

## UNA FOBIA ESPECÍFICA AL CÁNCER EN UN PARTICIPANTE EN CONSEJO GENÉTICO ONCOLÓGICO

Helena Olivera

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

### Resumen

El Consejo Genético en Oncología es una herramienta fundamental para la prevención y detección precoz del cáncer. Si bien se trata de un proceso que pretende beneficiar a los participantes que acuden a las Unidades especializadas, en ocasiones puede suponer un impacto psicológico negativo, derivado de la elevada percepción del riesgo de desarrollar cáncer que presentan estas personas tras la vivencia del diagnóstico oncológico de familiares cercanos.

Se presenta el caso de un participante en Consejo Genético con un diagnóstico de fobia específica al cáncer. Se llevó a cabo la evaluación mediante entrevista semiestructurada y cuestionarios (STAI y BDI). En el plan de tratamiento se incluyeron las siguientes técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, respiración diafrágica, parada de pensamiento, tareas distractoras, exposición en imaginación y en vivo a estímulos temidos, planificación de actividades, habilidades de comunicación y reconocimiento y expresión de emociones. Los resultados obtenidos tras 6 sesiones de tratamiento indican una reducción en el nivel de ansiedad del paciente, así como una mejora en su estado de ánimo, lo que avala la utilidad de las técnicas empleadas para la consecución de los objetivos propuestos.

**Palabras clave:** Consejo genético, oncología, fobia, cáncer.

### Abstract

Genetic Counseling in Oncology has become an important tool for cancer prevention and early detection. The process tries to benefit people who attend specialized Units, but it can suppose a negative psychological impact due to the high risk perception of participants after the experience of oncological diagnosis of near relatives.

A case of cancer phobia of a Genetic Counseling participant is exposed. A semistructured interview and STAI and BDI questionnaires were used for the assessment. The intervention techniques included on treatment plan were: psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation, exposure, planning of activities, social skills training and emotion recognition and expression. Results obtained after 6 sessions showed a reduction on anxiety levels and an improvement on mood state. The utility of this techniques is guaranteed for the aims proposed with the patient.

**Keywords:** Genetic counseling, oncology, phobia, cancer.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente varón de 36 años, casado y con un hijo de 3 años. Acude a la Unidad de Consejo Genético del Hospital Clínico San Carlos remitido por el Servicio de Digestivo del Hospital para valorar su posible sus-

ceptibilidad de padecer cáncer hereditario tras el diagnóstico oncológico de varios familiares.

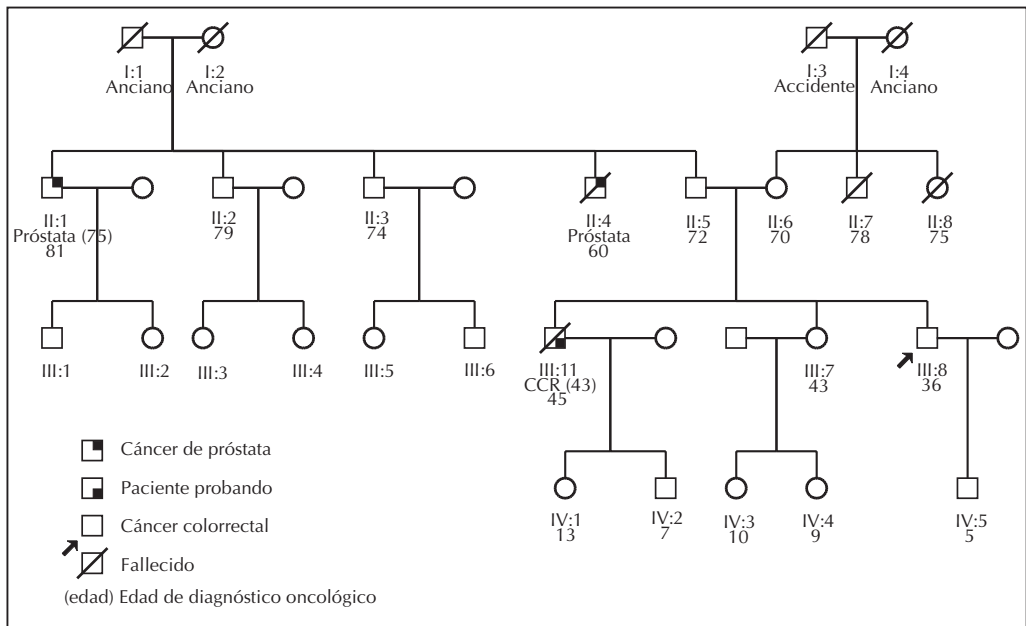
Se llevó a cabo la evaluación que se utiliza de forma estandarizada con cada paciente que acude por primera vez a esta consulta. En primer lugar se recoge la historia familiar en un genograma (ver figura 1) y posteriormente se recogen los datos personales y clínicos más relevantes del paciente.

Como se puede observar en el genograma, dos de sus tíos paternos fueron diagnosticados de cáncer de próstata, fallecido uno

### Correspondencia:

Revista de Psicooncología  
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid  
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid  
E-mail: [psicooncologia@psi.ucm.es](mailto:psicooncologia@psi.ucm.es)

Figura 1. Genograma



de ellos tras el diagnóstico a la edad de 60 años y otro diagnosticado a los 75 años, que en la actualidad tiene 81. Como caso más cercano destaca uno de sus hermanos, el cual fue diagnosticado de un cáncer colorrectal con 40 años y falleció con 43.

Como datos clínicos personales el paciente refiere padecer asma desde la infancia, y hace un año, coincidiendo con el fallecimiento de su hermano, fue diagnosticado de síndrome de intestino irritable.

Tras la recogida de datos se informa al paciente de que no presenta indicios de predisposición a cáncer hereditario, por lo que no son necesarias en su caso recomendaciones adicionales a las que se realizan para el resto de la población de su edad como medidas preventivas del cáncer colorrectal. Sin embargo, durante la evaluación y la posterior información se detecta en el paciente un elevado nivel de ansiedad relacionado con la enfermedad, que se ha visto agravado, según refiere, tras el fallecimiento de su hermano. Por este motivo el paciente fue derivado para valoración y asesoramiento psicológico, datos que se

muestran de forma más detallada a continuación.

## EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Durante la primera entrevista el paciente refiere sentirse “un poco obsesionado” con el tema de la enfermedad, “lo pienso constantemente”. Este hecho le produce un nivel de ansiedad muy elevado, que se acentúa durante la noche y le está generando problemas de sueño. Manifiesta que en numerosas ocasiones se sorprende pensando “voy a tener la misma enfermedad que mi hermano”, hecho que le hace sentirse “angustiado” y presenta sentimientos de “miedo a padecerlo”, y de incapacidad “no lo puedo controlar”.

Manifiesta que nunca había padecido problemas de estómago, hasta la enfermedad de su hermano. En el periodo posterior al diagnóstico de su hermano, comienza a experimentar molestias intestinales, y tras un periodo de pruebas médicas es diagnosticado de *Helicobacter Pylori*. A partir de

este momento inicia un tratamiento médico. En 2004 le es practicado un enema opaco como consecuencia de una serie de molestias digestivas. Tras esta prueba es diagnosticado de síndrome de intestino irritable.

A partir de este diagnóstico comienza a presentar un miedo intenso a padecer la enfermedad, focalizando la atención en las sensaciones físicas que presenta, lo que genera hipervigilancia ante cualquier cambio que experimenta. Ante estos cambios aparecen pensamientos anticipatorios catastróficos relacionados con la aparición de la enfermedad, del tipo "me va a pasar lo mismo que a mi hermano, voy a tener lo mismo que él", "tengo un cáncer de colon y me moriré igual que mi hermano".

Este tipo de pensamientos generan un aumento en el nivel de ansiedad del paciente y un intenso malestar.

Según refiere, tras el fallecimiento de su hermano pensó que el problema desaparecería, ya que lo atribuía a la enfermedad de éste. Sin embargo las preocupaciones en torno a la enfermedad se mantuvieron, e incluso llegó a presentar imágenes intrusivas relacionadas con el hecho de estar enfermo "todo relacionado con la enfermedad, que yo pudiera tener cáncer y no fuera capaz de darme cuenta". La preocupación por la enfermedad en el momento de acudir a consulta psicológica se ha generalizado de tal forma que ante palabras u otros objetos que no tienen ninguna relación con el cáncer detecta "señales" que le recuerdan a la enfermedad, provocando un nivel muy elevado de ansiedad. Como ejemplo cabe destacar las palabras que, sin tener ninguna relación, tienen un comienzo similar al de la palabra "cáncer", como "canciller" o "canción", o palabras que pueden asociarse a la enfermedad, como "extensión" o "ramificación", palabras que asocia con la progresión de la patología. Otros aspectos sin relación le recuerdan a la enfermedad: "un punto negro en un mapa me recuerda a un tumor, cuando me como un filete y veo que tiene alguna mancha negra creo que es cancerígeno y si me

lo como desarrollaré la enfermedad". El nivel elevado de ansiedad que le producen los pensamientos relacionados con la enfermedad le ha llevado a evitar cualquier situación o aspecto que pueda recordarle a este tema. Por ejemplo, refiere evitar escuchar la radio porque en ocasiones ha oído palabras que sonaban igual que "cáncer". Ha decidido eliminar el consumo de carne de su dieta debido a la creencia de que puede producir cáncer.

El paciente comenta que este problema le repercute en su vida diaria, ya que ha comenzado a experimentar problemas de sueño derivados del aumento de la preocupación por la enfermedad durante la noche, ya que "cuando me acuesto me vienen a la cabeza ideas relacionadas con la enfermedad, con el hecho de que estaré muy enfermo y todo será horrible, mi mujer se quedará sola, todo irá mal". Estas dificultades disminuyen sus horas de sueño, así como la calidad del mismo, lo que considera que está produciendo una disminución de su capacidad de concentración en el trabajo, "y estoy incluso menos ilusionado con mi trabajo". Además refiere que se encuentra "más irritable", y este hecho ha llegado a producir problemas en la vida familiar y de pareja.

Cuando se le pregunta acerca del apoyo social con el que cuenta, refiere que su principal fuente de apoyo es su mujer, y considera que ha sido fundamental en este periodo, ya que considera que es una persona muy optimista y eso le ha ayudado a mantener la esperanza, aun sabiendo que el problema que presentaba su hermano no tenía un tratamiento curativo. Sin embargo, no ha sido capaz de comentar con ella las preocupaciones en torno al cáncer que presenta a raíz de este periodo, "por miedo a que piense que soy demasiado sensible, a que soy una persona débil, y seguro que eso no le gusta", "puede afectar a nuestra relación y puede aportar problemas a la pareja". Tampoco lo ha comentado con otros familiares o allegados porque "hay muchas cosas que no entenderían".

En varias ocasiones ha acudido al médi-

co como consecuencia de los niveles de ansiedad derivados del problema. En todas las ocasiones le han comentado que su problema es consecuencia de su nivel de ansiedad, sin embargo nunca ha sido remitido para su valoración psiquiátrica o psicológica, y no se le ha recetado un tratamiento farmacológico para disminuirlo.

Este problema se mantiene durante 9 meses después del fallecimiento de su hermano, momento en que decide acudir a la Unidad de Consejo Genético y se realiza la valoración psicológica. El paciente refiere que su objetivo es poder dejar de pensar en la enfermedad “no obsesionarme tanto, vivir más tranquilo sin tener que estar constantemente centrado en lo mismo”. Él se considera una persona débil, “me afectan las cosas más que a los demás, me tomo las cosas más a pecho y creo que eso me debilita”, por lo que refiere que le gustaría aprender a tener un afrontamiento de las situaciones más adecuado, sin que éstas le supongan un nivel elevado de ansiedad constante.

Tras la primera entrevista se le aplicaron al paciente dos cuestionarios, dirigidos a evaluar el nivel de ansiedad del paciente, así como su estado de ánimo. Como medida para evaluar el nivel de ansiedad se utilizó el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R)*<sup>(1)</sup>. En la escala Rasgo, el paciente obtuvo una puntuación directa de 18 (puntuación centil de 40), mientras que en la escala Estado obtuvo una puntuación directa de 17 (correspondiente a una puntuación centil de 40). El instrumento utilizado para evaluar el estado de ánimo fue el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*<sup>(2)</sup>, obteniendo una puntuación directa de 8, que indica la ausencia de depresión en el paciente.

Tras las sesiones de evaluación llevadas a cabo con el paciente se estableció el siguiente diagnóstico según criterios DSM-IV-TR:

**Eje I:** F40.2 Fobia Específica al cáncer

**Eje II:** Z03.2 Ausente

**Eje III:** Síndrome de intestino irritable

**Eje IV:** Ninguno

**Eje V:** EEAG 70

## Formulación del caso

El paciente ha estado expuesto al diagnóstico oncológico de varios familiares en los últimos años. En concreto, el diagnóstico de su hermano y la evolución de su enfermedad hasta el fallecimiento han supuesto para él un fuerte acontecimiento estresante. Durante la enfermedad de su hermano el paciente ha sido diagnosticado de un síndrome de intestino irritable, afectación de la que se desconoce la causa orgánica y sobre la que los factores psicológicos y conductuales juegan un papel muy relevante.

El estilo de afrontamiento rumiativo del paciente, la historia oncológica familiar, así como la aparición de síntomas somáticos han originado en él creencias disfuncionales en torno al desarrollo de la enfermedad. Estas cogniciones están relacionadas con una mayor vulnerabilidad a padecer cáncer y a que un diagnóstico oncológico se convertirá en algo inevitable para él.

Por este motivo, el paciente desarrolla una hipervigilancia ante cualquier síntoma físico u otro aspecto que pueda estar relacionado con este posible diagnóstico, por lo que aumentan los pensamientos sobre la inevitabilidad de que será diagnosticado de cáncer, y comienzan a aparecer de forma intrusiva en la vida diaria del paciente. Todos estos factores generan un aumento en el nivel de activación fisiológica del paciente y alimentan la hipervigilancia ante diversos estímulos.

El paciente comienza a generalizar estas preocupaciones por el desarrollo de la enfermedad, presentando respuestas de ansiedad bruscas e intensas ante estímulos neutros, como son estímulos visuales o gramaticales. A partir de este condicionamiento y de las respuestas de ansiedad que se desencadenan, el paciente experimenta un aumento del miedo a la enfermedad y de la preocupación por la misma, por lo que comienza a emitir conductas de evitación: evita decir palabras que se parezcan a “cáncer”, evita escuchar la radio porque pueden hablar de la enfermedad o decir alguna palabra que se parezca, evita comer carne porque piensa que puede producir cáncer,

evita hablar de cualquier aspecto que le recuerde a la enfermedad y evita hablar de su hermano. A pesar de que esta evitación le facilita la disminución del nivel de ansiedad también contribuye a una disminución considerable para él de sus actividades diarias, que conlleva un empeoramiento de las relaciones sociales, familiares y de pareja, así como una disminución de su estado de ánimo derivado de su percepción de incapacidad de hacer frente a esta situación.

Las dificultades de comunicación que presenta el paciente, así como la falta de habilidades para el reconocimiento y expresión de emociones, han contribuido a un aumento de su nivel de ansiedad, ya que se siente "incapaz" de comentar el problema con nadie.

En la figura 2 se expone el modelo explicativo del caso.

A partir de la evaluación llevada a cabo se estableció la necesidad de iniciar un tratamiento psicológico. La frecuencia de las sesiones fue establecida de forma semanal inicialmente, y posteriormente se pasó a una periodicidad quincenal. La duración de las sesiones fue de una hora y media.

## Objetivos del tratamiento

- **Facilitar la comprensión del problema:** mediante psicoeducación, centrada especialmente en 3 aspectos: a) el síndrome de intestino irritable y las posibles implicaciones de los aspectos psicológicos y conductuales en su mantenimiento y desarrollo, b) el cáncer, los factores de vulnerabilidad y riesgo ante la enfermedad y c) la ansiedad.
- **Disminuir el nivel de activación fisiológica:** mediante el entrenamiento en técnicas de desactivación, como la respiración diafragmática.
- **Eliminar las creencias erróneas e ideas irracionales en torno al cáncer:** mediante la utilización de un entrenamiento en reestructuración cognitiva.
- **Disminuir las dificultades para conciliar el sueño:** mediante la utilización de parada de pensamiento y

tareas distractoras, ya que estas dificultades aparecen únicamente cuando están presentes los pensamientos en torno a la enfermedad.

- **Eliminar el miedo ante los estímulos relacionados con la enfermedad:** se utilizará la exposición gradual a dichos estímulos durante la sesión, mediante la utilización de tarjetas con palabras e imágenes, así como una exposición en imaginación a situaciones relacionadas con la enfermedad.
- **Mejorar el estado de ánimo:** facilitar la realización de actividades agradables, así como fomentar la reanudación de las actividades que realizaba en el pasado y ha abandonado a raíz del problema.
- **Mejorar la comunicación:** se llevará a cabo un entrenamiento en habilidades de comunicación, así como en el reconocimiento y expresión de emociones, con el objetivo de mejorar las relaciones sociales, familiares y de pareja.

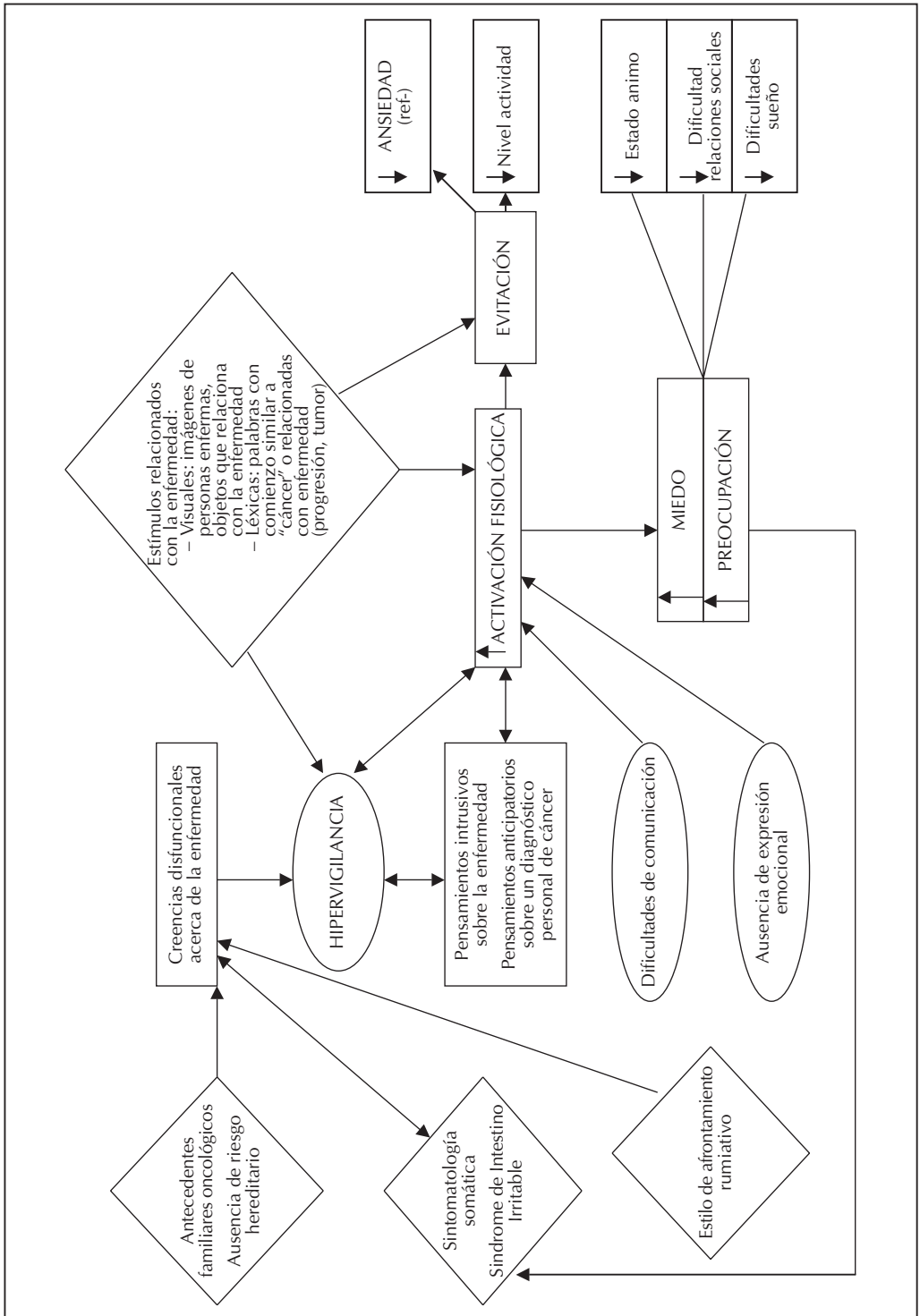
## Planificación de la intervención

Hasta el momento actual se han llevado a cabo 7 sesiones con el paciente. A continuación se describe el contenido de las sesiones de evaluación y tratamiento psicológico:

### 1ª sesión

- **Evaluación del problema,** mediante la utilización de una entrevista clínica semiestructurada y la aplicación de los 2 cuestionarios previamente citados.
- **Tareas para casa:** se facilitó al paciente un autorregistro en el que debían figurar los pensamientos relacionados con la enfermedad aparecidos durante la semana, cómo le hicieron sentir dichos pensamientos, así como las estrategias utilizadas para hacer frente a esta situación. Respecto a las dificultades a la hora de conciliar el sueño, se pidió al paciente que registrara el tiempo que

Figura 2. Modelo explicativo



tardaba en conciliar el sueño una vez acostado, así como el número de horas que conseguía dormir y la calidad de este sueño, de forma que se pudiera evaluar la magnitud de esta dificultad para dormir.

## 2ª sesión

- *Psicoeducación* relacionada con el síndrome del intestino irritable (SII), repasando las causas que lo desencadenan y haciendo hincapié en que puede estar influido por situaciones de estrés. Se dieron una serie de pautas acerca del cuidado y alimentación necesarios para la mejora del problema que sirven de recuerdo, ya que el paciente ha acudido al Servicio de Digestivo y le han ofrecido orientación frente al problema.
- *Revisión de tareas para casa.* El paciente refiere que le ha resultado difícil registrar los pensamientos, ya que se trata de ideas muy rápidas y repentinas. Comenta que los pensamientos no han estado centrados en el tema de la muerte, sino en el posible deterioro que sufriría con la enfermedad. Aparece con más frecuencia una respuesta intensa de ansiedad ante palabras que él relaciona con la enfermedad, como son *canciller*, por el parecido semántico, o *química*, que le recuerda al tratamiento de quimioterapia. Refiere que ha decidido dejar de comer carne porque puede hacer que desarrolle la enfermedad “esas manchitas que a veces tiene la carne me recuerdan a la enfermedad, y además todo el mundo dice que la carne no es buena”.
- *Reestructuración cognitiva:* tras la revisión de los pensamientos registrados se explica al paciente el funcionamiento de la reestructuración cognitiva, con el objetivo de iniciar un entrenamiento que le permita identificar qué tipo de pensamientos son negativos y cómo puede aprender a trabajarlos.

- *Tareas para casa:* se le proporciona un registro en el que deberá ir anotando todos aquellos pensamientos negativos relacionados con la enfermedad que le suponen un elevado nivel de ansiedad.
- *Parada de pensamiento y utilización de tareas distractoras:* se observó que únicamente aparecían dificultades de sueño relacionadas en aquellas ocasiones en que aparecían pensamientos negativos en torno a la enfermedad. Por este motivo se dieron pautas al paciente acerca de la parada de pensamiento y posterior utilización de tareas distractoras como actividades incompatibles.

## 3ª sesión

- *Revisión de tareas para casa:* las tareas para casa el paciente refiere que han sido “muy numerosos” los pensamientos que han aparecido durante la semana. Los más frecuentes se referían a la posibilidad de desarrollar un cáncer y a la preocupación por su hija en el caso de que estar enfermo: “tendré un cáncer seguro, me moriré como mi hermano”, “pobrecita mi hija, no podré verla crecer, se va a quedar sin padre porque me moriré de cáncer”. Los ejemplos reflejados durante la semana sirvieron para trabajar durante la sesión el cambio de pensamiento, para facilitar su utilización por parte del paciente fuera de la consulta. El nivel de ansiedad tras la reestructuración de los pensamientos aportados por el paciente “disminuyó enormemente”, según refirió el paciente. De nuevo se facilitaron registros al paciente para casa, donde debía reflejar los pensamientos aparecidos durante la semana y buscar alternativas racionales a los mismos.
- *Entrenamiento en respiración:* se inició un entrenamiento en respiración diafragmática, ofreciendo información acerca de las bases fisiológicas

de la ansiedad, así como de la utilidad de esta técnica para combatir los niveles elevados de activación. Se pidió al paciente que realizara un entrenamiento de los ejercicios practicados durante la semana, entregándole un registro en el que debía figurar el nivel de ansiedad previo y posterior a los ejercicios.

- Respecto a las dificultades en el inicio del sueño, el paciente refirió haber puesto en marcha las técnicas aprendidas en la sesión anterior y haber conseguido disminuir su nivel de activación en las tres ocasiones en las que presentó dificultades, haciendo hincapié en la utilidad que para él ha tenido la utilización de tareas distractoras.

#### 4ª sesión

- *Continuación del entrenamiento en Reestructuración Cognitiva:* El paciente fue capaz de reflejar los pensamientos negativos, y en algunos casos de dar una alternativa racional a ellos. Se continuó con el entrenamiento en reestructuración cognitiva durante la sesión, basándola en pensamientos que le habían resultado difíciles con el objetivo de facilitar la comprensión de la técnica y posterior puesta en marcha como tarea para casa.
- *Continuación del entrenamiento en respiración diafragmática:* Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática, ya que el paciente refirió haber presentado dificultades a la hora de realizar los ejercicios.
- Durante esta semana el paciente refirió haberse sentido “más tranquilo en general, sigo teniendo muchos pensamientos pero no han aparecido de forma tan continua como otros días, he podido estar tranquilo pensando en otras cosas”.
- Al encontrarnos en el periodo de verano se estimó que la siguiente sesión tendría lugar tras un mes. Por

este motivo se realizó en esta sesión un repaso de lo aprendido hasta el momento para facilitar su aplicación durante las vacaciones. Se pidió al paciente que continuara con la reestructuración cognitiva aprendida y se facilitaron registros. Se mantuvo el entrenamiento en respiración y se hizo hincapié en la utilización de la parada del pensamiento y las tareas distractoras para combatir las dificultades de sueño, así como otras situaciones que le pudieran suponer un nivel de ansiedad elevado.

#### 5ª sesión

- Se procedió a valorar los cambios en el paciente tras el mes de vacaciones. El paciente refirió haberse sentido “muy tranquilo, no he dado tanta importancia a los pensamientos, he conseguido estar muy relajado y he disfrutado mucho de mi familia, sin que apareciera la enfermedad en la cabeza”. Se observó una disminución de los síntomas físicos intestinales y molestias que presentaba, así como una regularización del hábito intestinal durante el mes de vacaciones que se mantiene en la actualidad. Aseguró haber experimentado una disminución en el nivel de ansiedad, que tuvo como consecuencia una mejora en el estado de ánimo “el estar menos centrado en el tema de la enfermedad y haber podido dedicarme a mis cosas y a mi familia con más normalidad me ha hecho sentirme muy bien, animado”.
- *Evaluación inter-tratamiento:* se procedió a administrar de nuevo los instrumentos de evaluación utilizados en la sesión inicial para objetivar los cambios referidos por el paciente. En el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R)* el paciente obtuvo una puntuación directa en la escala Estado de 8 (puntuación centil de 15), lo que indicó una disminución objetiva del nivel inicial de ansiedad



(centil de 40). En el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, a pesar de no existir una puntuación inicial que indicara estado de ánimo alterado (8), se produjo una mejora, ya que en esta ocasión obtuvo una puntuación directa de 0, que indica que aquellos aspectos en los que refirió presentar cambios (irritabilidad, pérdida de interés y de energía, dificultades de sueño, cansancio y dificultades de concentración) no se ven alterados en la actualidad.

- Esta sesión sirvió de ayuda de nuevo como repaso de las técnicas aprendidas hasta el momento, así como la realización de una nueva evaluación del problema. No se pusieron en marcha técnicas nuevas, sino que se realizó una valoración de la utilidad que estaban teniendo las técnicas entrenadas hasta el momento y las posibles dificultades. El paciente refirió no haber presentado problemas con ninguna de las técnicas propuestas en sesiones anteriores. En el caso de la respiración, el paciente considera que no supone una importante reducción en el nivel de activación fisiológica cuando realiza los ejercicios, sin embargo plantea que quiere continuar con los ejercicios para su mejor entrenamiento y posterior puesta en marcha ante situaciones más "difíciles".

### 6ª sesión

- La frecuencia de las sesiones se disminuyó, de forma que se pasaron a establecer de forma quincenal. El paciente refirió sentirse "mejor", y considera que la disminución del nivel de ansiedad logrado hasta el momento se ha mantenido. Los pensamientos negativos en torno a la enfermedad han disminuido considerablemente en frecuencia, si bien le sigue preocupando que aparezcan. Se explica al paciente que los pensamientos negativos los va a

tener siempre, que se trata de pensamientos naturales que el resto de la población también presenta, y se recalca el objetivo de que aparezcan de forma normal y de poder combatirlos con las estrategias enseñadas en el caso de que produzcan un nivel de ansiedad elevado.

- *Exposición:* Durante esta sesión se explicó al paciente la necesidad de realizar ejercicios de exposición a estímulos asociados a la enfermedad que le han producido durante este tiempo niveles elevados de activación. Se lleva a cabo la explicación del mecanismo de la técnica y su utilidad a la hora de afrontar situaciones (o estímulos) que ha llegado a evitar ante la reacción que han provocado. El paciente se muestra reacio en un principio a la realización de estos ejercicios, pero accede a su puesta en marcha en las próximas sesiones.

Se estableció una jerarquía en la que se incluyeron ítems para la exposición en vivo y en imaginación. Se incluyeron de la siguiente manera:

- Exposición en vivo a estímulos asociados fonéticamente a la enfermedad (palabras similares fonéticamente a "cáncer", como "cangrejo", "canciller") o a palabras que puedan estar relacionadas con la misma ("tumor", "progresión", "metástasis")
- Exposición en vivo a imágenes relacionadas con la enfermedad, utilizando en primer lugar dibujos y en segundo lugar imágenes reales de elementos médicos, imágenes de personal sanitario y fotografías de pacientes oncológicos que indican estadíos iniciales y avanzados de la enfermedad.
- Exposición en imaginación a relatos acerca del diagnóstico oncológico de otros pacientes, exposición en imaginación a una historia relacionada con un posible

diagnóstico oncológico personal, así como utilización de datos del proceso de su hermano para su inclusión en los distintos relatos.

### 7ª sesión

- *Exposición:* se inició la exposición a estímulos asociados con la enfermedad que el paciente había señalado en sesiones anteriores. Se realizó una presentación en el ordenador que contenía palabras e imágenes que tenían una similitud gramatical con “cáncer” o imágenes que pudieran sugerir al paciente la enfermedad. Al introducir palabras como “cangrejo” o “canciller” (trabajadas en sesiones anteriores) el paciente refirió no experimentar un aumento en su nivel de ansiedad. Al utilizar la palabra “enfermedad”, el paciente refirió haber experimentado un aumento del nivel de ansiedad, ya que aparecía asociada a pensamientos de verse enfermo. El nivel de ansiedad disminuyó con la utilización de reestructuración cognitiva, y posteriormente el paciente fue capaz de verbalizar en numerosas ocasiones esta palabra sin que tuviera un efecto en su nivel de ansiedad. Palabras como “progresión”, “tumor” o “metástasis”, que en ocasiones anteriores habían desencadenado pensamientos automáticos en torno al desarrollo de la enfermedad y un nivel elevado de ansiedad no supusieron para el paciente estímulos aversivos durante la exposición, según él refiere porque “he aprendido que todas esas palabras que antes me ponían tan nervioso y me hacían creer que me pondría enfermo no me dan miedo, no tienen nada que ver con la enfermedad, aunque a veces me cuesta darme cuenta”. Se utilizó la palabra “cáncer” asociada a un dibujo del signo del zodiaco, que no supuso un aumento en el nivel de ansiedad. Posteriormente se utilizó

la misma palabra sin asociarse al zodiaco y en esta ocasión sí produjo un aumento en el nivel de ansiedad. El hecho de que el paciente tuviera dos respuestas diferentes ante palabras gramaticalmente iguales sirvió para explicarle que los pensamientos asociados a esta palabra y respuestas de ansiedad desencadenadas se deben a la interpretación que él mismo está haciendo de cada una de ellas, existiendo una serie de creencias erróneas sobre el desarrollo de la enfermedad cuando interpreta que la palabra se relaciona con ella. Se hizo hincapié en la necesidad de trabajar a nivel cognitivo estos pensamientos, trabajo que permitió disminuir el nivel de ansiedad desencadenado y posterior exposición a esta palabra sin que apareciera un aumento en el nivel de ansiedad. Posteriormente se utilizaron imágenes que se habían comentado en sesiones anteriores: un filete con manchas negras o un mapa con puntos negros que indican pueblos o ciudades pero para él suponen tumores. El paciente fue capaz de exponerse a estos estímulos sin ningún problema, y aunque en un primer momento apareció un aumento en el nivel de ansiedad fue capaz de disminuirlo por sí solo y mantenerse expuesto al estímulo sin experimentar malestar. Se utilizaron posteriormente otras imágenes, de dibujos de personas enfermas, jeringas, placas radiológicas que indican la presencia de tumores, dibujos y fotos de células que indican un tumor con “ramificaciones” y placas con tumores de cabeza. Ante estos estímulos el paciente experimentó un aumento en su nivel de ansiedad ante la mayor parte de ellos. Sin embargo en todos los casos, tras el trabajo cognitivo ante los estímulos el nivel de ansiedad disminuyó y fue capaz de exponerse a cada uno de ellos con éxito. Tras finalizar

la serie de palabras e imágenes utilizada se realizó de nuevo un repaso a todos los estímulos enseñados, ante los cuales el nivel de ansiedad del paciente no aumentó. Se planteó la utilización de imágenes reales durante las siguientes sesiones.

## RESULTADOS

En el momento actual se mantiene la frecuencia quincenal de las sesiones. Con el tratamiento puesto en marcha hasta el momento se ha logrado una disminución del nivel de ansiedad en el paciente, así como una reducción de las preocupaciones en torno al cáncer que presentaba inicialmente. Esta reducción ha derivado en una mejora de las dificultades a la hora de conciliar el sueño.

Los objetivos que se pretende conseguir en las siguientes sesiones consisten en la completa exposición a estímulos relacionados con la enfermedad, si bien en la actualidad el paciente es capaz de enfrentarse a estos estímulos en su vida diaria y refiere no presentar niveles elevados de ansiedad ante ellos.

Se pretende trabajar las habilidades de comunicación, así como el reconocimiento y expresión de emociones por parte del paciente, ya que, si bien no lo considera un área problemática, la ausencia o dificultades en estas áreas han contribuido al mantenimiento del problema en gran medida. En el momento actual el paciente ha sido capaz de verbalizar a su pareja los pensamientos asociados a la enfermedad aparecidos durante los últimos meses, así como los niveles de ansiedad y miedos derivados de estos pensamientos negativos. Este hecho ha permitido mejorar el nivel de comunicación entre ellos, si bien es necesario reforzar estas habilidades para que sea capaz de comunicarse más fácilmente con otras personas de su entorno con las que le resulta complicado. Se espera contar con la colaboración de la pareja del paciente para mejorar aspectos relacionados con la comunicación y la expresión de emociones en el desarrollo de las próximas sesiones.

Se considera que la intervención psicológica llevada a cabo hasta el momento ha sido eficaz en el tratamiento de la fobia a la enfermedad que presenta el paciente, si bien la totalidad de los objetivos planteados inicialmente no se han trabajado completamente en el momento actual.

## CONCLUSIONES

El Consejo Genético en Oncología es una herramienta cada vez más desarrollada para la prevención del cáncer, y en su defecto para facilitar un diagnóstico precoz del mismo. Las familias que acuden a este tipo de unidades para recibir asesoramiento cuentan, en su mayoría, con un amplio número de diagnósticos de cáncer en su familia. La vivencia de este tipo de diagnósticos, así como el desarrollo de la enfermedad y en ocasiones el fallecimiento de algunos familiares, suponen para los participantes importantes fuentes de estrés, que pueden facilitar la aparición de problemas psicológicos que dificultan la adaptación al proceso de Consejo Genético. Los problemas que se observan con mayor frecuencia están relacionados con una sobreestimación del riesgo de desarrollar cáncer, así como reacciones de ansiedad ante aspectos relacionados con la enfermedad. Este tipo de problemas suelen mejorar tras el correcto asesoramiento genético, ya que se ofrece información acerca de la probabilidad de desarrollar cáncer y los aspectos implicados, obteniendo un ajuste de la percepción de riesgo a la realidad. Sin embargo en algunos casos esta percepción de riesgo se ha mantenido muy elevada durante un tiempo muy prolongado, y será necesario trabajar las creencias erróneas en torno al desarrollo de la enfermedad de forma más estructurada.

La aparición de problemas psicológicos derivados de los procesos oncológicos, así como del proceso de Consejo Genético, se ha convertido en un aspecto fundamental en el área de la Psicooncología. Dada la amplia variedad de problemas psicológicos que se pueden detectar por este motivo se hace hincapié en la necesidad de desarrollar meca-

nismos de evaluación adecuados que permitan detectar dicha problemática y poner en marcha programas de intervención psicológica adecuados y adaptados a este tipo de patologías. Por ello, se resalta la importancia del papel del psicólogo en el área de la Psicooncología, así como su inclusión en las Unidades de Consejo Genético como parte del equipo multidisciplinar que debe formar este tipo de Unidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Madrid: TEA; 1997.
- 2 Vazquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clin Salud* 1997; 8:403-22.