

EDITORIAL

El cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente en la actualidad en los países industrializados y la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. En España los datos disponibles en el año 2003 revelan una elevada incidencia (más de 18.500 casos anuales) y mortalidad (115.874 varones y 2.172 mujeres murieron por esta enfermedad). Los recursos que se invierten para la curación de este tipo de cáncer son ingentes y, sin embargo, los tiempos medios de supervivencia, en estadios avanzados son menores de un año.

En este número monográfico se presentan en primer lugar los aspectos médicos del cáncer de pulmón, comenzando por el cáncer de pulmón no microcítico (Rodríguez-Lajusticia, Villalobos, García-Paredes, Puente Vázquez, Sara López-Tarruella, Pérez Segura y Díaz-Rubio), que representa entre el 75-80% de los casos, los autores muestran como un tercio de los pacientes debutan con enfermedad localmente avanzada (Estadio III de la clasificación TNM), el tratamiento de elección es la cirugía, y aproximadamente un tercio de los pacientes no tendrá una supervivencia mayor de 5 años, incluso en estadios I, debido a la existencia de recaídas y metástasis a distancia. A continuación Carmen Guillén y María José Molina revisan los tratamientos en el cáncer microcítico, en el que concluyen que el tratamiento de elección es la quimioterapia basada con cisplatino y etopósido. En el caso de la enfermedad limitada, la radioterapia junto con la quimioterapia aumenta la supervivencia. Sin embargo, ni los tratamientos de mantenimiento, ni las altas dosis de quimioterapia, ni nuevos agentes antineoplásicos han logrado mejorar el

pronóstico de esta enfermedad que es altamente mortal.

Los datos sobre los tratamiento médicos ponen de manifiesto que el pilar fundamental de la lucha contra esta enfermedad pasa por la prevención. La principal causa conocida del cáncer de pulmón es el consumo de tabaco, que es el responsable de más del 90% de los casos de cáncer de pulmón. El riesgo de desarrollar cáncer pulmón aumenta en función del número de cigarrillos que se fuma y del tiempo que se lleve fumando. De hecho, este último factor es el determinante más importante del cáncer de pulmón en los fumadores, de forma que cuanto menor es la edad de inicio en el consumo de tabaco y cuanto mayor es el tiempo que se lleva fumando durante la edad adulta, mayor es el riesgo de padecer cáncer de pulmón. En consecuencia, dejar de fumar, sea cual sea la edad a la que se logre, evita que aumente el riesgo de cáncer de pulmón, pero cuanto antes se deje, mayores serán los beneficios.

Desde los años 60 del siglo pasado, la Psicología ha venido desarrollando una gran variedad de tratamientos eficaces para dejar de fumar, de manera que en los años 70-80 los tratamientos psicológicos multicomponentes basados en técnicas cognitivo-conductuales se convirtieron en el tratamiento estándar para el tabaquismo. Sin embargo, tal y como analizan García Vera y Sanz en el primero de sus artículos en este monográfico, en los últimos 10-15 años se ha producido un estancamiento de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, a la vez que se ha producido un incremento espectacular en la investigación sobre la eficacia de los tratamientos farmaco-

lógicos. Como comentan esos autores en su artículo, y como también señalan Moreno, y Becoña y Míguez en los suyos, en los últimos años y desde distintos sectores se ha pretendido reducir la explicación de la conducta de fumar a términos fisiológicos, considerando que la dependencia física de la nicotina es el principal (y a veces casi único) factor responsable de dicha conducta, obviando el hecho sobradamente contrastado de que es necesario tener en cuenta también los factores sociales y psicológicos en la explicación de la conducta de fumar, en el abandono de la misma y en el mantenimiento de dicho abandono. En consonancia, en los últimos años también se aprecian sesgos importantes en favor de las terapias farmacológicas y en detrimento de las psicológicas, y no sólo en parte de la comunidad científica sino también en ámbitos institucionales sanitarios y de responsabilidad política. Como muestran García Vera y Sanz, esos sesgos no se corresponden con los datos empíricos de la literatura científica que claramente señalan la eficacia de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar y, de hecho, los restantes artículos de esta sección del monográfico reafirman esa conclusión con datos recientes obtenidos con fumadores de muy distintos lugares de España y con programas de tratamiento psicológico de formatos muy diversos: clínicos grupales, de autoayuda mediante correo postal (combinado a veces con la utilización de correo electrónico y teléfono), y a distancia mediante teléfono o internet.

En este contexto, Moreno nos presenta en su artículo el fundamento teórico, los ingredientes terapéuticos y el contenido detallado de las sesiones del "Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid", un progra-

ma psicológico multicomponente de carácter clínico y con formato grupal. Este programa está basado en la teoría del aprendizaje social e incluye fundamentalmente técnicas cognitivo-conductuales, aunque en algunas ocasiones se aplica con medicación específica (parches o chicles de nicotina, o bupropión). El programa se está llevando a cabo en los 14 Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid y por él han pasado ya 1.599 fumadores, habiéndose conseguido tasas de abstinencia al año de 41,9%, tasas muy altas que probablemente pudieran reflejar el cuidado con que los autores del programa han vinculado la selección y aplicación de las técnicas psicológicas a un modelo teórico psicológico sólido sobre la conducta de fumar.

La preocupación por seleccionar las técnicas más adecuadas que han de formar parte de un programa psicológico multicomponente para que sea eficaz y efectivo también subyace tras el segundo trabajo de García Vera y Sanz, en el cual se examina, mediante un diseño cuasi-experimental, si la terapia de exposición a estímulos y contextos relacionados con la conducta de fumar aumenta la efectividad de un programa multicomponente que combina técnicas cognitivo-conductuales con parches de nicotina.

El trabajo de Becoña y Míguez describe el fundamento teórico, características y resultados del "Programa 2001 para dejar de fumar", una adaptación al formato de autoayuda a través del correo postal del tratamiento clínico cognitivo-conductual "Programa para dejar de fumar" diseñado también por Becoña y que ha demostrado conseguir unas altas tasas de abstinencia al año. Ese programa de autoayuda por correo postal ha conseguido llegar a más de 4.500 fumadores en los últimos 11 años,

consiguiendo tasas de abstinencia menores que el programa clínico, pero aún así importantes, y con unos costes mucho menores y un alcance mucho mayor.

Por último, el artículo de Fletes, Sánchez, Quesada, Carreras, Maldonado y Sánchez tras revisar la literatura sobre la aplicación de tratamientos psicológicos a distancia para dejar de fumar, presenta las características y estrategias de los programas de tratamiento psicológico a distancia que se han desarrollado en la Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III, uno aplicado a través del teléfono y otro a través de Internet. En el caso del tratamiento a distancia mediante el teléfono, las tasas de abstinencia que dichos autores han conseguido a los 6 meses han sido muy altas (54,5%) y similares a las tasas obtenidas con un tratamiento psicológico clínico grupal. Por tanto, los resultados presentados por Fletes et al. son consistentes con los de Becoña y Míguez en el sentido de demostrar que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar no sólo son eficaces, sino también tremendamente eficientes, ya que pueden llegar a un número muy grande de fumadores con unos costes muy pequeños.

En resumen, los trabajos sobre el tabaquismo que se recogen en este monográfico ofrecen una muestra representativa del arsenal de intervenciones psicológicas eficaces y eficientes que reduzcan drásticamente las tasas de fumadores en España y la mortalidad atribuible al consumo de tabaco.

Tras los aspectos relacionados con el tabaquismo, Krikorian y Bringas exponen los principales aspectos psicosociales del cáncer de pulmón, en el que muestran que la ansiedad, depresión e irritabilidad son respuestas comunes durante el tratamiento de mu-

chos pacientes, especialmente los ya vulnerables psicológicamente, siendo el tiempo de estancia hospitalaria un factor potencial en el deterioro de la calidad de vida y bienestar del paciente con cáncer pulmonar.

Arraras, Martínez y Martínez presentan la situación actual de la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de pulmón. Este es un aspecto esencial tanto en la práctica clínica diaria como en los ensayos clínicos, ya que el cáncer de pulmón se diagnostica en estadios avanzados, donde se suelen presentar síntomas limitantes y donde los tratamientos activos pueden ser agresivos. Los autores señalan que en la actualidad contamos con cuestionarios adecuados de medición de la calidad de vida. Los avances en esta área permiten delimitar en detalle qué grupos de pacientes, y en qué variables los tratamientos producen las mejoras. Lo que a su vez es clave para informar a los pacientes sobre las diferentes alternativas terapéuticas, ajustar mejor los tratamientos a sus necesidades, y ofrecer una información clara a los profesionales de las diferentes especialidades sanitarias que a lo largo del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento tienen relación con el paciente. La Psicología tiene en la actualidad un papel investigador muy importante dentro del área de la calidad de vida del paciente con cáncer de pulmón: entre otras funciones, ayuda a crear y adaptar instrumentos de evaluación de calidad de vida; a profundizar en los aspectos metodológicos relativos a dicha medición; a diseñar los protocolos de evaluación más adecuados, y a combinar dentro de los análisis, los datos clínicos con los de calidad de vida.

A continuación Murillo y Pedraza revisan los desafíos psicológicos y de calidad de vida de los enfermos de cáncer

de pulmón, en el que muestran que los datos actuales sugieren que las personas con cáncer de pulmón tienen mayor malestar emocional que los otros pacientes de cáncer, y la necesidad de un enfoque interdisciplinario para lograr un manejo apropiado e integral de los aspectos psicosociales del paciente con cáncer de pulmón.

Puente-Maestu y Villar abordan las implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón. Tal como exponen estos autores, los supervivientes a largo plazo (más de un año) tras la cirugía, refieren una calidad de vida razonablemente elevada, incluso en aquellos con una función pulmonar reducida. En comparación con otras enfermedades respiratorias crónicas, los supervivientes de cáncer de pulmón parecen estar en mejor situación mental, y en los que tienen una calidad de vida más baja, el origen parece ser principalmente la depresión, y no la limitación física. Por tanto, la evidencia disponible no permite descartar el que los pacientes se sometan a cirugía en base a que el equipo suponga una pobre calidad de vida postoperatoria. Se sugiere la necesidad de llevar a cabo intervenciones para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En nuestro país son escasas las intervenciones psicológicas hospitalarias en cáncer de pulmón, por eso es importante la exposición del protocolo de evaluación e intervención psicosocial desarrollado en pacientes intervenidos por cáncer de pulmón en la unidad de cirugía torácica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, por parte de Bringas, Krikorian, Hernando, Rodríguez, Jarabo, Fernández, Gómez, Calatayud, Olivares y Balibrea, en este trabajo se exponen los principios y funcionamiento de la atención psicológica en dicha Unidad

con el objetivo de reducir el estrés psicológico y el malestar emocional, y mejorar de la calidad de vida de estos pacientes.

Solà y Subirana exponen una revisión de ensayos clínicos sobre intervenciones no invasivas para pacientes con cáncer de pulmón centrados en la enfermería. En este trabajo se señala como los programas de enfermería para el tratamiento de la disnea pueden ser beneficiosos. El seguimiento de los pacientes por parte de enfermeras parece ser efectivo, y comporta una mayor satisfacción. Asimismo, una intervención psicoterapéutica puede contribuir en que el paciente afronte de una forma efectiva los síntomas físicos relacionados con su enfermedad. Se concluye que es necesario invertir en programas multidisciplinarios para el manejo de los pacientes con cáncer de pulmón tanto en sus hogares como en los centros sanitarios.

La atención de enfermería es esencial para alcanzar la calidad asistencial en el paciente de cáncer, M^a Luz Hospital desarrolla un artículo en el que enfatiza como una intervención sistematizada desde una perspectiva integral, holística, individual o grupal, mejora la satisfacción y bienestar de los pacientes de cáncer de pulmón.

Por último, se presentan las conclusiones de la IX reunión del cáncer de pulmón celebrada en marzo del presente año en Córdoba, así como la exposición de la actividad del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GEPC).

Por primera vez se presenta en España una monografía que aborda los aspectos psicológicos del cáncer de pulmón. Los autores tenemos la esperanza de que contribuya a la prevención de esta neoplasia, a través de la aplicación de los tratamientos psicológicos actuales del tabaquismo; que se

lleve a cabo la adecuada evaluación de la calidad de vida y seguimiento de los problemas psicológicos de estos enfermos; así como que se proporcione la asistencia psicológica necesaria a las personas con cáncer de pulmón.

*María Paz García Vera**, *Pedro Pérez Segura*** y *Juan A. Cruzado**
Editores del número monográfico

** Unidad de Psicología Clínica y de la Salud y Dpto de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.*

*** Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*

