Psicooncología.....	19
Cáncer.....	24
Cáncer gástrico.....	24
Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Cáncer.....	25
El paciente, durante el transcurso de su enfermedad, luego del impacto que le genera enterarse de su padecimiento, enfrenta o atraviesa por diferentes fases psicológicas detalladas en el trabajo de Kübler.....	29
Factores ambientales que afectan la evolución tumoral (“influencia de la psique sobre el cáncer”).....	30

Principales abordajes en el tratamiento integral del paciente oncológico.....	37
Discusión.....	62
Conclusiones	72
Bibliografía	74

Tabla de Cuadros

Cuadro No.1 Resumen de Datos Históricos relevantes del término
Psiconeuroinmunología.....5

Cuadro No.2 Fases y Repercusión emocional..... 40

Resumen

El cáncer gástrico es un problema mayor de salud pública en el mundo. En Costa Rica específicamente, el cáncer es la segunda causa de muerte, una de cada cinco personas fallecerá por esta enfermedad cada año, el cáncer de estómago se reporta como uno de los de mayor incidencia en nuestro país. Estos datos colocan al cáncer gástrico en un lugar considerable en lo que se refiere a enfermedades representativas en nuestro país.

Así mismo, el cáncer gástrico se ve influido por alteraciones biológicas (por efecto tumoral y por los efectos inmunológicos), psicológicos y sociales, incidiendo en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

En esta línea, cabe destacar que un importante porcentaje de pacientes con cáncer gástrico presenta manifestaciones neuropsiquiátricas. Desde la Psicooncología, esto representa cuestiones como: un diagnóstico temprano; un abordaje que establezca con claridad el origen de los síntomas; la prevención de complicaciones; y la necesidad de psicoeducación.

Este trabajo expone los aportes de la Psicooncología y Psiconeuroinmunología en el manejo del paciente con cáncer gástrico. Para ello, se hizo una revisión de artículos publicados entre los años 2000 y 2013, en las bases de datos Pubmed y Medline, los cuales respondieran a palabras clave que combinaran los temas de Psiquiatría, Psicología, Psiconeuroinmunología, Oncología y, finalmente, Psicooncología.

La información encontrada demuestra que cáncer gástrico y psique son elementos que se influyen y modifican mutuamente. Los resultados obtenidos se organizaron de la siguiente manera:

- Conceptualización de Psiconeuroinmunología y Psicooncología
- Manifestaciones neuropsiquiátricas del cáncer gástrico
- Factores ambientales que afectan la evolución tumoral
- Principales abordajes en el tratamiento integral del paciente oncológicos.

Se concluye que, si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión o ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas de cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación. Además, no todos los pacientes con cáncer gástrico requerirán medicación antidepresiva (incluso dentro de aquellos que presenten depresión). En cuanto al abordaje psicológico, es importante que se les comunique a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales.

Capítulo I

Introducción

Nuestras sociedades se encuentran en procesos de cambio importante, impactando a distintas áreas sociales.

La Salud no está excluida de estos procesos, incorporando nuevas tecnologías y nuevas perspectivas donde se aborda integralmente al ser humano. Esto se ha generado, a su vez, debido a que en las últimas décadas se ha experimentado cambios en la aparición de enfermedades y nuevas causas de muerte.

De acuerdo a Pelechano, 1999; Swarzar y Gutiérrez, 2000 (citado por Barguill, 2003), si bien al inicio del siglo veinte existía mayor incidencia y mortalidad por tuberculosis, neumonía, malaria, y paludismo, a finales de este mismo siglo e inicios del siglo veintiuno las enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer son causantes de mayor número de muertes.

Se estima que en América, aproximadamente 50 millones de habitantes tienen dentro de sus principales causas de muerte los tumores malignos. La incidencia cada vez mayor, de tumoraciones por sexo en países desarrollados lo representa, en el caso de los hombres, el cáncer de pulmón y entre las mujeres, el de mama. En América Latina los hombres padecen más de cáncer gástrico y de pulmón; mientras que las mujeres, presentan mayor incidencia en la mama y en el cuello uterino. (Oblitas, 2006)

En nuestro país, el cáncer constituye un problema de salud pública, tanto por el número de casos nuevos, como por los costos que se derivan de su atención. Además, su aparición ha ido en aumento de la mano con el envejecimiento de la población y ciertas prácticas de vida poco saludables, como el tabaquismo, alcoholismo, ciertos tipos de dieta, sedentarismo y obesidad. Estos aspectos obligan a que la prevención se vuelva fundamental. Sin embargo, siempre existirán factores no modificables que provocarán la aparición de tumores en ciertos individuos, y es por ello que la detección oportuna se

convierte en la segunda estrategia básica en cualquier política con respecto al cáncer. (Barrantes, 2009).

Ante el incremento de casos a nivel nacional, se implementa el Plan Nacional de Control y Atención Integral del Cáncer, en donde se norman los lineamientos para la atención integral del cáncer. Este plan permite unificar todas las acciones en esta materia en el sistema de salud del país. (Loría, s.f)

Aunque el Plan de Control ha generado grandes avances, es necesario enfrentar nuevos desafío a nivel de mantenimiento de los programas de atención integral a usuarios; así como el fortalecimiento de programas de educación preventiva e investigación clínica. (Loría, s.f)

En esta línea, al pretender brindar una atención integral preventivo, es necesario conceptualizar la relación entre el sistema inmunológico y el estado de ánimo, lo cual ha sido motivo de estudio desde los años treinta del siglo XX, pero desarrollado por medio de las investigaciones de Hans Selye (Sirena, Sánchez y Camps, 2006)

A partir de los hallazgos de las investigaciones de Selye; se logró determinar que el sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario son sistemas complejos que interaccionan unos con otros y la Psiconeuroinmunología estudia en su conjunto la interacción de los tres sistemas.

Al parecer, la información recabada sugiere que las alteraciones inmunológicas que son inducidas por eventos estresantes pueden provocar efectos negativos sobre la salud de los individuos. Así por ejemplo, el desequilibrio sobre el sistema inmunológico que ejercen los eventos estresantes produce un aumento de la producción de citocinas proinflamatorias y su espectro asociado de síndromes y enfermedades asociadas a la edad.

Es por ello, que autores como Oblitas recopilan una serie de hipótesis teóricas que manifiestan perfiles de personalidad que inciden en el desarrollo de patologías médicas, tales como el cáncer.

Con base en lo anterior al realizar una revisión de los factores que inciden en el cáncer y tratamiento integral se hace indispensable contemplar la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Tal como en otras latitudes, el cáncer gástrico tiene alta incidencia y prevalencia en nuestro país. El 90-95% de éste cáncer es maligno, y corresponde a carcinoma (5-10% a linfoma, y 1-2% a leiomiomasarcoma). El 70-80% de estos pacientes presentan hiporexia/anorexia y su correspondiente pérdida de peso. Este solo elemento merece atención en el abordaje psicooncológico, pues supone cuestiones como: un posible diagnóstico tardío (y las complicaciones que esto conlleva), un mal abordaje (en el que no se establezca con claridad si la hiporexia es causa de depresión, o la depresión es causa de hiporexia; o si, más bien, ocurren concomitantemente, en un acelerado círculo de muerte), la necesidad de psicoeducación y la atención del estado nutricional

El presente trabajo pretende revisar información disponible sobre psicooncología y psiconeuroinmunología con énfasis en cáncer gástrico, enfocado de la siguiente manera:

- Conceptualización de Psiconeuroinmunología y Psicooncología
- Manifestaciones neuropsiquiátricas del cáncer gástrico
- Factores ambientales que afectan la evolución tumoral
- Principales abordajes en el tratamiento integral del paciente oncológicos.

Antecedentes Históricos

El cáncer gástrico (CG) constituye una de las principales causas de muerte en Costa Rica. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 18,9 y 11,1 para hombres y mujeres, respectivamente, en 1999. En las últimas décadas se han mencionado varios factores de riesgo para padecer CG; entre ellos se pueden citar la constitución genética, dieta, edad, migración, altitud territorial y el contacto con carcinógenos ambientales. (Mora, 2003)

Por lo anterior, Mora (2003) realiza una investigación, con el objetivo principal de analizar la evolución, por provincias y cantones, de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes en los periodos de 1969-1973, 1981-1983 y 1994-1996. En este estudio, analiza la mortalidad en los últimos 20 años (al momento de la investigación), abordándose algunos aspectos ecológicos como contenidos de dureza total y nitratos (mg/L) en las ACH y su posible asociación estadística con la incidencia de CG por cantones en Costa Rica.

Así mismo, posteriormente Mora, Chamizo y Mata (2007), realizan un estudio exploratorio-epidemiológico ecológico, con el objetivo de analizar si existe o no relación estadísticamente significativa entre la incidencia de CG y el consumo de agua clorada en Costa Rica. Para cumplir con este objetivo, se utilizaron los resultados de mortalidad por CG en 458 distritos (trienio 1999-2001) y los datos aportados por el Laboratorio Nacional de Aguas sobre el tipo de ACH (clorada o no), la antigüedad de la desinfección y el origen de la fuente de agua (subterránea, superficial o mixta). Los resultados demostraron que no existe relación entre la incidencia de CG y la cloración del ACH, incluida la antigüedad de la misma y el tipo de fuente de agua usada (subterránea y superficial)

Si bien las investigaciones anteriores, no corresponde al campo de la psicología; su aporte establece un antecedente histórico significativo en el área del cáncer gástrico en Costa Rica, brindando datos estadísticos de la incidencia de la patología y la etiología desde la Salud Pública. Por otra parte, en el campo de la Psiconeuroinmunología, Oblitas (2006) brinda un resumen de los principales autores en el área, a continuación se evidencia el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 1 Resumen de Datos Históricos relevantes del término
Psiconeuroinmunología ¹**

Año	Autor	Aportes
Siglo XVII	Papai Pariz Ferenc	Comentaba: “cuando las partes del cuerpo y sus humores no están en armonía, entonces la mente está desequilibrada y aparece la melancolía; pero, por otra parte, una mente tranquila y feliz hace que todo el cuerpo esté sano”.
1918	Ishaigami	Sostenía que la excitación física de los pacientes tuberculosos inhibe la fagocitosis. Señaló como mecanismo explicativo un dispositivo endocrino: la adrenalina.
1926	Metalnikov y Chorine	Descubrieron en su Instituto Pasteur, que la intensidad de la inflamación podría modificarse por medio del condicionamiento Pavloviano, lo que llevó a considerar a la respuesta autoinmune como un reflejo defensivo.
1964	Solomon y Moos	Acuñaron el término Psicoimmunología, que encaminó la exploración y análisis de las relaciones entre aspectos psicológicos y el funcionamiento inmunológico.
1965	Solomon y Moos	Publicaron un trabajo en seres humanos sobre el papel de la personalidad como factor de predisposición a desarrollar artritis reumatoide, una enfermedad autoinmune. Los autores concluyeron que el mejor ajuste emocional de los familiares les protege, de alguna manera, contra la enfermedad. Este trabajo resaltaba una vez más las posibles relaciones entre “los psicológico y lo inmunológico”
1975	Ader y Cohen	Investigaron más el condicionamiento Pavloviano a la respuesta inmune. A través de sus estudios encontraron como hallazgo la relación íntima y virtualmente no explorada entre el sistema nervioso central y procesos inmunológicos
1992	Diccionario Thesaurus	De la base de datos del Psycilt incorporó el término “Psiconeuroinmunología”.

¹Fuente: Oblitas, 2006, p. 34- 36

Antecedentes Académicos

Dentro de los antecedentes académicos, sobresalen los siguientes proyectos de investigación:

Barguill (2003), trabaja con pacientes operados con cáncer gástrico que asisten al Centro de Detección Temprana del Hospital Max Peralta en Cartago, el tema de “Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento al estrés y auto eficacia percibida”

Por su parte, González, Mora y Patiño (2003), realizan un programa de acompañamiento terapéutico para el manejo del estrés en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Calderón Guardia.

Así mismo, Espinoza, Blanco y Ramírez (2011) elaboran una Propuesta de Manual de Autoayuda Cognitiva, Conductual y Emocional para el manejo del estrés en familias en donde un miembro ha sido intervenido quirúrgicamente por cáncer gástrico. El total de participantes fueron 26 personas, de las cuales 16 corresponden a cinco familias participantes en donde uno de sus miembros fue sobreviviente de intervención quirúrgica por cáncer gástrico. Los 10 participantes restantes son los profesionales de las áreas de Psicología, Medicina, Nutrición, Enfermería y Trabajo Social que abordaron integralmente a dicha población.

Cabe destacar que aunque han existido amplios estudios en relación al campo de la psicooncología, en el país y en los artículos revisados del exterior, se encuentra delimitados guías de abordaje psicológico; sino éstos hacen énfasis en un manejo general o en determinados cuadros clínicos como lo es el Delirium.

Así mismo, en lo que respecta al área de la psiconeuroinmunología, los principales hallazgos se centran en la fisiología del organismo ante los procesos de estrés, que vulnerabilizan hacia la adquisición de enfermedades y/o intensifican sintomatología en caso de que ya se padezca de alguna sintomatología. En el caso del cáncer gástrico las investigaciones han sido escasas y poco accesibles, lo cual ha delimitado la revisión de artículos para ésta investigación.

Antecedentes Institucionales

En Costa Rica, desde 1996, el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez en Cartago se encarga el tamizaje masivo de las poblaciones con más alto riesgo de padecer cáncer gástrico en el país (Rodríguez y Carballo, 2007).

Así mismo, dentro de las investigaciones realizadas en el Seguro Social se destaca el estudio realizado por la Dra. Tatiana Barrantes Solís, en el Hospital San Vicente de Paul (Heredia), donde concluyó que existe una alta incidencia de 10 tipos de cáncer muy bien definidos; que coinciden con la realidad latinoamericana, siendo los tres primeros lugares el cáncer de mama, el cáncer gástrico y el cáncer de cérvix. A la vez, encontró que el cáncer gástrico no sólo es importante en frecuencia, sino también por los fallecimientos que produce. (Barrantes, 2009)

A partir de la revisión realizada en la biblioteca del Binass (Caja Costarricense del Seguro Social) y las distintas bibliotecas de la UCR, no es posible contar con más estudios realizados en relación al tema de cáncer gástrico, por lo que la información aportada es delimitada ante el poco acceso informativo.

Capítulo II

Metodología

El cáncer gástrico se ve influido por alteraciones biológicas (por efecto tumoral y por los efectos inmunológicos), psicológicos y sociales, incidiendo en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

A continuación se enuncian los objetivos de este proyecto:

Objetivo General:

Realizar una revisión actualizada acerca de las investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología y su relación con el cáncer gástrico en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión actualizada de las principales manifestaciones neuropsiquiátricas del cáncer gástrico.
- Determinar la influencia de factores psicológicos en la evaluación y pronóstico del cáncer.
- Conocer la influencia de factores psicológicos en el sistema inmunológico.
- Analizar los principales abordajes en el tratamiento integral del paciente en fase terminal.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

Éste es un estudio descriptivo a través de una revisión bibliográfica, utiliza el material publicado en un periodo específico de tiempo, lo organiza por temáticas, evalúa la información y la integra con la finalidad de conocer el avance de la investigación. Con esta síntesis se realiza una reseña teórica acerca del cáncer gástrico, el cual se ve influido por alteraciones biológicas (por efecto tumoral y por los efectos

inmunológicos), psicológicos y sociales, incidiendo en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Método

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes.

Se escogieron artículos que cumplieran con los siguientes requisitos: publicación en Base de datos de Pubmed y Medline, entre los años 2000 y 2013, que respondieran a las palabras clave: cáncer, cáncer gástrico, psicooncología, psiconeuroinmunología, psiconeuroendocrinología, depresión, cáncer, estrés, manifestaciones neuropsiquiátricas, neuropsiquiatría, efectos neurocognitivos, psicoterapia en cáncer y guías de tratamiento en pacientes oncológicos.

Por otra parte, se amplió la búsqueda por medio de tres textos bibliográficos, relacionados con el área de la Psicología de la Salud y Tratamiento Psicológico en pacientes oncológicos.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los aspectos formales que debía contener una revisión conceptual de las manifestaciones del cáncer gástrico, factores ambientales de la evolución temporal y principales abordajes en el tratamiento integral del paciente en fase terminal.

Cabe destacar que los artículos revisados, así como la bibliografía investigada cuenta con datos escasos en relación a la influencia de la psiconeuroinmunología en cáncer gástrico. Así los artículos no demuestran amplia gama de modelos de intervención desde la psico oncología.

Por otra parte, se realizó una búsqueda en la biblioteca de la Universidad Católica Pontificia de Santiago de Chile, en dónde solamente se encontraron dos libros relacionados con la psiconeuroinmunología. No obstante, los datos que aportaron se basaban en la fisiología, lo cual resultaron poco eficientes para los fines de ésta revisión bibliográfica.

Así mismo, se encontraron algunos artículos relacionados con los objetivos de ésta revisión. Sin embargo, los autores de los artículos solicitaban el pago de un monto

económico para poder acceder a la información. Nuevamente, limitó el proceso de búsqueda de los mismos.

Capítulo III

Marco Conceptual

Comprensión Conceptual de Psiconeuroinmología en procesos oncológicos

Psiconeuroinmunología

La psiconeuroinmunología constituye un modelo explicativo de la relación que se establece entre conducta y enfermedad, donde propone una conexión entre la activación fisiológica del individuo y el funcionamiento del sistema inmune.

De esta manera, al ser un campo científico interdisciplinar, los investigadores se han dedicado al estudio e investigación de los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente/conducta) y los sistemas responsables del mantenimiento homeostático del organismo, los sistemas: nervioso (central y autónomo), inmunológico y neuroendocrino, así como sus implicaciones clínicas. (Solomon, 1998. Citado por Ramos, *et al* 2004).

Antecedentes históricos en el campo

La psiconeuroinmunología es una disciplina reciente, sin embargo ya en la antigüedad se había sugerido una relación entre el estado mental y la susceptibilidad a enfermar, tal como lo expresa la tipología humoral de Hipócrates y Galeno. Ya en siglos XX, Ishigami (1918) sostenían que la excitación física en los pacientes tuberculosos inhiben la fagocitosis y señaló como mecanismo explicativo un dispositivo endocrino: la adrenalina. (Oblitas, 2006).

En el curso de los años desde 1940 algunas observaciones "psicosomáticas" fueron hechas con respecto a factores emocionales en el inicio y curso de las enfermedades autoinmunes, principalmente la artritis reumatoide, incluyendo el lupus eritematoso sistémico (SLE), el mal de Grave tipo tiroiditis, y otras. (Solomon y Moss, 1964).

La observación más intrigante de este período, se encontró en que los parientes físicamente saludables de pacientes con artritis reumatoide tenían en su serología las características del anticuerpo de esa enfermedad, el factor reumatoide (Anti-inmunoglobulina G) pero con superior adaptación psicológica que los que les faltaban el factor, sugiriendo que el bienestar psicológico podría tener una influencia proteccionista ante una vulnerabilidad genética. (Solomon y Moss, 1965).

Contrariamente, una enfermedad auto-inmune, el Lupus eritematoso sistémico (SLE) puede producir síntomas psiquiátricos, así como un rasgo clínico inicial.

A principio de los setenta ya había evidencia empírica de que el estrés afectaba a la susceptibilidad a padecer infecciones virales (Jensen y Ramussen, 1963) Sin embargo, en opinión de Solomon en 1993, la psiconeuroinmonología se inicia en 1926 cuando los investigadores Metalnikow y Chorine, del instituto Pasteur, descubrieron que la intensidad de la inflamación podía modificarse por medio del condicionamiento pavloviano, lo que llevó a considerar la respuesta inmune como un reflejo defensivo. (Oblitas, 2006).

En 1965 Solomon y Moos publicaron un trabajo en seres humanos sobre el papel de la personalidad como factor de predisposición a desarrollar la artritis reumatoide, una enfermedad auto inmune. En dicho trabajo tomaron medidas de personalidad y analizaron la presencia o ausencia de factor reumatoide en las hermanas sanas de las pacientes artríticas. Los resultados manifestaron que las hermanas sanas con factor reumatoide mostraban un perfil que sugería un mejor funcionamiento psicológico, mientras que las hermanas sin factor reumatoide, mostraba mayor descompensación emocional. Los autores concluyeron que el mejor ajuste emocional con factor reumatoide las protege, de alguna manera, contra la enfermedad. Este trabajo es una evidencia más, de la relación entre aspectos psicológicos e inmunes. (Oblitas, 2006)

Conceptualización del sistema inmunológico

En el mundo en que vivimos prolifera cantidad de agentes infecciosos, por lo que hemos desarrollado una serie de mecanismos de defensa, de lo contrario el cuerpo humano sería devastado. Estos mecanismos de defensa son los que pueden establecer un estado de inmunidad contra la infección, constituyendo la base de la disciplina llamada Inmunología.

En términos genéricos, el sistema inmune se concibe como un complejo sistema de respuestas mediante las cuales el cuerpo se defiende de microorganismos invasores o de tejidos extraños. Sin embargo, la naturaleza del fenómeno es mucho más compleja. (Oblitas, 2006)

De esta manera, Oblitas (2006) indica en relación a los antígenos, los cuales los define como elementos que pueden ser como moléculas que introducidas en el organismo; éstos inducen una respuesta inmunitaria, es decir, que desencadenan un proceso biológico complejo en el que interviene la proliferación de células linfoides productoras de moléculas de reconocimiento (anticuerpos o receptores celulares) que tienen la propiedad de combinarse específicamente con el antígeno inductor.

Siguiendo al autor, algunas moléculas llamados haptenos, reaccionan bien con los anticuerpos pero son incapaces de provocar por sí mismas su producción. Para lograrlo deben unirse a un portador. Los antígenos pueden ser sustancias tan diversas como proteínas, polisacáridos o los ácidos nucleicos. Según su origen se distinguen cuatro tipos de antígenos:

- Los haptenos, activos únicamente cuando se unen a un portador.
- Los antígenos naturales, se encuentran en la naturaleza y en los tejidos animales.
- Los antígenos artificiales obtenidos por modificación química de antígenos naturales
- Los antígenos sintéticos, producidos artificialmente.

Tipos de respuesta Inmune

Oblitas (2006), sugiere que el organismo ha desarrollado dos formas de reaccionar a los antígenos:

- Inmunidad innata o inespecífica: constituye la primera barrera de defensa.
- Inmunidad específica o adaptativa: constituye un sistema complejo y elaborado constituido por células con receptores específicos capaces de reconocer el universo de agentes extraños que rodean nuestro organismo.

En función de las células que participan en esta última forma de defensa pueden distinguirse dos tipos de respuesta inmunitaria específica:

- Inmunidad humoral mediada por moléculas específicas para el antígeno, los llamados anticuerpos, producidos a veces, lejos del lugar donde actúan, los cuales intervienen combinándose directamente con toxinas bacterianas y neutralizándolas recubriendo a las bacterias y promoviendo su fagocitosis.
- Inmunidad celular mediada por células que, específicamente sensibilizadas, se acumulan en el tejido implicado en la reacción y liberan su nivel local mediadores farmacológicamente activos.

Sistemas psicofisiológicos implicados en el complejo psiconeuroinmunológico

Metalnikov (1934; citado por Oblitas, 2006) señaló la relación entre el sistema inmune y el resto del organismo, refiere lo siguiente:

“la inmunidad presenta un problema no sólo biológico y fisicoquímico sino también psicológico. En general, no tenemos suficientemente en cuenta el papel que desempeña el sistema nervioso ni tampoco el de la acción psíquica sobre la vida del organismo. Y, a pesar de ello, es incontestable que el debilitamiento de las fuerzas psíquicas no sólo es consecuencia, sino también la causa de diversas afecciones. Es lamentable que, en este aspecto, el estudio del organismo se encuentre atrasado. El papel de las fuerzas psíquicas y su influencia sobre la vida del cuerpo son muy grandes, incomparables más grandes de lo que se piensa. Todos los órganos: el corazón, los pulmones, los intestinos,

las glándulas de secreción interna, se encuentran estrechamente unidos al sistema nervioso. Ésta es la razón de que el estado psíquico del paciente, en todas las enfermedades, tenga tanta importancia. Conociendo todo esto, debemos comprender que en la lucha contra las enfermedades, es tan necesario actuar sobre psiquismo como prescribir medicamentos” (Metaknikov, S. 1934; citado por Oblitas, 2006).

Interrelaciones entre los sistemas nervioso, inmune y neuroendocrino

Oblitas (2006) hace referencia a la relación entre el sistema nervioso central y el sistema inmune que se han estudiado desde distintos campos de investigación, donde destacan:

- El efecto de algunas lesiones cerebrales sobre la respuesta inmune.
- El papel que juegan algunos neurotransmisores sobre dicha respuesta
- Hallazgos más importantes en el condicionamiento de la respuesta inmune

Uno de los hallazgos más interesantes es que el sistema nervioso central y el sistema inmune se comunican y comparten un mismo lenguaje molecular: neurotransmisores, hormonas y citocinas; incluso se considera que existe una gran analogía entre la estructura del sistema inmune y el sistema nervioso central. Esto se evidenció con el descubrimiento de que los linfocitos producen neuropéptidos y receptores que se pensaba eran exclusivos de la hipófisis y otras regiones cerebrales y que hormonas y neuropéptidos mediadores de la respuesta de estrés se alteran con estímulos antigénicos. También, se han encontrado receptores de citocinas en neuronas y células endocrinas, y que las citocinas periféricas activan la producción de interleucinas en las células gliales (Weigent y Blalock, 1987. Citado por Ramos, et al. 2004).

Relación entre el sistema neuroendocrino, sistema nervioso, variables de personalidad y respuesta inmune

Oblitas (2006) indica que la personalidad puede jugar un papel importante en la caracterización de las respuestas psicológicas ante las distintas situaciones a las que se enfrentan. Así desde el punto de vista de los modelos biológicos de personalidad (Eysenck, Gray) ante una determinada situación amenazante estará determinada por el grado de labilidad emocional del sujeto, el cual responde a una predisposición biológica a reaccionar con una hiperactivación del sistema nervioso vegetativo. Pero también, como defiende Eysenck (1973), el nivel de ansiedad que pueda experimentar un

individuo estará en función del nivel de preocupación que sienta, componentes cognitivos de la ansiedad y mucho más ligado a la dimensión de extroversión que a la del neuroticismo. Así mismo, la respuesta a una amenaza también estará determinada por el grado de susceptibilidad del sujeto a determinado tipo de estímulos, el cual será condicionado por el nivel de activación del Sistema de Inhibición Conductual. De igual forma, desde el punto de vista de los modelos biológicos- cognitivos, tal respuesta estará determinada por la predominancia hemisférica y la forma de procesar los estímulos amenazantes. Esto es, uso de una atención selectiva, un procesamiento en paralelo y una inhibición neural en los procesos de ejecución, como consecuencia de un predominio de activación fásica de carácter emocional propia del límbico.

Por otra parte, desde un enfoque puramente cognitivo, el efecto que el estrés puede ejercer sobre un individuo está decidido por el grado en el que el sujeto se ve capaz de hacerle frente, esto es, por los mecanismos de afrontamiento, los cuales a su vez, depende de los procesos de valoración en los cuales tienen un papel fundamental aspectos derivados de la personalidad del sujeto tales como las creencias, actitudes, intereses, etc. El resultado de esta valoración determinará la respuesta emocional así como los procesos de afrontamiento que se llevarán a cabo sin olvidar la respuesta fisiológica que abarca desde los movimientos musculares hasta una activación neuro-endocrina (Lazarus, 1990; citado por Oblitas, 2006).

Por otra parte, también se ha comprobado en distintas investigaciones (McCrae y Costa, 1986; Amirkhan, Rinsinger y Swickert, 1995; Vollrath, Torgersen y Alnaes, 1995; Fusté y Tous, 1995; citado por Oblitas, 2006) que ciertas estrategias de afrontamiento (confrontación, planificación de la respuestas, evitación) están asociados de una forma sólida y estable con determinadas dimensiones de personalidad, concretamente a la extroversión y neuroticismo. Por tanto, la interpretación que el sujeto hace de la situación determina la consecuente manifestación emocional y la activación fisiológica sub siguiente, todo ello mediado por las características idiosincráticas del individuo, su personalidad. De esta manera, se percibe la relación entre personalidad y respuesta inmune, la que es mediada a su vez, por la actividad del sistema endocrino. Esto es, el mecanismo por el cual los estresores pueden afectar a la inmuno competencia es la activación, por una parte, del eje hipotálamo- hipofisario- córtico-adrenal, cuyo funcionamiento, iniciado con la estimulación del hipotálamo por

causas emocionales, entre otras, termina la secreción de diversas hormonas tales como glucocorticoides (cortisol y corticoesterona) cuyos efectos inmunosupresores a altas dosis han sido demostrados (Munck y Guyre, 1991; citado por Oblitas, 2006).

De la misma manera, otros neurotransmisores (dopamina, serotonina) implicados en la expresión de conductas propias de determinadas dimensiones de personalidad, podemos relacionar la personalidad con la actividad inmunológica. Así respecto de la dopamina, involucrada en la dimensión de impulsividad y la dimensión esfuerzo- impulsividad, cuyo aumento o disminución altera la funcionalidad inmunológica. En esta misma línea, y respecto a la serotonina, como se ha comentado anteriormente también se ha observado sus efectos en el sistema inmune. A su vez, en estructuras anatómicas tales como la formación reticular, el sistema límbico, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala, implicados en sustratos neurofisiológicos determinadas dimensiones de personalidad (extroversión) tienen un papel importante en la regulación de la inmunocompetencia (Fauman, 1982; Felten, Cohen, Ader, Feltn, Carlson y Roszman, 1991; citado por Oblitas, 2006), por lo que podemos establecer una tercera vía de interacción entre personalidad.

Psicoendocrinología en los estados de ánimo

Las hormonas pueden afectar a los umbrales conductuales cambiando la probabilidad de que un estímulo determinado provoque una respuesta específica en un contexto medio-ambiental particular. Además de las conductas manifiestas, también las hormonas pueden afectar al estado de ánimo, de forma que, en algunos casos, parece que hacen descender el umbral para la aparición de los sentimientos y las conductas no adaptativas en seres humanos. Los desequilibrios hormonales causados por patologías y predisposiciones heredadas, o por los efectos de ciertos alimentos, fármacos o toxinas, pueden ser la razón principal de ciertos trastornos conductuales o agotamiento psicológico (distress) en los individuos. En particular, se desarrollará a continuación la influencia de las hormonas en la depresión. (Nelson, 1996).

Las hormonas implicadas en la depresión, destacan (Nelson, 1996):

- Hormonas tiroideas: se ha implicado en la depresión a las hormonas del eje hipotálamo – hipófisis- tiroideas. La administración de hormona liberadora de tirotrópina (THR) desde la hipófisis anterior y la posterior producción hormonal

a cargo de la glándula tiroides, la cual ha sido aplicada a pacientes deprimidos con buenos efectos en la remisión de la sintomatología.

- Hormona del crecimiento y prolactina: Se ha observado en pacientes deprimidos niveles basales de la GH se encuentra en rangos normales, mientras que en otros poseen niveles bajos, por lo su efecto es incierto.
- Hormonas de cortisol: al parecer si los niveles plasmáticos de cortisol llegan a ser demasiados altos o demasiados bajos, como en la enfermedad de Cushing, las evaluaciones del estado de ánimo se catalogan en categorías depresivas.
- Hormonas de estrógenos: se han relacionado el déficit de estrógenos con la depresión.

Personalidad y respuesta inmune

La relación entre variables de personalidad y respuesta del sistema inmunitario puede darse a través de las diferentes vías que integran el sistema que podríamos denominar psico-neuro- endocrino-inmunitario, como ya antes se ha desarrollado. De esta manera, los sistemas endocrinos y nerviosos envían mensajes químicos en forma de neurotransmisores y hormonas que aumentan o deprimen la función inmune y a su vez, células del sistema inmune segregan sustancias tales como la ACTH que devuelven información al cerebro. Por su parte, éste aparece como el centro de control para mantener un balance en la función inmune, y es que su escasa actividad inmunológica deja el individuo al acecho de diversas infecciones y una excesiva actividad inmunológica ocasiona las enfermedades autoinmunes. (Oblitas, 2006)

Según el autor, los factores psicosociales están muy relacionados con el estrés que un individuo experimenta. Se cree que tales factores también a la función inmunológica. Diversas investigaciones han demostrado que los individuos bajo un estrés de larga duración e intensidad, que gozan de una fuerte red de apoyo social, presentan un sistema inmune más eficaz que aquellos individuos que soportan el mismo tipo de estrés pero que no gozan de esta red. Uno de los factores psicosociales estudiados, es el que implica describir los sentimientos propios acerca de los acontecimientos estresantes.

Kusaka, Kondou y Morimito (1992; citado por Oblitas, 2006) pusieron en manifiesto que individuos con estilos de vida saludables, que incluían un patrón adecuado de sueño, ejercicios, nutrición equilibrada y ausencia de tabaco, mostraban un

funcionamiento inmunológico más potente que aquellos con estilos de vida menos saludables. Otros estudios han demostrado que un patrón de escasas horas de sueño tiene efectos perjudiciales en el sistema inmune que se hacen evidentes durante el día siguiente, así como la relación que existe entre el consumo habitual de tabaco y la susceptibilidad a padecer de resfriados. (Cohen, Tyrrell, Russell, Javis y Smith, 1993; citado por Oblitas, 2006).

Psicooncología

La Psicooncología es el estudio y práctica de aspectos psicológicos y psiquiátricos del cáncer. Abarca no sólo la manera en que el cáncer afecta al paciente, sino también cómo éste y su entorno afectan el progreso del cáncer. (Breitbart & Alici, 2009).

La aplicación de la psicología clínica al campo de la oncología, pretende mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer y promocionar su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas del funcionamiento. (Almonacid, 2012).

Varios hospitales alrededor del mundo han desarrollado programas de Psicooncología, y muchos de los centros especializados en cáncer cuentan con un médico responsable del equipo psicooncológico. (Breitbart & Alici, 2009).

No obstante, hace 25 años, los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el paciente con cáncer no habían sido estudiados abiertamente; pero, poco a poco, pequeños grupos de personal clínico e investigativo en diferentes partes del mundo ha empezado a estudiar estos aspectos, lo cual ha generado la aparición de la psicooncología como una subespecialidad dentro del área oncológica. Esta subespecialidad ha sido también llamada *oncología del comportamiento* o *psicosocial*, ya que incluye los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento del paciente con cáncer desde dos perspectivas diferentes (Murillo y Alarcón, 2006):

- Su respuesta psicológica y la de sus familiares durante los diferentes estadios de la enfermedad (psicosocial)
- Los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que influyen en su morbilidad y mortalidad (psicobiológico).

De esta forma, el psicólogo formado en oncología, integrado en un equipo multidisciplinar oncológico, debe asumir dentro de este grupo las tareas de soporte

psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la Educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz. (Rivero, *et al.* 2008).

Al ser la psicooncología una sub-especialidad de la oncología, tiene los siguientes objetivos fundamentales (Rivero, *et al.* 2008):

1. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.

2. La prevención secundaria: mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer.

3. La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares.) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión.

El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

4. La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento.

Es así como a través de la psico oncología, permite, de una forma más específica, entender a pacientes que, debido a sus comportamientos, hábitos y estilos de vida, tienen un más alto riesgo para contraer esta enfermedad. De hecho, esta rama ha desempeñado un papel primordial en ayudar a la reducción en el riesgo de contraer cáncer, ya que ha facilitado el entendimiento de factores de comportamiento que influyen su control y prevención. (Murillo y Alarcón; 2006).

Prevención

La identificación de factores de riesgo en oncología ha conducido a hacer hincapié en el estudio e implementación de técnicas de prevención.

Esta última, como “tratamiento” psicosomático en el área oncológica, se incluye debido a los crecientes estudios que confirman reducciones en incidencia y prolongaciones en supervivencia cuando se controlan estos factores de riesgo (Meyer, 1995; citado por Murillo y Alarcón, 2006).

El consumo de tabaco y alcohol, una dieta inadecuada, la exposición a radiaciones ultravioleta y a agentes cancerígenos y la falta de actividad física son factores de riesgos significativos y modificables.

Tabaco

El cigarrillo, a su vez, ha sido relacionado con el 21% de muertes debido a enfermedades coronarias y con el 30% de la mortalidad total en pacientes con cáncer, por ser el causante en un 87% de las muertes relacionadas con el cáncer del pulmón y en un 82% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (World Health Organization, 1998; citado por Murillo y Alarcón, 2006).

El dejar de fumar ha demostrado claramente beneficios para ex fumadores. En comparación con fumadores, las personas que dejan de fumar antes de los cincuenta años de edad tienen una reducción del 50% en el riesgo para toda las causas de muerte en los siguientes 16 años, y en estas personas, a la edad de 64 años, el riesgo de mortalidad es similar al de personas de la misma edad que nunca han fumado. En cuanto al cáncer, la mortalidad cambia de acuerdo con el sitio del tumor. Por ejemplo, en cáncer del pulmón la reducción en el riesgo de mortalidad disminuye en un 30%-50%, para ambos sexos y para todos los tipos histológicos, después de diez años de abstinencia. Por otro lado, el cáncer de vejiga o de riñón disminuye en un 50% en pocos años después de dejar de fumar (Murillo y Alarcón, 2006).

Alcohol

A pesar de que no se ha demostrado que sea una sustancia cancerígena de por sí, algunas investigaciones sugieren, de una manera definitiva, que el alcohol desempeña un papel importante en el desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

La Sociedad Americana de Cáncer estima que 18.000 muertes por cáncer estarán relacionadas con el uso excesivo de alcohol (frecuentemente en combinación con consumo de tabaco); por lo tanto, recomienda que la disminución en el consumo podría reducir el riesgo para el desarrollo de neoplasias de la cabeza, cuello y de hígado. Cánceres de la cavidad oral, la faringe, la laringe y el esófago han sido claramente asociados al uso del alcohol. Por otro lado, los datos asociados con el desarrollo de cáncer de colon, estómago, seno, páncreas e hígado en relación con el alcohol son controversiales. Además, el mecanismo biofisiológico afectado por el alcohol, que como resultado cause cáncer, no es claro hasta el momento. (Murillo y Alarcón, 2006).

Dieta

En los últimos años se han publicado revisiones importantes que asocian dieta y cáncer. En ellas se confirma que entre el 30%-40% de los cánceres se pueden prevenir con dietas apropiadas y ejercicio físico. (Murillo y Alarcón, 2006).

Los autores hacen referencia a otro estudio, dónde se estima que el 10% de cánceres se pueden atribuir a una ingestión deficiente de frutas y verduras. En un 82% de 156 estudios revisados, se encontró que el consumo de frutas y verduras provee una prevención significativa. La dieta deficiente en fibra ha sido claramente asociada al cáncer de colon, de mama y próstata (9). Además, deficiencias en micronutrientes, como riboflavina, hierro, yodo, calcio y selenio, han sido asociadas con diferentes tipos de cáncer.

De acuerdo a Murillo y Alarcón (2006), también existen hallazgos que respaldan que el consumo excesivo del número total de calorías y de ciertos componentes en la dieta pueden crear una condición llamada sobrecarga metabólica, cuya mayor preocupación es el consumo excesivo de grasas. Estudios en la población han demostrado que el consumo de más del 20% de calorías en grasa está asociado con cáncer de colon, mama, próstata y, posiblemente, páncreas. Comidas asociadas con procesos de añejamiento,

ahumadas y tratadas con sales también han sido asociadas con incremento en sustancias cancerígenas. Está claramente demostrado que el cambio en la dieta es valioso, no sólo para la persona sin cáncer, sino para el paciente oncológico.

Al parecer, hacer cambios saludables en la dieta en el momento del diagnóstico de cáncer puede tener influencia en el desarrollo de recurrencia y supervivencia.

Exposición al sol y riesgo de cáncer

A pesar de que para los seres humanos exponerse al sol es muy importante, cuando ésta es excesiva invita al cáncer más común de todos: el de piel. De este modo, aun cuando la exposición moderada ha mostrado beneficios protectores contra el cáncer de colon, mama, ovario y próstata, la exposición crónica e intermitente está claramente asociada con el más peligroso tipo de cáncer: el melanoma. Es por ello, que las intervenciones están dirigidas a reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de piel suelen estar centradas en proteger al individuo de la exposición a radiación ultravioleta (Murillo y Alarcón, 2006).

Actividad física

La actividad física, en asociación con el cáncer, no ha sido investigada lo suficiente. Se ha sugerido un riesgo menor de cáncer de colon con mayor actividad física. Los mecanismos biológicos posibles que se han identificado para explicar esto incluyen el tiempo reducido de los alimentos en el tránsito intestinal y la mediación a través de prostaglandinas. Otros estudios han asociado la actividad física a la menor incidencia de cáncer de seno, aunque sus resultados son inconsistentes. (Murillo y Alarcón, 2006).

Factores psicosociales

De acuerdo, a Murillo y Alarcón (2006), se han descrito dos factores que influyen en el riesgo y la supervivencia por cáncer. Primero, el estado socioeconómico, que afecta a los pacientes con cáncer en todas sus etapas.

Según Murillo y Alarcón (2006) se ha visto un exceso de mortalidad por cáncer entre los que tienen pocos recursos económicos. Se estima que la diferencia entre la supervivencia de estos pacientes y los de nivel socioeconómico más alto se debe a un mayor retraso en el diagnóstico, a causa de la falta de acceso a los servicios médicos.

Así mismo, como segundo aspecto a destacar se encuentra el apoyo social. Se ha observado que personas solteras con cáncer tenían índices de supervivencia menores que las casadas, así como una mayor tendencia tanto a ser diagnosticadas tardíamente como a no ser tratadas por la enfermedad. (Murillo y Alarcón, 2006).

Para estos autores, es poco lo que se puede hacer para tratar o corregir estos factores psicosociales, ya que requerirían cambios drásticos y modificaciones en diferentes sistemas nacionales e internacionales.

Cáncer

Se considera al cáncer como una enfermedad genética, producto de la proliferación anómala de un clon celular. La carcinogénesis se concibe como un proceso con múltiples fases, en el que se suceden una serie de alteraciones genéticas en el interior de la célula, que mediante los procesos de promoción y regresión, conducen a la malignización. La identificación de los mecanismos genéticos de la carcinogénesis puede proporcionar la clave para la detección precoz y para establecer un enfoque genético dirigido a la prevención de la transformación neoplásica. Además, la relación entre el genotipo específico de un tumor y la terapia génica será un importante elemento de éxito en los ensayos clínicos. (Rubin, P.; Williams, J.; Okunieff, P.; Rosenblatt, J.; Sitzman, J; 2003).

Rubin (2003) refiere que en la actualidad, es posible curar y prevenir el cáncer con las estrategias multidisciplinarias de tratamiento disponibles. En la fase localizada o avanzada, muchos temores se erradican mediante una terapia combinada, que incluye cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Cáncer gástrico

El cáncer gástrico es un problema mayor de salud pública en el mundo. Aunque su incidencia ha disminuido globalmente desde la Segunda Guerra Mundial, actualmente se considera como la cuarta enfermedad maligna y representa el 10% de todos los cánceres invasivos (excluyendo los tumores de piel no melanocíticos), y es también la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. (Zamora, Anzola, Albis, Ballesteros y Sánchez; 2008)

Aunque el mayor número de casos se registra en Japón, se pueden encontrar tasas elevadas en Centro y Suramérica; Colombia es, por su parte, uno de los países con mayor incidencia en la región. (Zamora, Anzola, Albis, Ballesteros y Sánchez; 2008).

En Costa Rica específicamente, el cáncer es la segunda causa de muerte, una de cada cinco personas fallecerá por esta enfermedad cada año, el cáncer de estómago se reporta como uno de los de mayor incidencia en nuestro país (Loría, 2002; citado por (Espinoza, Blanco, & Ramírez, 2011).

Estos datos colocan al cáncer gástrico en un lugar considerable en lo que se refiere a enfermedades representativas en nuestro país.

En lo que respecta a Costa Rica, las personas con cáncer son atendidas en sus hogares, y no en instituciones, gracias a la política adoptada por las Clínicas de Cuidados Paliativos a partir de los años 80, no obstante, es hasta 1996 que se pasa de un enfoque biológico a un enfoque biopsicosocial, donde el ser humano se valora de manera integral, es decir, biológica, psicológica y socialmente (Loría, 2002; citado por (Espinoza, Blanco, & Ramírez, 2011).

La única terapia probada y potencialmente curativa para el cáncer gástrico es la resección quirúrgica de la lesión neoplásica, y aunque se ha descrito la utilidad de la quimioterapia y la radioterapia adyuvante o neoadyuvante, estas intervenciones no se consideran por sí mismas curativas. Dependiendo del estadio, existen diferentes técnicas quirúrgicas que afectan de manera variable la calidad de vida (CV) de los pacientes. (Zamora, Anzola, Albis, Ballesteros y Sánchez; 2008).

Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Cáncer

Las manifestaciones psiquiátricas del cáncer son muy variadas, e incluyen: depresión, ansiedad, psicosis, hiporexia, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotrices, apatía, sólo por mencionar algunas.

El diagnóstico de tal sintomatología en pacientes con cáncer, no siempre es tan sencillo como alguno podría pensar. Por ejemplo, existen varias barreras para diagnosticar depresión en pacientes con cáncer, a saber: el mito de que todos los pacientes con cáncer estarán deprimidos; la dificultad para distinguir entre depresión y la tristeza normal; la mala interpretación de que la depresión es parte del proceso de la

enfermedad; muchos síntomas depresivos se parecen a aquellos que emanan de la fisiopatología del cáncer; finalmente, muchos médicos temen explorar acerca de depresión en estos pacientes, pues consideran que se hallan en un momento especialmente vulnerable de sus vidas. (Snyderman y Wynn; 2009)

El origen de estas manifestaciones también es variado. Algunas, que podríamos llamar de origen orgánico, provienen tanto del proceso tumoral per se, como del tratamiento empleado. Pero también es frecuente que sean secundarias al proceso psicológico de adaptación a la enfermedad.

En el caso particular del cáncer gástrico, las manifestaciones neuropsiquiátricas que podrían aparecer, incluyen:

1. Debidas al proceso tumoral

Son múltiples los procesos y cambios que suceden desde que inicia una neoplasia. Casi todos ellos pueden llevar a manifestaciones psiquiátricas: inflamación, formación de nueva vascularización, metástasis, síndromes paraneoplásicos, cambios de enfermedad crónica. En el caso del cáncer gástrico, nos centraremos en tres ejemplos.

Primero, la anemia. Este es uno de los cambios más frecuentemente asociados a clínica psiquiátrica. Es uno de los hallazgos más comunes en procesos tumorales en estadios medios y avanzados. La anemia en cáncer gástrico puede provenir de tres fuentes: anemia perniciosa, en pacientes gastrectomizados; anemia de enfermedad crónica; y anemia inducida por fármacos (por ejemplo, antineoplásicos, antibióticos, antiinflamatorios). Algunos grupos han demostrado correlación entre niveles de hemoglobina y síntomas depresivos. (Skarstein; Bjelland, Dahl, Laading, Fossa; 2005)

En segundo lugar, la inflamación. Desde hace ya bastantes años se ha propuesto el vínculo entre las expresiones clínicas del cáncer y los procesos inflamatorios subyacentes. (Cleeland, Bennett, Dantzer, Meyer, *et al*; 2003). Inicialmente se estudió en procesos infecciosos: se observó que existen cambios comportamentales adaptativos, que el individuo desarrolla como respuesta de supervivencia, ante una infección. El cerebro conduce estos cambios, y se expresa un estado emocional que reorganiza las prioridades del individuo. Modelos análogos se han desarrollado para cáncer, y hoy día

se propone que estas adaptaciones conductuales se inician con una activación periférica del sistema inmune innato: moléculas producidas por células necróticas y apoptóticas (como proteínas de choque térmico y proteínas S100) se ligan a receptores TLR en la membrana de las células del sistema inmune innato y, vía NF- κ B y MAPK, estimulan la producción de citoquinas proinflamatorias. (Dantzer, Meagher, Cleeland; 2012) Dentro de los marcadores inflamatorios frecuentes en cáncer, está la IL-1. Existe extensa evidencia sobre la relación entre esta interleuquina y manifestaciones depresivas. (Demaria, Pikarsky, Karin, Coussens, Chen, El- Omar, *et al*; 2010)

Por último, la hiponatremia. Este desbalance hidroelectrolítico es muy habitual en los pacientes oncológicos (incidencia de 3-5%). Al igual que sucede con la anemia, la hiponatremia no tiene un solo origen. Dentro de sus posibles causas en pacientes con cáncer gástrico, se encuentran: el tumor primario; metástasis; vómitos; dolor y estrés; efectos secundarios de los agentes quimioterapéuticos (ciclofosfamida, cisplatino, vincristina, vinblastina, melfalán), analgésicos (morfina y sus derivados), e inmunomoduladores (interferón, IL-2, levamisole); efectos iatrogénicos (hidratación excesiva, ya sea como prevención cuando se usan medios de contraste en estudios de imagen, o para evitar la toxicidad del síndrome de lisis tumoral). Finalmente, un mecanismo frecuente por el cual se produce hiponatremia en los pacientes con cáncer, es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La sintomatología neuropsiquiátrica debida a hiponatremia dependerá de si ésta es leve (sodio plasmático entre 130-135mEq/l: cefalea, irritabilidad, inatención, alteraciones de memoria, depresión), moderada (sodio plasmático entre 120-130mEq/l: confusión, desorientación, somnolencia, bradipsiquia) o severa (sodio plasmático menor de 120mEq/l: estupor, convulsiones, coma). (Pérez y López; 2011)

2. Debidas al tratamiento

Un hallazgo interesante, es que los síntomas en cáncer, atribuidos al tratamiento, aparecen en grupos o “clusters”. Al día de hoy, no se cuenta con evidencia de los mecanismos que explican esto, pero cada vez hay más información de que la respuesta inflamatoria (producida tanto por la enfermedad, como por el tratamiento), alteraciones endocrinas y disfunción hematopoyética, podrían contribuir a este fenómeno.

Dentro de la gama de síntomas psiquiátricos en cáncer que se atribuyen al tratamiento, están: estrés emocional, distracción, alteraciones de memoria, depresión, ansiedad, irritabilidad, hiporexia, anhedonia, fatigabilidad, desorientación e insomnio. (Dantzer, Meagher, Cleeland; 2012)

Otro aspecto a destacar, en cuanto a consecuencias psiquiátricas del tratamiento empleado, es la repercusión en funciones cognitivas. Está bien establecido que existe un efecto deletéreo no deseado en el desempeño neurocognitivo, debido al uso del arsenal terapéutico contra el cáncer, tanto a corto plazo, como secuelas con el tiempo. Esta evidencia existe para quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y hormoterapia, y es un elemento clave a la hora de elegir el tratamiento. (Garofalo y Baum; 2001).

3. Debidas a la reacción de adaptación psicológica

Se han repasado algunas causas orgánicas de manifestaciones psiquiátricas del cáncer gástrico, con suficiente evidencia, por ejemplo, para síntomas como la depresión. No obstante, también hay suficientes datos que apoyan que estos síntomas psiquiátricos, igual tienen un origen psicodinámico. Así por ejemplo, en el caso de la ansiedad, ésta puede provenir de experiencias tan diversas como: incertidumbre ante el pronóstico; preocupación por el propio cuerpo; miedo a la muerte; impacto de la enfermedad en el estilo de vida; estar solo o con extraños en un hospital; y miedo a reacciones negativas de los médicos. (Hick y Cummings; 2010)

El diagnóstico de cáncer implica para el que lo padece y su familia, un evento estresante. Representa un reto para sus propios recursos de afrontamiento, frente a las demandas que conlleva la evolución y el tratamiento. El concepto de ajuste o adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido, en el cual el paciente procura mantener alejado el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, para obtener dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección. (Ornella y Ayala; 2011)

El paciente, durante el transcurso de su enfermedad, luego del impacto que le genera enterarse de su padecimiento, enfrenta o atraviesa por diferentes fases psicológicas detalladas en el trabajo de Kübler.

Kübler detalla cinco fases o períodos en el proceso agónico: a) Negación, b) Enojo, c) Regateo (el paciente realiza una promesa u ofrecimiento esperando una curación milagrosa a su enfermedad) d) Depresión, e) Aceptación (el paciente, consciente de la gravedad de su enfermedad). (Hicks y Cumming; 2010).

Cada una de estas fases, implica una tarea específica por cumplir. La resolución efectiva de la tarea que conlleva la fase, produce mayor aceptación del proceso enfermedad-muerte.

Así mismo, es importante destacar que dichas fases no se presentan de manera lineal, sino que poseen una evolución dinámica, permitiendo que el usuario pueda retornar o avanzar a fases previas o avanzadas. En esta línea, el autor Cruzado en el 2009, refiere que el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el problema del cáncer, va a depender del grado de patología a nivel clínico, el modo de información recibido, el apoyo social y recursos ambientales, y los efectos del tratamiento. (Ornella y Ayala; 2011)

Con respecto a los mecanismos de afrontamiento, éstos son utilizados por los pacientes oncológicos para enfrentarse a su situación. Algunas de estas estrategias empleadas podrían impedir la adaptación y facilitar la aparición de alteraciones psicopatológicas, predominando los trastornos por ansiedad y depresión. (Pulgar, Garrido, Muela y Reyes; 2009)

Las principales situaciones generadoras de estrés en el enfermo de cáncer se pueden agrupar en los apartados de emociones negativas (referidas al malestar), apoyo social (referido al malestar procedente del apoyo recibido durante la enfermedad), preocupación por el tratamiento (además de las molestias secundarias que puede generar), temor al pronóstico y afectación del área funcional (es decir, la incapacidad que produce la enfermedad en la vida del enfermo). Aparentemente, las situaciones estresantes que generan más malestar en el paciente, son las emociones negativas, seguidas del temor por el pronóstico y preocupación por el tratamiento. (Pulgar, Garrido, Muela y Reyes; 2009)

Factores ambientales que afectan la evolución tumoral (“influencia de la psique sobre el cáncer”)

Los elementos del paciente y su entorno que influyen y modifican el proceso neoplásico, también son múltiples. Al respecto, hay suficiente información, desde evidencia que objetiviza como el distress psicológico y el dolor aumentan significativamente antes de morir, en pacientes con cáncer de mama metastásico (Butler, Koopman, Garlan, Dimiceli, Spiegel; 2003); hasta modelos animales que demuestran cómo las condiciones ambientales (vivienda) afectan el crecimiento tumoral. (Cao, Xianglan, En- Ju, Chuanson, Eugene, Veronique; et al; 2010).

Factores comportamentales relacionados con estrés, pueden activar el eje hipotálamo – hipófisis – adrenal, así como el sistema nervioso simpático. Los productos de la activación de estas vías (catecolaminas, glucocorticoides, y otros factores neuroendocrinos), pueden debilitar los mecanismos fisiológicos, que intentan limitar el crecimiento en el microambiente tumoral. Dichas moléculas tienen un efecto directo sobre los procesos de señalización celular, angiogénesis, invasión tumoral y, finalmente, metástasis. (Costanzo, Sood, Lutgendorf; 2011).

Cada vez hay más evidencia, proveniente de estudios in vitro, in vivo y ensayos clínicos, que apoya este efecto del ambiente sobre el crecimiento tumoral. Esto es importante, no sólo porque aporta conocimientos sobre los mecanismos fisiopatológicos, sino porque, además, permite ir generando recomendaciones acerca de medidas preventivas y, en última instancia, la búsqueda de agentes farmacológicos que intervengan en las vías celulares involucradas. (Lutgendorf y Sood; 2011).

Finalmente, partiendo de que la modificación ambiental influye sobre el crecimiento tumoral, muchos investigadores han tratado de demostrar si la psicoterapia logra aumentar la sobrevida en pacientes oncológicos. No hay evidencia sólida de que exista una relación directa entre la intervención psicoterapéutica y el tiempo de sobrevida. (Edelman, Craig, Kidman y Can; 2000).

Trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer

Almanza y Holland, (2000) señalan en que aproximadamente 50% de las personas con cáncer presentan una reacción normal y adaptación. De esta manera, indican ofrecen una estadística, donde refieren que pacientes hospitalizados presentan trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de la personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%). Mientras que pacientes ambulatorios presentan principalmente trastorno depresivo mayor (22%), con trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión (17%), trastorno de adaptación con depresión (14%), trastorno afectivo secundario a cáncer (12%), y 8% presenta distimia.

Trastornos de Ansiedad

Con respecto a los *trastornos de ansiedad*, Rubin (2003) señala que la ansiedad es la forma más común de distrés psicológico en pacientes con cáncer. Ésta puede ser:

- a) situacional (CMN, procedimientos invasivos, etcétera); causada por un problema médico (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, sangrado, arritmia cardiaca, e hipoglicemia), o tumores secretores de hormonas (feocromocitoma, adenoma o carcinoma tiroideo, adenoma paratiroide, tumores productores de ACTH entre otros)
- b) secundaria al tratamiento (quimioterapia, debridación de heridas
- c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Los pacientes con ansiedad se quejan de tensión o intranquilidad, o muestran nerviosismo, hiperactividad autonómica, insomnio, falta de aire, adormecimiento o preocupación. Las manifestaciones físicas o somáticas de ansiedad eclipsan a menudo a las psicológicas o cognitivas, y son los síntomas como una señal para preguntar acerca del estado psicológico del paciente, que suele ser de temor, preocupación o aprensión. La asunción de que es inevitable encontrarse con un elevado nivel de ansiedad durante la fase terminal de la enfermedad no es acertada ni sirve de ayuda para los fines diagnósticos y de tratamiento. A la hora de decidir si hay que tratar la ansiedad durante la fase terminal de la enfermedad, el principal indicador para iniciar el tratamiento es el nivel de malestar subjetivo del paciente. Entre otras consideraciones se incluyen las

conductas problemáticas, por ejemplo la falta de cumplimiento como consecuencia de la ansiedad, las reacciones de la familia y del personal al sufrimiento del paciente, y el equilibrio entre los riesgos y los beneficios terapéuticos. (Roth y Breitbart, citado por Rubin, 2003).

Rubin (2003) brinda señalamiento en cuanto al manejo de ansiedad, haciendo alusión a:

- a) proporcionar información clara y generar confianza en el equipo de atención
- b) intervención en crisis, psicoterapia (educacional, interpersonal, de apoyo, cognitivo-conductual, imaginación guiada, relajación e hipnosis
- c) manejo farmacológico, siendo indispensable explicar y clarificar al paciente sus dudas respecto a aspectos adictivos.

Trastornos Depresivos

En relación a trastornos depresivos, Rubin (2003) comenta que la depresión es difícil de diagnosticar en oncología debido al traslape de síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación. La mayoría de los casos corresponden a depresión reactiva (25% en pacientes oncológicos externos).

Entre los predictores de depresión se encuentran los siguientes: historia de depresión e intentos suicidas, abuso de sustancias, pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia, así como falla metabólica o nutricional.

Chochinov y col.³³ estudiaron la prevalencia de la depresión en una cohorte de 130 pacientes terminales en una unidad de cuidados paliativos. Informaron que el 9,2% de los pacientes cumplirían los criterios diagnósticos de investigación (CDI) para la depresión mayor cuando se utilizaban umbrales muy severos para los síntomas del criterio A (equivalente a la determinación del umbral especificado en el DSM-IV). Esta aproximación ofrecía una prevalencia de depresión somática en los criterios diagnósticos o se utilizaran los criterios revisados de Endicott (incluida la situación de síntomas somáticos por alternativas no somáticas). Aunque ha surgido cierta preocupación sobre la falta de especialidad de los síntomas somáticos en los enfermos médicos, estos resultados (en concordancia con los de otras investigaciones) indican que su inclusión puede no influir demasiado en la clasificación diagnóstica de depresión

mayor. Los investigadores no sólo han observado una prevalencia relativamente elevada de depresión en los pacientes con cáncer avanzado, sino que los trabajos también sugieren que la depresión se asocia con un aumento de la morbilidad de los pacientes con cáncer. (Rubin, 2003)

De acuerdo a este autor, una historia familiar de depresión o de episodios depresivos previos refuerzan la fiabilidad del diagnóstico. La valoración de los factores orgánicos, como corticosteroides, agentes quimioterapéuticos (p, ej; vincristina, interferón, interleukina), anfotericina, radiaciones cerebrales, complicaciones metabólicas-endocrinas del sistema nervioso central y síndromes paraneoplásticos que pueden presentarse como depresión, debe ser previa al inicio del tratamiento. (Roth y Breitbart, citado por Rubin, 2003)

Estos autores indican que el diagnóstico del síndrome de depresión mayor en un paciente con cáncer suele basarse más en los síntomas psicológicos o cognitivos de depresión mayor (inutilidad, desesperanza, culpa excesiva e ideación suicida) que en los signos y síntomas somáticos y neurovegetativos.

La presencia de signos y síntomas neurovegetativos de depresión, como fatiga, pérdida de energía y otros síntomas somáticos, no suele ser útil para establecer un diagnóstico de depresión en quienes están físicamente enfermos.

El cáncer y su tratamiento pueden producir muchos de los síntomas físicos característicos de la depresión mayor en las personas físicamente sanas. Sin embargo, los sentimientos de desesperanza, inutilidad o ideación suicida deben analizarse con detalle. La desesperanza persistente, acompañada por un sentimiento de desprecio o desaliento, es más probable que represente un síntoma de un trastorno depresivo. También es frecuente que los pacientes sientan que están molestando a sus familiares injustamente, causándoles un gran dolor malestar. La ideación suicida, incluso en sus formas más leves y pasivas, suele asociarse con grados significativos de depresión en los pacientes con cáncer (Roth y Breitbart, citado por Rubin, 2003)

Se han descrito cuatro estrategias diferentes para diagnosticar la depresión mayor en el paciente con cáncer (Roth y Breitbart, citado por Rubin, 2003):

- Una estrategia de inclusión donde se integre todos los síntomas, sean éstos o no secundarios a la enfermedad o al tratamiento del cáncer.
- Una estrategia de exclusión que deje a un lado todos los síntomas físicos, sin permitir que contribuyan al diagnóstico del síndrome de depresión mayor.
- Una estrategia etiológica que determine si el síntoma físico se debe a la enfermedad o al tratamiento del cáncer, o bien a un trastorno depresivo.
- Una estrategia de sustitución, en la que los síntomas físicos de etiología incierta sean sustituidos por otros no somáticos.

En su manejo es preciso establecer una adecuada alianza terapéutica, garantizando el apoyo del grupo familiar; proporcionar psicoterapia de apoyo, intervenciones conductuales y uso de fármacos.

La incidencia de suicidio es mayor en pacientes con cáncer que en la población general. Una idea frecuentemente oculta en el paciente oncológico es: “*¡antes que morir en medio de intenso dolor, prefiero matarme yo mismo!*” Tal idea funciona como válvula de escape y ayuda en alguna medida a mantener el control; sin embargo, dicho riesgo debe ser cuidadosamente evaluado. Se ha documentado que el manejo apropiado de la patología subyacente (depresión mayor, abuso de sustancias o duelo reciente) reduce la ideación o plan suicida. (Rubin, 2003).

Delirium

En lo que concierne a Delirium, se dice que la prevalencia de delirium va de 25% en cáncer hasta 85% en cáncer terminal. La presentación temprana incluye: alteración del ciclo del sueño, desorientación, ansiedad inexplicable, irritabilidad, enojo, rechazo de ayuda, inatención y problemas de memoria. La presentación tardía se caracteriza por falta de cooperación al manejo médico y alteraciones perceptuales tales como: ideas persecutorias, y alucinaciones visuales y auditivas). Su etiología es habitualmente multifactorial e incluye: encefalopatía metabólica, desequilibrio electrolítico, infecciones, síndromes paraneoplásicos, trastornos hematológicos y nutricionales así

como efectos secundarios al uso de medicamentos (esteroides, quimioterapia). (Rubin, 2003).

Rubin (2003) refiere que el tratamiento consiste en:

- a) identificar la etiología subyacente y corregirla
- b) medidas no farmacológicas, ambiente tranquilo, orientación ambiental (reloj, calendario, figuras familiares)
- c) farmacoterapia: administración de haloperidol u otros neurolepticos (droperidol, olanzapina, risperidona), así como lorazepam propofol en casos específicos.

Estrés, Sistema Inmunitario y Cáncer

El estrés puede alterar la función del sistema inmune de forma que se pueda influenciar el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas (Sirena, Sánchez y Camps, 2006).

De esta manera, aprecia su influencia, donde sobresale:

1.- El estrés psicológico puede alterar la función del sistema. Existen muchas evidencias de cómo el estrés puede alterar el sistema inmunitario a través de la innervación directa de los órganos linfoides por el SNC o mediante la liberación de mediadores solubles (citocinas y hormonas). Se ha observado que los sujetos sometidos a situaciones de estrés, aunque sean cortas y pasajeras experimentan defectos cualitativos y cuantitativos de la función del sistema inmune, como por ejemplo la disminución de la capacidad proliferativa in vitro de los linfocitos ante mitógenos, o el aumento del número de linfocitos con capacidad citotóxica y algunos cambios en el perfil de secreción de citocinas. (Sirena, Sánchez y Camps, 2006).

2.- El sistema inmunológico juega un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral. Ya Burnet postuló la idea de que el sistema inmunológico, no sólo se encargaba de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realizaba una vigilancia activa contra la aparición de células neoplásicas. De ello se encarga la parte del sistema inmunológico que desarrolla la inmunidad celular. Un ejemplo de la

importancia que desempeña el sistema inmunológico lo tenemos en los individuos sometidos a terapia inmunosupresora o las personas inmunodeficientes, donde se evidencia mayor riesgo de padecer neoplasias. Además se han diseñado estrategias basadas en la potenciación del sistema inmunológico para combatir ciertos tipos de tumores. (Sirena, Sánchez y Camps, 2006).

3.- Los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar el desarrollo de los tumores y la aparición de las metástasis. Muchas de las citocinas que se producen en situaciones de estrés, junto con la migración de células y mediadores inflamatorios en el lugar del desarrollo tumoral son moléculas y mediadores que pueden activar el ciclo celular y por tanto favorecer la multiplicación de las células tumorales. Se cree que en las situaciones de estrés se puede romper este equilibrio y favorecer el desarrollo y la metástasis tumoral. (Sirena, Sánchez y Camps, 2006).

4.- Las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés pueden influir el curso de la enfermedad neoplásica. La reducción del estrés mediante la provisión de ayuda social se ha asociado con una mejoría en el curso de la enfermedad neoplásica. Por ejemplo en un estudio con mujeres aquejadas de cáncer de mama metastático se pudo apreciar un aumento significativo de la supervivencia global de 18 meses en aquellas con apoyo social. En otro estudio con mujeres con melanoma también se apreció un aumento de la supervivencia y una disminución de las recaídas después de 6 años de seguimiento. (Sirena, Sánchez y Camps, 2006).

Principales abordajes en el tratamiento integral del paciente oncológico

1. Evaluación Psicológica

Desde un punto de vista estrictamente clínico, si finalmente decidimos evaluar para personalizar los tratamientos, la evaluación la vamos a utilizar con dos objetivos básicos (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008):

(a) para discriminar los pacientes que pueden requerir una intervención psicológica de los que no

(b) para saber cuáles son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de intervención en cada uno de los pacientes individuales.

Así mismo, en relación a la valoración de la reacción emocional y adaptación que realiza el paciente y su familia deben basarse en la localización tumoral, diagnóstico, posibilidades terapéuticas y pronóstico de la enfermedad, así como una serie de variables que son inherentes al ser humano como (Almonacid, 2012):

- Su personalidad
- Experiencias previas con la enfermedad
- Conocimientos o creencias sobre la misma
- Entorno socio-cultural
- Momento del ciclo vital
- Creencias espirituales

De esta manera, se destaca dentro de las áreas a desarrollar en la entrevista clínica, los siguientes apartados:

1. Estado funcional (actividad, independencia), que incluye:

- Capacidad para trabajar.
- Capacidad para hacer uso del tiempo libre.
- Autocontrol.

2. Síntomas físicos asociados al cáncer, que incluyen:

- Problemas causados por la enfermedad.

- Dolor.
- Movilidad.
- Sueño.
- Apetito.
- Función sexual.

3. Problemas causados por los tratamientos;

- Reacciones condicionadas a quimioterapia: náuseas, vómitos.
- Dolor agudo.
- Ausencia de control de esfínteres.

4. Efectos psicológicos asociados:

- Ansiedad, depresión, agresividad.
- Estilos de afrontamiento/ajuste, preferencias por estilos de afrontamiento pasivos o activos.
- Autoestima y confianza.
- Cambios en el esquema físico.
- Sexualidad.

5. Interacción social:

- Relaciones con familiares y amigos.
- Relaciones con compañeros de trabajo.
- Relaciones de pareja.

Cruzado y Olivares (1996; citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008) señalan que la evaluación es específica de la fase en que se encuentre el paciente, así como del tipo de cáncer, estadio y contexto. Por tanto, las áreas descritas anteriormente han de orientarse al análisis de las variables que son relevantes a los problemas de cada fase, ya que es muy diferente el caso del paciente que está en proceso de diagnóstico. Por ejemplo, esperar a hacerse una biopsia con respecto de aquella persona que acaba de ser mastectomizada, o de la que va a emprender quimioterapia o bien de quien se encuentra en fase terminal.

No obstante, Almonacid (2012), sugiere que la fase diagnóstica es la única a la que debe enfrentarse todo paciente oncológico, el resto de las fases dependen de la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Fases	Emociones/ Sentimientos	Síntomas	Trastornos
Final del tratamiento médico			T. adaptativos T. estrés post trauma T.somatomorfos
Recaída/Progresión de la enfermedad/cronicidad			T. del estado de ánimo T. de ansiedad
Fase Terminal			T. del estado de ánimo T. de ansiedad

²Fuente: Almonacid, 2012, p. 726

Si bien en el anterior cuadro, Almonacid (2012) brinda un esquema de lo esperado para cada fase y su repercusión emocional, es necesario reconocer que cada persona responde distinto a la evolución de su enfermedad, a partir de sus recursos de afrontamiento.

Criterios para establecer límites entre adaptación normal y reacción patológica

Almonacid (2012) refiere que todos los síntomas mencionados pueden ser reactivos a la situación de enfermedad, los criterios para establecer el límite entre reacciones normales y reacciones patológicas están en función de:

- Su proporción respecto al desencadenante
- Intensidad
- Duración de la manifestación
- Afectación que produce en la conducta del paciente

Criterios de Derivación a la Atención Psico oncológica

De acuerdo a Almonacid (2012) el 20% al 35% de los enfermos de cáncer presentan morbilidad psicopatológica. La evaluación inicial del paciente debe ser integral, es decir desde una perspectiva bio-psico-social, siendo registrada en la anamnesis inicial o historia clínica. Posteriormente y desde una valoración interdisciplinar será el equipo quien decida si debe recibir atención psico-oncológica. En dicha valoración debemos tener en cuenta tanto los factores de riesgo emocional, como aquellos factores que pueden influir en el afrontamiento.

Factores de riesgo emocional

- Altos niveles de introversión
- Fuerte impacto psicológico a la alopecia
- Depresión inmunológica
- Falta de apoyo social
- Antecedentes de trastornos en salud mental
- Baja autoestima

- Apoyos inadecuados o rechazados por el paciente
- Elevada toxicidad por quimioterapia
- Graves complicaciones somáticas
- Preocupación excesiva por la imagen corporal

Factores que dificultan el afrontamiento

- Apoyo afectivo deficitario o nulo
- Localización tumoral, gravedad en el diagnóstico
- Nivel previo de adaptación frente a situaciones de estrés
- Amenaza que produce la enfermedad sobre los objetivos y proyecto vital del paciente
- Actitudes culturales y o religiosas
- Problemas económicos
- Potencialidad de rehabilitación física y psicológica
- Deterioro físico
- Limitaciones físicas o funcionales

Ante estos factores, los autores Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008), brindan una guía de los principales inventarios clínicos para valorar a pacientes oncológicos, de los cuales destacan:

- Para medir depresión: Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1961).
- Para medir ansiedad: Inventario de ansiedad estado-rasgo (ESTAI E-R) (Spielberger *et al.*, 1970).
- Para medir calidad de vida: Índice de calidad de vida (Spitzer *et al.*, 1981).
- Para medir los síntomas de la enfermedad: Cuestionario de síntomas y preocupaciones en pacientes de cáncer terminal (Comas, 1990).
- Para medir efectos de tratamientos: Evaluación de náuseas y émesis de Morrow (MANE) (Morrow, 1991).

- Para medir afrontamiento al estrés: COPE (Carver y Scheier, 1989) y Escala de ajuste mental al cáncer (MAC) (Moorey y Greer, 1989).
- Para medir apoyo social: Escala de apoyo social de Michigan (Levy *et al.*, 1990).
- Para medir adaptación: Inventario de Standford de ajuste del paciente de cáncer (SICPA) (Telch y Telch, 1982).

Así mismo, Almonacid (2012) amplía la lista de elección de cuestionarios por áreas:

Medidas de la capacidad funcional

- Índice de Karnofsky
- Escala Funcional Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG/OMS)
- Escala Funcional Paliativa (Paliative Performing Status PPS)
- Escala de Evaluación Funcional de Edmonton (EFAT)
- Índice de Barthel

Cuestionarios de calidad de vida

- Escala de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30)
- Evaluación Funcional del Tratamiento del Cáncer (Functional Assessment of Cancer Treatment, FACT)

Escalas para medir grupos de síntomas

- Edmonton Symptom Assesment Escale (ESAS)
- MD Anderson Symptom Inventory (MDASI)
- Memorial Sympton Assesment Scale (MSAS)
- Rotterdam Sympton Checklist (RSC)
- Symptom Distress Scale (SDS)

Valoración Psicológica del Dolor

- Cuestionario Breve del Dolor (Badia et al 2003)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

- Symptom Checklist 90 (SCL-90)
- Millon Behavioral Health Inventory (MBHI)
- Beck Depression Inventory (BDI)

Valoración de los síntomas cognitivos y afectivos

Instrumentos de detección (cribaje, screening):

- Cuestionario de Ansiedad Depresión en el Hospital (HADS)

Morbilidad psicopatológica general:

- General Health Questionnaire (GHQ)
- SCL-90-R

Morbilidad psicopatológica específica:

- Beck depression inventory (BDI)
- Geriatric depression scale (GDS)
- Hamilton depression scale (HADS)
- Beck anxiety inventory (BAI)
- State-trait anxiety (STAI)

Deterioro cognitivo:

- Mini examen cognoscitivo (MEC)
- Test del trazo A y B (Trail Making test)

Evaluación del Delirium:

- Delirium Rating Scale (DRS)
- Confusion Assessment Method (CAM)
- Escala de orientación

Como se podrá evidenciar ambos autores coinciden en el uso de algunas escalas, lo cual aumenta su confiabilidad en el uso de las mismas.

2. Abordaje Psicoterapéutico

El abordaje psicológico es tan importante, que algunos se refieren a la medición del estrés emocional como el sexto signo vital. (Chaturvedi y Venkateswaran; 2008) Dentro de las principales consideraciones en el abordaje psicológico, Romero (2005) refiere que se les debe comunicar a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como las repercusiones físicas y emocionales, ya que las mayorías de las personas experimentan sensaciones desagradables. (Ornella y Ayala; 2011). Varios subrayan la necesidad de una cuidadosa entrevista médica, que mejore la comunicación médico paciente sobre los síntomas y signos del cáncer. (Svedlund, Sullivan y Liedman; 2005)

Así mismo, las intervenciones deben dirigirse tanto al paciente como a la familia, y por supuesto a las distintas necesidades que ambos presentan en esta etapa vital.

Es por ello, que la intervención psicológica paliativa va dirigida hacia dos metas clave (Pérez y Fernández; 2010):

- En primer lugar, a nivel preventivo, en donde es necesario mantener presentes las necesidades más frecuentes en esta etapa, refiriéndose a los estados emocionales provenientes de la etapa de adaptación en la que se encuentre la persona (ira, tristeza, etc.), asociados a los momentos críticos en que se ha de asumir la presencia de un nuevo síntoma o nueva pérdida, a las necesidades espirituales (religiosas o no) más patentes en esta etapa.
- En segundo lugar, la intervención dirigida específicamente a las alteraciones psicológicas concretas, como los estados de ansiedad, depresivos, los miedos y los estados confusionales.

Modalidades de abordaje terapéutico en pacientes oncológicos

Psicoterapia de grupo

Para, Murillo y Alarcón (2006), con un psicólogo o un psiquiatra entrenados en la psicodinamia grupal, la psicoterapia de grupo (PG), se puede constituir en la modalidad psicoterapéutica por excelencia en los servicios de oncología. Se puede suponer que en un ambiente cerrado, como el de los servicios de oncología, los pacientes, dado que están congregados, se pueden motivar fácilmente para una PG. El obstáculo que se debe superar sería el tiempo de los pacientes y el lugar de reunión.

De acuerdo a los autores, lo ideal es implementar un programa de PG, en el caso de trastornos leves a moderados.

La PG también puede ser un complemento a la psicoterapia individual o a la farmacoterapia, en algunos casos seleccionados.

En países latinoamericanos, con tantas necesidades de psicoterapia y tan poca oportunidad y disponibilidad, resulta asombroso que no estén instaurados muchos más programas de PG. Sus beneficios en cuanto a eficiencia terapéutica, así como mayor cobertura a menor costo, son muy considerables. En diversas clínicas de Estados Unidos se acostumbra a realizar grupos semiabiertos de psicoterapia para patologías definidas, por ejemplo, para cáncer de seno, de próstata, etc. Estos pacientes que comparten una patología común se benefician tanto de las clarificaciones por parte del terapeuta como del apoyo emocional brindado por los miembros del grupo; por lo que las ventajas y beneficios de estos programas son enormes. (Murillo y Alarcón, 2006).

Intervenciones en pareja y familia

Murillo y Alarcón (2006) refiere que dado que el cáncer incide también de manera significativa en las parejas y los demás familiares de los pacientes, se sugieren, de rutina, una valoración-orientación, inicial, por parte de psicología o psiquiatría a todas las familias de los pacientes que inician sus procesos terapéuticos en oncología. El psicólogo o el psiquiatra del servicio debe estar dispuesto siempre a reunirse con los miembros de la familia cuando ésta lo requiera, brindando orientación y apoyo.

En ocasiones, la incidencia de la enfermedad es lo suficientemente perturbadora de la armonía personal y familiar como para que esté indicada la realización de psicoterapias de pareja o de familia. Es muy provechoso para los pacientes y sus familiares el incluirlos en el proceso del tratamiento. Sin embargo, de lo que aquí tratamos es de patologías y disfunciones graves que requieren la intervención psicológica para impedir mayores complicaciones en la evolución de la enfermedad. La psicoterapia de pareja o familia se plantea generalmente como coadyuvante de las psicoterapias individuales o de grupo y como intervenciones puntuales en momentos de crisis agudas en las parejas o las familias. (Murillo y Alarcón, 2006).

Psicoterapia individual

Desde el punto de vista de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada (PPO), se han clasificado tradicionalmente dos modalidades de psicoterapia: la expresiva y la de apoyo. (Murillo y Alarcón, 2006).

Las expresivas van orientadas a ayudar al paciente a hacer consciente su conflicto inconsciente: la confrontación, la clarificación y la interpretación intra o extratransferencial. Mientras que las intervenciones de apoyo van orientadas a establecer una fuerte alianza terapéutica o a cubrir déficits en los recursos emocionales momentáneos o estructurales que tenga el paciente. (Murillo y Alarcón, 2006)

La psicoterapia de apoyo, es la más utilizada en pacientes en los servicios de oncología es la psicoterapia de apoyo. La recomendación de los autores es que a *todo* paciente que ingresa a un programa de tratamiento de cáncer le sea practicada una psicoterapia breve de apoyo en los primeros meses de su proceso. No sólo lo ayudaría a enfrentar la crisis vital que significa la enfermedad, sino que también conllevaría a un conocimiento más profundo, y desde el puro comienzo, de su estructura psicológica, a partir de la cual se pueden implementar medidas psicológicas preventivas. Luego, en las crisis, al paciente no le sería nada extraño necesitar y recurrir de nuevo a una intervención psicológica (Murillo y Alarcón, 2006)

Por otra parte, Prieto (2004) hace referencia a intervenciones terapéuticas desde un marco conceptual de la Terapias cognitivas conductuales para el abordaje de los pacientes oncológicos. Considerada como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica. Destacan como las principales más utilizadas:

Relajación: Se utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

a) Respiración abdominal o diafragmática: es una respiración profunda que nos libera de la tensión y da lugar a la respuesta de relajación.

b) Meditación: localizar la atención en un estímulo determinado con el fin de modificar el estado mental del sujeto y provocar su tranquilidad. La meditación y visualización potencian la reacción de los glóbulos blancos en la sangre y la eficiencia de la respuesta hormonal.

c) Relajación muscular progresiva: consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella.

d) Entrenamiento autógeno: basado en la hipnosis. Se pretende que el paciente logre generarse por sí mismo el estado de relajación por medio de representaciones mentales adecuadas, las cuales provocarán los cambios fisiológicos correspondientes.

e) Biofeedback: pretende enseñar cómo modificar ciertos procesos biológicos (anteriormente considerados bajo control únicamente involuntario del sistema nervioso autónomo) con el fin de someterlos a control voluntario. De esta manera, la persona sometida a los efectos fisiológicos provocados por la ansiedad, podrá aprender cómo reducirlos e incluso evitarlos.

Visualización: Consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que queremos conseguir, nuestro objetivo o meta. Se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que queremos conseguir facilita su consecución.

Combinada con cualquiera de las técnicas de relajación, el empleo de la visualización es primordial en cualquier tratamiento de soporte orientado a potenciar los tratamientos contra el cáncer, evitar tanto los efectos nocivos de la enfermedad (el dolor) como los efectos del tratamiento (náuseas, vómitos, fatiga...) y favorecer la recuperación de la salud. Las imágenes que utilicen los pacientes en sus sesiones, para ser eficaces en la modificación del curso del cáncer, deben poseer las ocho características siguientes (Simonton, Matthews- Simonton y Creighton, 1978; citado por Prieto, 2004):

1. Las células cancerosas deben aparecer débiles.
2. El tratamiento médico debe ser visto como fuerte.
3. Las células sanas no tienen dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño.
4. Los glóbulos blancos sobrepasan en número a las células cancerosas.
5. Los glóbulos blancos deben mostrarse en todo momento fuerte y agresivo.
6. Las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin esfuerzo.
7. Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre del cáncer.
8. El paciente debe verse a sí mismo consiguiendo los objetivos que se ha propuesto en la vida, lo cual confirmará en el hecho de que posee poderosas razones para vivir.

Desde la Terapia cognitiva, pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. Según la TRE (terapia racional emotiva); las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones

emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en: su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad. (Prieto, 2004)

De acuerdo a Prieto (2004), la TRE emplea para conseguir su finalidad las siguientes técnicas:

1. Técnicas cognitivas:

a) Entrenamiento en detección de creencias irracionales: se le pide al sujeto que anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad.

b) Técnicas de persuasión verbal: debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que el paciente tiene respecto al cáncer.

c) Entrenamiento en autoinstrucciones: repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia.

d) Distracción cognitiva: invitar al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias invadiendo los pensamientos del paciente (leer, escuchar música, relajarse, etc).

2. Técnicas conductuales:

a) Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: entrenar al paciente en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas orientadas a la superación de determinados problemas como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación.

b) Programación de actividades: promover un aumento de la motivación del paciente.

c) Entrenamiento en resolución de problemas: resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad (conflictos profesionales, matrimoniales, de relación y sexuales).

d) Intervención del rol racional: invitar al paciente a que adopte la postura del terapeuta mientras éste asume el rol del paciente y observar los consejos que en su lugar le daría al enfermo.

e) Exposición a las situaciones temidas: conducir al paciente al enfrentamiento con las situaciones más temidas por él y debatir sobre ellas.

3. Técnicas emotivas:

a) Imaginación racional emotiva: emplear la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por el paciente y lograr su inversión.

b) Técnicas humorísticas: intentar promover la ausencia de dramatismo y reducir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad a través del empleo del sentido del humor.

c) Biblioterapia: ofrecer la lectura de libros como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias.

Abordaje psicológico de los principales problemas que surgen en las personas con cáncer

Transmisión de la información respecto al diagnóstico y pronóstico del cáncer

Existe un debate clásico entre comunicar al paciente el diagnóstico y/o el pronóstico del cáncer o bien, no hacerlo. A juicio de autores como Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008), sugieren tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- La información ha de tener en cuenta la fase en las que se encuentra el paciente. Por ejemplo, un paciente con cáncer de recto puede pasar por fases de hospitalización, biopsia, cirugía, radioterapia; el administrarle información general de todas las fases al comienzo sólo creará confusión y ansiedad, por ello, se ha de ir informando al paciente según sea necesario enfrentarse a cada fase del proceso, a no ser que el propio paciente exija lo contrario.
- Los aspectos que tienen que ver con las características y evolución de la enfermedad deben de ser comunicadas por el médico. Los aspectos más psicológicos serán revelados por el psicólogo.
- La información ha de ser coherente con la información que se transmita posteriormente al mismo paciente y con la proporcionada a los familiares más allegados. Una forma para conseguir de una manera más eficaz este objetivo podría consistir en que siempre sea el mismo profesional el

encargado de transmitir información a ese paciente, prohibiendo que otras personas lo hagan. Otra estrategia podría consistir en proporcionar la información al mismo tiempo tanto al paciente como a sus familiares.

- Averiguar lo que el paciente sabe respecto de su enfermedad para poder adaptarnos a sus conocimientos, estilo de comunicación y lenguaje y para corregir posibles errores con respecto a su dolencia.
- Averiguar lo que el paciente desea saber. En ocasiones los pacientes niegan la situación en la que se encuentran y prefieren olvidar o evitar darse cuenta de su deterioro y otras evidencias de enfermedad.
- En este caso, es conveniente respetar la decisión del paciente y darle sólo la información que solicite, revelándole su derecho a cambiar de opinión o a saber más si lo desea. Se sugiere preguntar directamente al paciente la información que desea que se le transmita.

Una de las preguntas podría ser:

“Si lo que le pasara no fuera nada bueno, no sé si usted es de la clase de personas que les gustaría saberlo todo con respecto a la enfermedad y a lo que le está pasando o si por el contrario, es usted una persona práctica a la que le interesa centrarse en las diferentes alternativas de tratamientos que existen para su caso y dejarse de explicaciones...”

Tener en cuenta que, aunque la información del diagnóstico o pronóstico puede hacerle sentir al paciente una mayor ansiedad inicialmente, normalmente en menos de 2 semanas estos niveles se estabilizan, reducen o eliminan, y tanto los pacientes informados como sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso.

Las náuseas y los vómitos son, para la mayor parte de enfermos de cáncer, los efectos secundarios más molestos de la quimioterapia. Debido a que los medicamentos diseñados para controlar estos desagradables síntomas no son todo lo eficaces que se desearía, la psicología conductual ha realizado un esfuerzo por explicar y tratar estas incómodas consecuencias que se pueden manifestar antes, durante y mucho después de las sesiones de quimioterapia. Uno de los estudios más relevantes en la etiología de estos síntomas fue el llevado a cabo por los investigadores Redd y Andresen en 1981 citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008).

Estos autores describieron las náuseas y vómitos anticipatorios (NVA) como la consecuencia de un condicionamiento clásico pavloviano. Estímulos olfatorios, visuales o de cualquier otro tipo asociado con la quimioterapia pueden producir respuestas tales como náuseas y vómitos en ausencia de fármacos a través del paradigma de condicionamiento clásico. Tras sucesivas asociaciones, dichos estímulos, inicialmente neutros (sin poder emético) adquieren las características de la quimioterapia, esto es, la capacidad de producir náuseas y emesis, hasta producir ellos mismos dichas reacciones. (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008).

Debido a la alteración de la calidad de vida que supone en el enfermo, la elevada incidencia y la persistencia a través del tiempo se hace necesaria la intervención psicológica. También, Burish y Redd (1983 citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008), señalaron la actual superioridad de las estrategias psicológicas sobre las farmacológicas en la disminución de algunos de los efectos secundarios más desagradables de la quimioterapia. Además, estas terapias tampoco dan lugar a algunos de los efectos secundarios de los eméticos que suelen administrarse, como son un intenso efecto sedante y, en algunos niños y ancianos, temblores musculares, rigidez o fatiga.

Por estos motivos, varias técnicas psicológicas han demostrado su eficacia en diferentes investigaciones experimentales (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008):

- Hipnosis: que consiste en administrar sugerencias de relajación profunda y pedir al sujeto que visualice escenas agradables durante la quimioterapia. Se pide al paciente que lo practique fuera de la sesión. Este tratamiento reduce en un 50% la frecuencia de vómitos y ansiedad antes y después de la quimioterapia (Redd, 1989)
- Relajación muscular progresiva con imaginación: consiste en que antes y durante la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva (Bernstein y Berkovec, 1973) e imaginación a escenas relajantes. El psicólogo aplica la relajación durante las 4 primeras infusiones de quimioterapia, después el paciente lo aplica solo y fuera de la sesión. Los datos revelan que esta técnica obtiene una eficacia del 50%.
- Biofeedback-EMG con imaginación: se aplica en múltiples lugares del cuerpo (frente, brazos, pecho.). Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Esta estrategia ha demostrado su eficacia (Carey y Burish, 1988).
- Desensibilización sistemática: se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. La efectividad se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de este procedimiento (Morrow y Dobkin, 1988).
- Técnicas de control atencional: Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico (Redd, 1989). El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida y que dificulta la formación de reacciones condicionadas. Es una intervención muy económica, de fácil administración y muy atractiva para niños y jóvenes. Muestra una eficacia similar a la relajación (Vasterling, 1994).

Al disponer de varias técnicas eficaces, sería importante que los pacientes eligieran el método que más se adapte a sus preferencias personales con el fin de obtener la máxima eficacia terapéutica.

Control del dolor

El dolor es uno de los temas más relevantes para el enfermo de cáncer. Aproximadamente un tercio de los pacientes de cáncer sufre dolores moderados o intensos en el estadio intermedio de la enfermedad, y dos tercios como mínimo experimentan dolor en las fases terminales (Bonica, 1979; citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008). En el origen y sostenimiento del dolor suelen estar implicados aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Es decir, que en la génesis y mantenimiento de todo tipo de dolor, los factores psicológicos juegan un papel muy destacado lo que no implica la inexistencia de una causa orgánica que justifique las quejas del paciente (a no ser que se trate de un dolor psicógeno). Pero incluso en el caso de un dolor con causa orgánica los factores psicológicos son fundamentales.

Según Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008), la etiología del dolor del cáncer puede clasificarse en:

- a) dolor agudo, provocado por las pruebas de evaluación del cáncer y los tratamientos.
- b) Dolor producido por el propio cáncer.
- c) Dolor crónico de origen no maligno.

Para evaluar correctamente el dolor debemos tener en cuenta los siguientes aspectos (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008):

- a) Orgánicos o fisiológicos (intensidad y características del dolor)
- b) Conductuales: actividades realizadas y hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados por el dolor.

c) Cognitivas: patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales en el dolor.

d) Consecuencias: el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social, familiar, de pareja y síntomas afectivos concurrentes.

En concreto, se han realizado programas basados en el condicionamiento instrumental (Fordyce, 1985) que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de queja y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario. Este mismo autor señala que las reacciones aparentes del paciente quejas, gritos, llanto, expresiones faciales de sufrimiento, etc. a las estimulaciones aversivas asociadas a muchos aspectos de enfermedad pueden producirle algunas ganancias tales como una mayor atención, dedicación y amabilidad por parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios, permanecer en cama, etc. Este resultado, de acuerdo con un paradigma de condicionamiento operante, puede fortalecer e incrementar la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor, la cuales pronto pueden llegar a ser emitidas con independencia de que permanezcan presentes las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que les dieron origen (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008).

Por esta razón, una acción puramente farmacológica puede ser inútil o insuficiente para calmar las manifestaciones de dolor de muchos enfermos crónicos. Además, generalmente, se administra el medicamento cuando el enfermo se queja, lo cual puede estar fomentando los comportamientos de dolor y de dependencia psicológica a la droga ya que la sensación de bienestar que sigue a su administración puede convertirse en un reforzador positivo que incremente las manifestaciones futuras de dolor. De acuerdo con esto, el psicólogo que trabaja en este campo deberá informar al médico de que cuando los narcóticos se administran de acuerdo con un programa sistemático y no en función de los comportamientos de dolor, no aparecen signos de dependencia psicológica a la droga. (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008).

Para Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008), los programas que han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo-conductuales, en especial los

programas de inoculación del estrés (Turk y Fernández, 1991) que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor. Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:

1) Educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

2) Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención (con el objeto de disminuir aspectos sensoriales), distracción, imaginación o reinterpretación de sensaciones, graduación de tareas y habilidades sociales (para tratar aspectos motores y afectivos); y resolución de problemas, reestructuración cognitiva (para modificar aspectos cognitivos y afectivos).

3) Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.

4) Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

Aversión condicionada a sensaciones de sabor

La quimioterapia suele producir normalmente algún tipo de aversión a algunos alimentos o sabores. Los seres humanos, al igual que otras especies animales, adquieren aversiones condicionadas a sabores nuevos cuando éstos se consumen antes de la administración de un tratamiento farmacológico que induce trastornos gastrointestinales. El psicólogo puede colaborar en la elaboración de programas para prevenir o para eliminar los rechazos que suelen acompañar a esta enfermedad y propiciando que la persona varíe las comidas que componen sus dietas para evitar el condicionamiento.

Control psicológico de la dieta

De acuerdo con el libro *Eating Hints* editado por el *United States Department of Health and Human Services* (1982; citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008), una correcta alimentación del enfermo de cáncer es importante porque:

1) Los pacientes bien alimentados resisten mejor los efectos secundarios biomédicos, aun administrados a dosis elevadas.

2) Una dieta equilibrada ayuda a mantener vigor, a prevenir la destrucción de algunos tejidos y a reparar con mayor rapidez los tejidos normales que hayan podido ser dañados por los tratamientos.

3) Los pacientes con buenos hábitos alimentarios son menos susceptibles a las infecciones.

4) Cuando una persona está subalimentada, su organismo debe usar sus propias grasas, proteínas y otros alimentos nutritivos para subsistir y, por ello, al no ingerir las sustancias que su cuerpo necesita, pierde peso. Según Bayés (1991; citado por Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas; 2008), la responsabilidad del psicólogo en el ámbito alimentario debería reflejarse, en los siguientes cometidos:

a) Colaborar con el experto en dietética, o con el médico, en el diseño de una dieta que tenga en cuenta las preferencias y rechazos alimentarios del interesado, así como los posibles cambios de gusto que pueda haber introducido la enfermedad o el tratamiento oncológico.

b) Elaborar programas para modificar estas preferencias y rechazos, o las cantidades de alimento ingeridas, si ello fuera necesario.

c) Diseñar estrategias de autocontrol encaminadas a establecer hábitos alimentarios nuevos de forma que las dietas sean observadas sistemáticamente a lo largo del tiempo.

3. Abordaje Psicofarmacológico

Son varios los aspectos a considerar al momento de escoger un fármaco dirigido a las manifestaciones neuropsiquiátricas del cáncer gástrico. Para empezar, hay que situar en qué estadio tumoral se encuentra el paciente. (Snyderman y Wynn; 2009) Luego, determinar cuáles son los síntomas psiquiátricos que aqueja el paciente, y que se busca aliviar. Dentro de los más frecuentes en cáncer gástrico, están la ansiedad y la depresión. (Jackson y Jackson, 2007) Una vez establecido el diagnóstico psiquiátrico, la terapia se debe dirigir específicamente para cada persona, tomando en cuenta su realidad y sus características individuales. (Snyderman y Wynn; 2009)

No existe un fármaco ideal para el paciente con cáncer gástrico, sin embargo, medicamentos que cumplan con las características antes mencionadas, incluyen al citalopram y escitalopram. Cabe mencionar que, aunque no está en la lista de antidepresivos con buen efecto ansiolítico, la mirtazapina es un medicamento a tener en cuenta, dado que existe en una presentación dispersable, y sería útil para pacientes gastrectomizados, además de que se podría aprovechar su efecto sedante y eventual aumento de peso.

Si el paciente no tolera los antidepresivos vía oral, algunos existen en presentación parenteral. Tal es el caso de fluoxetina, amitriptilina e imipramina; pero es difícil encontrar esta presentación. En ese caso, una opción empírica, es utilizar antipsicóticos que cuentan con evidencia de efecto antidepresivo. (Moller, 2005). Dentro de ellos, se encuentran olanzapina, quetiapina y aripiprazole, algunos como la olanzapina cuentan también con presentación parenteral.

4. Terapias alternativas y complementarias

En las terapias alternativas y complementarias se agrupan varias intervenciones con comprobada eficacia terapéutica, pero que no son psicoterapias en sí mismas. Alrededor de los pacientes con cáncer se han realizado diversas actividades con beneficios en la calidad de vida, disminución del dolor y mejoramiento del bienestar percibido. Estos diferentes tipos de terapias aportan de una manera menos convencional al tratamiento de los pacientes con cáncer, pero debido a la limitación de espacio para este artículo no ahondaremos en este tipo de terapias. (Murillo y Alarcón, 2006)

Éstas son (Murillo y Alarcón, 2006):

- Terapia del arte.
- Consejería por teléfono.
- Meditación.
- Religión y espiritualidad.
- Terapias psicosociales.
- Otras terapias alternativas o complementarias: homeopatía, nutrición, bioenergética, hipnoterapia, reflexología, visualización, masaje, acupuntura, yoga, etc.

Discusión

A través de la revisión bibliográfica realizada, se evidencia, que si bien, el término de psiconeuroinmunología y psico oncología son acuñados recientemente, se necesita ahondar más en la investigación ya que son escasos los estudios en el área de intervención a nivel psicológico.

En el caso del campo en psiconeuroinmunología, los pocos estudios son limitados en su acceso, ya que algunos autores del área solicitan la compra de sus artículos, lo cual impide estar a disposición de otros investigadores. Gran parte de los estudios son el área de la fisiología, por lo que, el impacto a nivel psicológico continúa con un pobre sustento teórico, ocasionando que actualmente exista una evidencia bastante

consolidada sobre la relación entre psique y sistema inmunológico. Sin embargo, se desconoce los mecanismos que intervienen entre ambos sistemas.

Queda claro que la persona que padece de un diagnóstico de cáncer gástrico, se ve influido por alteraciones biológicas, psicológicas y sociales, lo cual incide de manera significativa en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Al hacer alusión a factores biológicos, se determina que éstos pueden ser por efecto tumoral y/o inmunológico, repercutiendo en la presentación de manifestaciones neuropsiquiátricas en los pacientes oncológicos. En el caso, de que dichas manifestaciones sean debidas a efectos tumorales, la sintomatología psiquiátrica es consecuencia de los procesos y cambios orgánicos de inflamación, formación de vascularización, metástasis y síndromes paraneoplásicos propios del curso y estadio de la enfermedad crónica.

No obstante, a nivel de inmunológico, es preciso determinar los efectos del estrés sobre el cáncer y efectos del cáncer sobre estados emocionales (depresión) y ansiedad.

De la primera relación (efectos del estrés sobre el cáncer), con las investigaciones existentes, no se puede concluir que los efectos biológicos producidos por el estrés sean los causantes de la génesis de un tumor (aunque se está investigando más sobre ello pero en animales). Lo que sí parece estar claro es que el estrés influye en la respuesta inmunológica, en el desarrollo y progresión del cáncer. Interpretar la enfermedad como una situación de amenaza de la que no se puede escapar (expectativas negativas), produce estrés, lo que perjudica la actividad del sistema inmunológico y por tanto el desarrollo y progresión del cáncer. (Prieto, 2004).

Así mismo, Prieto (2004) refiere que en cuanto a la segunda relación, podemos concluir que el cáncer es una amenaza real y que por tanto la respuesta lógica y adaptativa va a ser el miedo. El problema es que este miedo da paso a una ansiedad de frecuencia exagerada e intensidad desproporcionada con repercusiones psicosomáticas, y por otro lado favorece la aparición de depresión (catastrofismo, triada cognitiva de la depresión....)

Al parecer, los efectos del estrés sobre el cáncer y estados emocionales están asociados a la variable psicológica relacionada con la percepción de autoeficacia del paciente y

que a su vez influye sobre el desarrollo del estrés son las habilidades de afrontamiento que tiene el individuo.

Con relación a las estrategias de afrontamiento, Gavira, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) encontraron en su estudio, que los pacientes de cáncer tuvieron frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos. Señalan que a nivel conductual y emocional, posiblemente hubo alta supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por frecuentes pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad. Los autores comparan sus hallazgos con otras investigaciones, donde manifiestan que en los últimos treinta años numerosos estudios han llegado a definir a un patrón de comportamiento llamado tipo C, referido a la marcada contención emocional que presentaban algunos pacientes aquejados de cáncer. López, Esteve, Ramírez y Anarte (1998; citado por Gavira, Vinaccia, Riveros y Quiceno; 2007), plantearon que este constructo podía estar compuesto de las siguientes dimensiones teóricas: control emocional, represión emocional y comprensión. Partiendo de la idea que el tipo C, podría considerarse como modo de afrontamiento que vendría caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo y la no expresión de dichas emociones, y la capacidad para comprender a los demás, incluso, aunque éstos actúen en contra de los intereses del sujeto.

Pese al aumento de estudios, relacionados con un perfil de personalidad que incida en la predisposición al desarrollo de cáncer. Aún las investigaciones son de índole exploratorios, siendo necesario ampliar la investigación en esta área.

Al parecer, el diagnóstico de una enfermedad física crónica como lo es el cáncer, supone un estresor importante para cualquier individuo. Sin embargo, el desarrollo de sintomatología ansiosa y/o depresiva, en gran parte de los casos está asociado a recursos de afrontamiento deficientes ante los estresores actuales. Lo cual podría desencadenar trastornos adaptativos como respuesta del individuo ante la sobrecarga ambiental. La persistencia de los síntomas adaptativos, podrían generar la presencia de un Trastorno Afectivo y/o Trastorno Psiquiátrico.

En el caso del Trastorno Afectivo Depresivo, Almonacid (2012) reporta como factores de riesgo los siguientes elementos:

Factores de riesgo

- Ser joven
- Ser mujer
- Estar sintomático
- Estar recibiendo tratamiento activo o paliativo
- Aislamiento social
- Pérdidas paralelas al cáncer
- Tendencias al pesimismo
- Presiones socio-económicas
- Enfermedad avanzada con incapacidad asociada
- Deterioro físico significativo
- Historia de alcoholismo u otras sustancias tóxicas
- Enfermedades concurrentes
- Historia previa de trastornos del estado del ánimo o intentos de suicidio
- Dolor pobremente controlado.

Así mismo, esta autora sugiere como tratamiento:

- La administración de psicofármacos cuando este indicada debe ir acompañada del uso de diferentes técnicas psicoterapéuticas.
- Terapias de orientación dinámica: permiten al enfermo explorar aspectos de su vida pasada que influyen en su respuesta y adaptación al cáncer
- Terapias cognitivas: modifican o retan los pensamientos irracionales o negativos que generan o acentúan la tristeza del enfermo.
- Terapias conductuales: proporcionan información y entrenamiento en habilidades concretas que facilitan el afrontamiento.
- La psicoterapia interpersonal: enfatiza el papel que juegan los factores familiares y ambientales en el desarrollo de la depresión, siendo objetivos de la terapia los duelos, la transición de rol, disputas entre roles y los déficits interpersonales.

En el caso del Trastorno de Ansiedad, Almonacid (2012) refiere que los tipos de ansiedad más frecuente, son:

- Ansiedad reactiva: Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso

- Trastorno de ansiedad preexistente
- Ansiedad asociada a la enfermedad o tratamientos: síndromes de ansiedad con una base orgánica, medicaciones que la incrementa (corticoides etc.)

Mientras que las fases en las que se incrementa la ansiedad, se destaca:

- Diagnostico
- Realización de pruebas medicas
- Espera y recepción de resultados
- Inicio de quimioterapia
- Fechas que marcan aniversarios de eventos relacionados con la enfermedad (fecha del diagnostico, fecha de la amputación de la mama, etc.)
- Fase terminal: dolor mal controlado, anticipación de deterioro, incapacidad y sufrimiento, problemas familiares o económicos.

Almonacid (2012) sugiere que el tratamiento debe ser multicomponente, donde se incorpore:

- Administrar y cuidado de forma adecuada la información según los deseos y necesidades del paciente utilizando el counseling como herramienta terapéutica
- Entrenamiento en técnicas de relajación y otras técnicas conductuales
- Medicación en casos necesarios
- Psicoterapias de apoyo: aquellas con una orientación mas explotaría pueden facilitar la identificación de fuentes de ansiedad, problemas y temores.

En el caso de los Trastornos Mentales Orgánicos, Almonacid (2012) refiere que incluyen los siguientes diagnósticos:

- Delirium (el más común)
- Demencias
- Trastornos del estado de animo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de personalidad

Los pacientes más susceptibles a desarrollar trastornos mentales orgánicos, podrían contar con las siguientes características (Almonacid, 2012):

- Largos ingresos por tratamiento o complicaciones
- Enfermedad avanzada
- Edad avanzada
- Metástasis cerebrales
- Radioterapia holocraneal
- Alcoholismo previo
- Patología dual
- Politoxicómanos

Dentro de las causas frecuentes de delirium y demencia, se encuentran:

- Tumor cerebral primario
- Encefalopatía metabólica secundaria a fallo de algún órgano
- Alteraciones en electrolitos
- Efectos secundarios de la administración de esteroides
- Efectos secundarios de la radioterapia
- Efectos secundarios de la administración de narcóticos, anticolinérgicos y antieméticos
- Infecciones
- Alteraciones hematológicas
- Desnutrición
- Síndromes paraneoplásicos

El Tratamiento que recomienda Almonacid para estos casos, cuenta con:

- La detención temprana de los síntomas adoptando las medidas terapéuticas más adecuadas, cambios bruscos en el comportamiento del paciente suelen sugerir organicidad
- Introducir cambios en el entorno para aumentar la seguridad del paciente.

Para mejorar la orientación del paciente:

- Orientarlo frecuentemente en tiempo y espacio
- Mantener la habitación bien iluminada durante el día con un pequeño foco de luz por la noche

Para incrementar la sensación de seguridad y compensar las deficiencias en la memoria:

- Facilitar al paciente el reconocimiento de sus seres queridos y del personal sanitario habitual explicando con claridad lo que está ocurriendo
- Repetirlo tantas veces como sea necesario
- Suele ser necesario el tratamiento farmacológico (generalmente antipsicóticos)

En el caso de síntomas severos o agitación es importante garantizar la seguridad del enfermo.

- Puede ser necesaria una consulta al servicio de Neurología.
- Pedir la presencia de un familiar o acompañante.
- Ubicar al enfermo cerca del control de enfermería.

Lo anterior sugiere, que la vulnerabilidad del individuo para el desarrollo de cualquier patología psiquiátrica puede estar asociada a factores psicológicos y factores biológicos (incluyendo predisposición genética en base a la historia de patologías familiares).

La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el *locus* de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con cáncer lograr tener salud y por ende bienestar psicológico. (Gavira, Vinaccia, Riveros y Quiceno; 2007).

Precisamente, el objetivo principal de la intervención expuesta en el trabajo debe ser mejorar la calidad de vida en el paciente.

Con la intervención propuesta los objetivos que conseguimos son los siguientes (Prieto, 2004):

a. Prevenir la aparición de la enfermedad a través de un proceso educacional en poblaciones de alto riesgo y la eliminación de las conductas manifiestas que incrementan la probabilidad de aparición de cáncer (p.e. fumar, alimentación...).

b. Facilitar la adherencia al tratamiento (tanto al médico como al psicológico) motivando al paciente, dándole información real y ajustada sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, los beneficios y por tanto consiguiendo así ajustar sus expectativas y reducir el estrés.

c. Promover un papel activo del paciente en el tratamiento, aumentando así sus expectativas de autoeficacia y resultado.

d. Proporcionarles estrategias (cognitivas, conductuales, emocionales y sociales) para el manejo de la ansiedad, depresión y efectos secundarios, mejorando así su calidad de vida.

e. Conseguir un mejor aprovechamiento del apoyo familiar y sanitario.

f. Realizar un trabajo interdisciplinar que va a favorecer el ajuste psicológico del paciente a la enfermedad.

Queda claro que la intervención psicofarmacológica, así como el abordaje psicoterapéutico, son particularmente diferentes en los pacientes con cáncer y, en el caso que atañe ahora, en aquellos que padecen cáncer gástrico.

La omisión de cuestiones fundamentales, que podrían parecer perogrulladas, llevaría a un abordaje ineficiente y más doloroso para el paciente. Lo primero es establecer en qué estadio del cáncer gástrico se halla la persona. Ya este primer paso marcará la diferencia en cuanto al acercamiento terapéutico. Pacientes con cáncer gástrico en estadio IV, tienen un pronóstico reservado, con respecto a aquellos en estadios menores. Si el diagnóstico en esta fase es tardío, se ensombrece aún más el panorama, tanto desde el punto de vista farmacológico, como psicoterapéutico. El éxito del abordaje dependerá, de modo sustancial, de un adecuado y temprano diagnóstico.

Una vez establecido el diagnóstico, es mandatorio recordar que los pacientes portadores de cáncer gástrico tendrán una serie de particularidades, que habrá que tener en cuenta durante todo el proceso terapéutico. Aspectos como las condiciones fisiopatológicas que

pueden agravar y/o perpetuar el cuadro, son de relevancia. Así, siempre deberá mantenerse monitoreo de cuestiones como: hemoglobinemia y hematocrito, metástasis a distancia (punto clave del estadio IV), desequilibrios hidroelectrolíticos, estado inflamatorio, comorbilidades, entre otros. Todos estos pueden provocar, per se, síntomas psiquiátricos y, desde luego, empeorar los ya provocados por otras causas. Considerar, por ejemplo, que la depresión en pacientes con cáncer gástrico es debida sólo a la noticia del padecimiento, es totalmente reduccionista. Como se mencionó, la depresión puede ser un síntoma de la anemia (una causa más fácilmente corregible y superable que las etapas del duelo).

Sobre la aproximación al cáncer gástrico desde la perspectiva psicooncológica, un tema básico es la aplicación de estrategias que contemplen la realidad costarricense. Sobre este punto, y luego de revisar las publicaciones que existen al respecto, se propone lo siguiente:

- ◆ Inclusión del delirium como causa frecuente de manifestaciones psiquiátricas en este grupo de pacientes, más allá de las razones meramente psicodinámicas.
- ◆ Asignación de profesionales en Psicología y Psiquiatría dentro de los servicios oncológicos. No sólo como interconsultantes lejanos, sino como parte constitucional del equipo que discute, intercambia impresiones y opiniones, hace propuestas basadas en evidencia; de modo que la conducta terapéutica elegida sea realmente interdisciplinaria.
- ◆ Inclusión de los pacientes candidatos a gastrectomía por cáncer gástrico, en un programa de psicoterapia.
- ◆ Tener claro, que existen síntomas psicopatológicos, que corresponden a un proceso de adaptación a la enfermedad y nuevos estilos de vida, que no necesariamente corresponden a un Trastorno determinado.
- ◆ Abordaje psicoterapéutico basado en dos modalidades de trabajo paralelas (individual y familiar), programado semanalmente, con una duración de 2 horas y un máximo de 6 a 10 sesiones, en donde el equipo interdisciplinario se traslade a la residencia del usuario a brindar seguimiento.
- ◆ A nivel de las intervenciones individuales, éstas podrían ser basadas en técnicas de *counselling* y técnicas cognitivo conductuales integradas para el manejo de la aceptación de la enfermedad con el usuario.

- ◆ Mientras que a nivel de intervenciones familiares, se pretende abordar mediante un enfoque sistémico la dinámica familiar, con el objetivo de:
 - Fortalecer la red de apoyo
 - Mejorar la dinámica familiar, mediante adecuados patrones de interacción
 - Favorecer el proceso de aceptación de enfermedad-muerte entre usuario y familiares.
- ◆ Promover calidad de la muerte al usuario.

Conclusiones

El cáncer gástrico se ve influido por alteraciones biológicas (por efecto tumoral y por efecto inmunológico), psicológico y sociales incidiendo en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

El estrés mediante diferentes tipos de estímulos con vías y neurotransmisores exclusivos pueden generar diferentes efectos inmunológicos predisponiendo a la enfermedad. No obstante, no se puede concluir que los efectos biológicos producidos por el estrés sean los causantes de la génesis de un tumor.

Conocer los efectos adversos del estrés, es útil para comprender mejor el impacto de las interacciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la prevención y tratamiento.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer podría desencadenar sintomatología ansiosa y depresiva como reacciones adaptativas. Sin embargo, la evolución de dicha sintomatología va a depender de los recursos de afrontamiento personales positivos del usuario y la psicopatología previa al diagnóstico de la enfermedad física.

Si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión o ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas con cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación.

El estado emocional se relaciona directamente con las fases de aceptación de la enfermedad (Negación, Enojo, Depresión, Reconciliación y Aceptación).

El diagnóstico del cáncer y su tratamiento produce fluctuaciones en las fases psicológicas de aceptación de la enfermedad.

No todos los pacientes con cáncer gástrico requerirán medicación antidepresiva.

En cuanto al abordaje psicológico, es importante que se les comunique a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales.

Y una pronta intervención en estos pacientes y sus familiares, podría producir un impacto en su calidad de vida.

Es necesario ampliar los estudios correspondientes al área de psiconeuroinmunología, dónde se logre evidenciar los mecanismos que intervienen en la relación del área psicológica y sistema inmune.

A la vez, es necesario realizar protocolos de intervención a nivel psicoterapéutico con pacientes en las distintas fases de la evolución de su enfermedad, con la finalidad de abordar los principales conflictos y necesidades esperadas para las etapas del cáncer, así como, establecer pautas de acompañamiento para familiares que se encuentran en el proceso de duelo.

Bibliografía

Almonacid, V. (2012). Psico oncología. En *Manual del Residente en Psicología Clínica* (págs. 725-736). España: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.

Barguill, M. (2003). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento al estrés y autoeficacia percibida en pacientes operados por cáncer gástrico que asisten al Centro de Detección Temprana de cáncer Gástrico, Hospital Max Peralta, Cartago. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Barrantes, T. (2009). Principales causas de cáncer atendidos en un Centro Hospitalario Costa Rica. *Revista Costarricense Salud Pública* .

Breitbart, W., & Alici, Y. (2009). Psycho-Oncology. *Harv Rev. Psychiatry* , 361-376.

Butler, L., Koopman, C., Cordova, M., Garlan, R., Dimiceli, S., & Spiegel, D. (2003). Psychological Distress and Pain Significantly Increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosom Med* , 416-426.

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y Cáncer: ansiedad y depresión. *Psicooncología* , pp. 71-80.

Cao, L., Xianglan, L., L., E. J., Chuanson, W., Eugene, C., & Veronique, R. e. (2010). Environmental and genetic activation of a brainadipocyteBDNF/leptin axis causes cancerremission and inhibition. *Cell* , 54-64.

Chaturvedi, S., & Venkateswaran, C. (2008). New research in psychooncology. *Curr Opin Psychiatry* , 206-210.

Cleeland, C., Bennett, G., Dantzer, R., Dougherty, D. A., & Meyers C, e. a. (2003). Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokineimmunologic model of cancer symptoms. *Cancer* , 2919-2995.

Constanzo, E., Soos, A., & Lutgendorf, S. (2011). Bio behavioral Influences on Cancer Progression. *Immunol Allergy Clin* , 109-132.

- Dantzer, R., Meagher, M., & Cleeland, C. (2012). Translation approaches to treatment-induced symptoms in cancer patients. *Nat Rev Clin Oncol* , 414-426.
- Demaria, S., E., P., Karin, M., Coussen, L., Chen, Y., El- Omar, E., y otros. (2010). Cancer and Inflammation: Promise for Biological Therapy. *Immunother* , 335-351.
- Edelman, S., Craig, A., & Kidman, A. (2000). Can Psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *Psychoman Res* , 149-156.
- Espinoza, C., Blanco, V., & Ramírez, R. (2011). Resultado para el desarrollo de un manual de autoayuda: Manejo del estrés en familiar con un caso de cáncer gástrico. *Revista Ciencias Sociales* , 13-26.
- Espinoza, C., Blanco, V., & Ramírez, R. (2011). Resultados para el desarrollo de un manual de autoayuda: Manejo del estrés en familias con un caso de cáncer gástrico. *Rev. Ciencias Sociales* , 13-26.
- Fors, M. Q. (1999). La psiconeuroinmología, es una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana Investigación Biomedica* , 49-53.
- Garofalo, J., & Baum, A. (2001). Neurocognitive sequelae of cancer therapies. *Curr Opin Psychiatry* , 575-583.
- Gavira, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Revista Psicología desde el Caribe* , 1-26.
- Hicks, D., Cummings, Y., & Epstein, A. (2010). Approach to the patient with anxiety. *Med Clin N Am* , 1127-1139.
- Holland, J. d.-M. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología* , pp 196-206.
- Loría, L. (s.f). Aciertos y desaciertos en la atención integral de la persona que sufre cáncer. Memoria del Congreso Nacional de Psicooncología. . *Fundación Nacional Pro-Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos* , 11-15.
- Lutgendorf, S., & Sood, A. (2011). Bio behavioral Factors and Cancer Progression: Physiological Pathways and Mechanisms . *Psychoma Med* , 724-730.

- Moller, H. (2005). Antidepressive effects of traditional and second generation antipsychotics: a review of the clinical data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 83-93.
- Mora, D. (2003). Evaluación de algunos aspectos epidemiológicos y ecológicos del cáncer gástrico en Costa Rica. *Revista Costarricense Salud Pública* , 12-21.
- Mora, D., Chamizo, H., & Mata, A. (2007). Cáncer gástrico en Costa Rica: ¿existe o no la relación con la cloración del agua para el consumo humano. *Revista Costarricense de Salud Pública* .
- Murillo, M. y. (2006). Tratamiento Psicosomático en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 92-111.
- Nelson, R. (1996). *Psicoendocrinología: Las bases hormonales de la conducta*. Barcelona, España: Editorial, Ariel, S.A.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. Mexico: Thomson.
- Ornella, R., & Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista Psicol Trujillo* , 59-73.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Amigo, I. (2010). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- Peréz, N., & E, L. (2011). Hiponatremia en oncología. *Nefrología Sup Ext* , 6-61.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* , 107-120.
- Pulgar, M., Garrido, S., Muela, J., & Reyes del Paso, A. (2009). Validación de un Inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología* , 167-190.
- Ramos, V. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre el sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica* , 115-142.
- Rivero, R., Piqueros, J., Ramos, V., García, J., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Revista Suma Psicológica* , 171-198.

- Roth, A. y. (2003). Principios de oncología psicosocial. En P. Rubin, *Oncología Clínica* (págs. 220- 254). Barcelona, España: ELSERVIER SCIENCE.
- Rubin, P., Williams, J., Okunieff, P., Rosenblatt, J., & Sitzman, J. (2003). Situación del problema oncológico clínico. En P. Rubin, *Oncología Clínica* (págs. 1-32). Barcelona, España: ELSEVIER SCIENCE.
- Sirera, R., Sánchez, P., & y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *psicooncología*. , 35-48.
- Skarstein, J., Bjelland, I., Dahl, A., Laading, J., & Fossa, S. (2005). Is there an association between haemoglobin, depression and anxiety in cancer patients. *Psychosom Res* , 477-483.
- Snyderman, D., & Wynn, D. (2009). Depression in cancer patients. *Prim Care Clin Office Pract* , 703-719.
- Solomon, G., & Moss, M. (1964). Emotions, immunity and disease: a speculative theoretical integration. *Archive of General Psychiatry* , 657- 674.
- Solomon, G., & Moss, R. (1965). The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine* , 350-360.
- Svedlun, J., Sullivan, M., Liedman, B., & Lundell, L. (2005). Relationship of tumor burden and patient's minimization of distress in facing surgery for gastric cancer. *Psyshomatics* , 233-243.
- Zamora, F., Anzola, D., Albis, R., Ballesteros, M., & Sánchez, R. (2008). ¿Cómo se ha evaluado la calidad de vida en pacientes con cáncer gástrico sometido a tratamiento quirúrgico? *Revista Colombiana Cancerol* , 192-21