

Por el Psic. Omar Cappannini

El abordaje psicoterapéutico al paciente oncológico ha sido considerado por diversos autores, sobre bases ideológicas y científicas diferentes.

La presente aproximación al tema, es fruto de 23 años de trabajo consecutivo en distintas instituciones de la Argentina (Instituto del Cáncer María Curie, Buenos Aires – Centro Oncológico de Excelencia, La Plata – Hospital General de Agudos Gral. San Martín, La Plata – Instituto de Terapia Radiante, La Plata). Incluye la atención de cientos de pacientes y familiares e implica una experiencia completa de acción profesional, basada en una deliberada vuelta a la **observación** como método fundamental de la ciencia, y como medio eficaz para registrar los fenómenos emocionales que presenta el paciente oncológico. Fenómenos que tienen una **especificidad y entidad clínica** definida.

La observación ha permitido apreciar si la **expresión emocional**, tiene suficiente consistencia para permitir una "mirada" que incluya la variable psicológica como factor también causal de la patología; pues siempre ha prevalecido la expresión estrictamente biológico-organicista del origen tumoral.

Esto significa dar importancia determinante a la **clínica psicológica**, en una **apreciación cualitativa**, antes que cuantitativa, de forma que, si bien se encuentran **factores comunes** a todos los pacientes, hay una **característica personal** de la patología oncológica, en su significación consciente e inconsciente para el enfermo concreto.

Evaluación clínica.

Ha sido realizada utilizando técnicas de Psicoterapia breve, de orientación psicoanalítica, lo que implica el desarrollo de una **terapia focalizada**, ágil, dinámica, y suficientemente flexible para permitir el uso de técnicas de diverso origen ideológico (Relajación por desensibilización sistemática, terapia familiar sistémica, entre otras), a fin de resolver consecuencias emocionales de la evolución tumoral.

Se ha recurrido, asimismo, a la utilización de **entrevistas semidirigidas**, **no directivas**, mediante una **disociación instrumental** adecuada a la sintomatología emocional presente en el paciente oncológico. Esta línea de trabajo corresponde a las actuales **terapias integrativas**, y han sido desarrolladas por la necesaria adaptación a las situaciones que enfrentan los enfermos.

Cabe destacar que la atención psicológica varía según los distintos momentos de la evolución tumoral y psicofísica, en la que se distinguen: etapa diagnóstica – etapa de tratamiento – etapa de deterioro – etapa terminal o muerte, como lo indican las situaciones clínicas que se suscitan.

En la **etapa diagnóstica** la atención emocional debe trabajar en el ajuste de la información ya recibida por el paciente, o en su defecto, en el manejo de la misma, considerando la sintomatología presente, la personalidad, la historia emocional, y sus mecanismos defensivos, en un marco de contención adecuada y justa.

Se busca la comprensión de la situación psíquica y orgánica y de los tratamientos a implementar, para lograr una adaptación progresiva. La explicación psico-física de la patología es fundamental para aclarar el “¿por qué me he enfermado así?”, indagación lógica del terapeuta y del paciente.

El desarrollo de una relación transferencial positiva en todo momento, y el llevar al individuo a clarificar el sentido de la patología, consciente e inconsciente, es elemental en Psicología oncológica.

En la **etapa de tratamiento o prevalencia de la acción médica** (quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia) la atención psicológica está abocada a resolver los efectos emocionales, distintos para cada paciente en intensidad y variación (angustia - ansiedad).

Estas consecuencias son el efecto de intervenciones quirúrgicas mutilantes, o verdaderas crisis de identidad por pérdida de funcionalidad física, e implican la alteración de la calidad de vida en el plano familiar y social - laboral.

Se trata entonces de favorecer conductas adecuadas y reiniciar la proyección familiar y social, que limite el temor y desasosiego del paciente, vivido como pérdida de su libertad.

En la **etapa de deterioro**, si así es la evolución, y por progresión de la patología, de acuerdo a la localización tumoral y al desarrollo metastásico, en la cual se acrecientan los impedimentos del paciente, se debe asegurar la actitud coherente que combine la implementación de medidas de confort, con la aceptación de los hechos y la preparación para la etapa terminal.

Finalmente, en la **etapa terminal**, el objetivo es “cuidar”, proveyendo la mayor confortabilidad posible, teniendo en cuenta el deterioro irreversible. Este cuidado debe facilitar el control médico y emocional del dolor con utilización de técnicas relajatorias.

En este contexto, y como consecuencia de la evolución de la atención psicológica desde el inicio de la patología o respondiendo a la solicitud de atención de esa etapa terminal, es que el psicoterapeuta se encuentra con el “**Proceso del morir**”, y con el hecho de que existe un momento en que el enfermo “se retira” (retira sus catexias), se “despide” de la vida. Aquí la contención emocional debe asegurar una muerte digna. (Derecho de la persona humana).

En síntesis, si el paciente es adecuadamente atendido y se logra ubicar no sólo ante la enfermedad sino ante la vida, podrá adaptarse también ante otras situaciones que impliquen frustración, y aseguren una aceptable calidad de vida, aún ante límites físicos y estéticos (pérdida del cabello, bolsa de colostomía, pérdida de peso, inmovilidad pasajera o permanente, anemias, amputaciones), y estará mejor preparado para la aceptación de la propia muerte.

Sintomatología emocional.

Se ha destacado la especificidad de los fenómenos emocionales del paciente oncológico y su identidad clínica. Esta queda alineada en un eje de síntomas depresivos de distinto origen, a saber:

- síntomas provenientes del pasado de la vida del paciente.
- síntomas consecuencia de los tratamientos recibidos y la adaptación a los mismos (quimioterapia,

radioterapia, cirugía, hormonoterapia).

- síntomas consecuencia de la información diagnóstica y pronóstica recibida.
- síntomas consecuencia del temor a la muerte y al sufrimiento.
- síntomas consecuencia de la evolución tumoral.

La forma de aparición de estos síntomas es la de expresiones angustioso-ansiosas, incluyendo distintos tipos de defensa: negación, disociación, proyección, introyección, identificaciones. Implican **verdaderos cuadros depresivos** en la mayoría de los pacientes, configurando una **articulación sintomática pre y post-tumoral**, que es necesario resolver.

La Dra. Jimmie Holland (Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA) estima la incidencia depresiva en un 70-75 % de los enfermos, mientras que considera en un 25 % la incidencia de depresión mayor (endógena).

Sin embargo, puede decirse, que la incidencia es en la totalidad de los pacientes, con la singularidad de que aparece en distintas etapas de la evolución tumoral; va a manifestarse en algún momento y tiene directa relación con la génesis tumoral, sobre todo con hechos del pasado. Ello se ve en la clínica psicológica, y está referida a la relación entre los síntomas actuales y aquellos que han surgido del mal manejo de alguna situación frustrante, por ejemplo pérdidas significativas no resueltas.

Es necesario modificar la consideración de esta **expresión sintomática básica**, y señalar la **combinación de síntomas** referida, como un aporte **teórico fundamental**. Es en este contexto que se las define como depresiones crónicas y reactivas, referidas a situaciones personales significativas y a la personalidad básica (forma de reacción ante el stress).

Por otra parte, se observan síntomas citados por los pacientes, tales como cansancio, angustia, cambios de humor, acentuados sentimientos de culpa, que aparecen antes de detectarse el tumor y configuran **verdaderos síntomas** psicofísicos, avisos de la **presencia oncológica**. Es importante considerarlos aunadamente, pues son **expresiones atenuadas de la patología**, por la imperceptible respuesta inmunológica, pero respuesta al fin.

Es como un **síndrome Paraneoplásico**, pero de **toda patología oncológica** en el organismo.

Con respecto a los **factores comunes** a todos los pacientes, es necesario decir, que podemos definir algunas localizaciones tumorales a partir de la agrupación de síntomas emocionales. Ello remite a la idea de "**Personalidad del paciente oncológico.**"

El estudio de casos muestra que en ciertas localizaciones se repiten síntomas emocionales y rasgos de carácter (ejemplo: prevalencia de depresiones reactivas en pacientes con cáncer de mama, colon y ovario); y también hay **rasgos comunes** a todos los pacientes: intenso sacrificio personal, incapacidad para expresar emociones, no saber decir que "no", fuertes sentimientos de culpa y pesimismo, intolerancia a las frustraciones, conductas de enojo y agresividad, sentimientos de soledad y vacío, en el pasado y en la actualidad de la enfermedad.

Estudio de casos .

Conclusiones cualitativas de la alternancia de depresiones crónicas y reactivas, en una muestra acotada:

Información sobre 53 pacientes adultos (estadios 3 y 4)

+ Depresión reactiva - duelo no elaborado

x Depresión crónica

+ 25 pacientes cáncer de mama (metástasis ósea y hepática).

x 8 pacientes cáncer pulmón (adeno-carcinoma)

+ 3 pacientes cáncer estómago.

x 1 paciente cáncer intestinal.

x 2 pacientes melanoma.

x 1 paciente adeno-carcinoma de epiplón e intestino delgado.

x 2 pacientes cáncer de útero.

x 2 pacientes cáncer testículo (cáncer embrionario – metástasis pulmonares).

+ 2 pacientes sarcomas craneales.

+ 2 pacientes cáncer colon.

x 1 paciente linfoma Hodkin.

+ 3 pacientes cáncer de ovario.

Agrupación de rasgos de carácter, según localización tumoral, en la misma muestra:

Pacientes con cáncer de mama .

- Eje de familia.
- Actitud activa y sobre protectora.
- Relación de dependencia.
- Dificultad para la descarga emocional.

- Dificultad comunicación marital.
- Ansiedad, culpa, agresividad.
- Autodestrucción – identificaciones tempranas con los padres, deterioradas.

Pacientes con cáncer genital (testículo, útero, ovario, pene)

- Acentuado sentimiento de culpa.
- Sentimientos ambivalentes (por ej. hacia los padres)
- Pacientes con melanoma, cáncer intestinal, cáncer de pulmón .
- Dificultad expresión emocional.
- Defensa arcaica (Proyección, introyección).
- Pacientes cáncer de estómago, mama, colon, cabeza .
- Hecho traumático (muerte de un ser querido)
- Duelo no elaborado.

La relación entre las depresiones crónicas y reactivas (combinación de síntomas), se manifiesta por la pérdida del sentido de la vida, hecho que se percibe en la clínica, y que tiene directa articulación con el momento inicial de la patología oncológica. Todo comienza cuando el sistema inmune no reconoce las propias células como anormales, porque **precisamente son propias** . Ese momento se manifiesta como un descontrol sobre el cuerpo y la vida. Es la extrañeza y tristeza, que cambió la existencia del paciente en años anteriores, por situaciones no resueltas e intensamente dolorosas: sentimientos luego olvidados y reprimidos, que alteraron por vía cerebral la capacidad de reconocimiento celular del sistema defensivo.

Es la angustia sin resolución de esas situaciones que fueron olvidadas por su tremenda carga afectiva, incapaces de ser asimiladas y elaboradas por el yo. Es posible que al proceso de olvidar haya contribuido el hecho de que no se considera que las circunstancias pueden influir directa o indirectamente en nuestra salud.

Por lo tanto, se puede proponer una secuencia en el curso de la patología, para su resolución, desde antes de su aparición clínica hasta después de la acción de la ciencia:

- 1 ro.: descontrol en el afuera del paciente (efecto del stress).
- 2 do.: descontrol en el cuerpo (patología instalada y acción de la ciencia).

- 3 ro.: control del adentro (resultados de la acción médica o su intento).

- 4 to.: control del afuera (acción de la Psicología oncológica).

Ejemplos de casos clínicos

Caso 1 :

Viviana, 40 años, (historia clínica resumida)

Paciente afectada por cáncer de recto. Tumor recto simoideo. Adeno carcinoma moderadamente diferenciado. Estadio III – (T 2 , N 2 , Mx). Comenzó su atención oncológica en el año 2003 , y recibió una intervención quirúrgica con extirpación de 26 ganglios, 6 de los cuales tenían metástasis.

En un primer momento, se le colocó una bolsa de colostomía y posteriormente se realizó la reconexión para el normal funcionamiento intestinal. En el plano emocional se ha atendido a la paciente desde el inicio de la patología, como también a su familia, buscando elaborar el conflicto crónico de pareja que afectaba la vida de la paciente desde siempre. Sensible y depresiva, ha sufrido episodios de violencia verbal y física en su relación de pareja. Su reubicación a través de la atención psicológica ha sido total tanto en el plano psíquico como en el físico, se ha adaptado mejor a la situación de salud, con una mayor autoestima, resolviéndose la depresión crónica. Como conclusión, se adjuntan opiniones de la paciente sobre cómo se ha gestado su enfermedad y que conductas actuales favorecen el logro de la salud. Conclusiones que provienen de la atención psicológica continua realizada. (Ver anexo)

Caso 2 :

Marcela, cáncer de ovario, metástasis pulmonares, 38 años.

La paciente presentaba un derrame pleural por efecto de las metástasis. Recibió una anexohisterectomía total y un esquema de quimioterapia con tratamientos iniciales, posterior evaluación con marcador tumoral, y sugerencia de nuevo esquema de quimioterapia en el presente.

En el plano emocional se ha trabajado en varias sesiones y los puntos básicos que muestra son:

- síntomas de angustia y ansiedad por el manejo de la información diagnóstica.
- temor por saber de su enfermedad avanzada.
- conflicto de pareja de larga data.
- síntomas depresivos que provienen del pasado de su vida, originados antes y después de la aparición tumoral, que implican un ajuste y redefinición de esa relación de pareja.
- Reencuentro con una relación afectiva anterior. Duda sobre sus sentimientos y relación de pareja

actual. Fuertes sentimientos de culpa.

- Conciencia de no haber tomado decisiones propias, incluso en el plano afectivo.

En virtud de la psicoterapia implementada, la paciente ha comenzado a decidir en aspectos simples de su vida y ha desarrollado una actitud coherente de aceptación de la patología para buscar la salud.

Caso 3 :

Rubén, 72 años, cáncer de estómago.

Presentó en un primer momento disfagia, adelgazamiento, dolor en la zona ventral, con imposibilidad casi absoluta de alimentarse. Se ha realizado el abordaje quimioterapéutico, mediante un esquema de 6 aplicaciones, de las cuales efectuó tres en la actualidad, con una evolución muy rápida y favorable.

Ha mejorado en su peso y en la ingesta, y por lo tanto también en el plano emocional, al mejorar la calidad de vida.

En el aspecto psicológico presentaba, al inicio, dudas diagnósticas que fueron aclaradas por el terapeuta, explicándose también la forma en que se enferman oncológicamente las personas (explicación psico-física). Rubén se va ubicando, a pesar de un fuerte mecanismo de negación, que no permite que exprese la angustia intensa en las primeras sesiones. Se han implementado técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad y finalmente se está evaluando el tema del fallecimiento de su hijo hace 8 años, enfermo de SIDA, duelo no elaborado, origen de los síntomas depresivos prevalentes y del fuerte mecanismo de negación que impedía su expresión. Esto se interpreta : no aceptación de la muerte del hijo, emergencia de la patología oncológica

Asimismo, se buscó elaborar la muerte de su madre hace tres años. La atención psicológica global tiene como objetivo darle sentido a su vida nuevamente, perdido desde la muerte del hijo, y buscar la aceptación y una mejor ubicación ante la patología.

Caso 4 :

Marta, 65 años.

Lleva dos años de atención psicológica. Presenta mastectomía izquierda por cáncer de mama, habiendo realizado tratamientos de radioterapia locorregional y esquemas de quimioterapia. Los tratamientos médicos implementados parecen haber agregado angustia intensa (en particular la intervención quirúrgica y la caída del cabello)

Esta sintomatología angustiosa, acompañada de quejas continuas (ansiedad paranoica) se percibe inmediatamente en la atención psicológica. La permanente expresión de dolores, completa el cuadro depresivo. Es una depresión crónica, y proviene del sentido que la paciente ha dado a su vida, habiendo pasado muchos años en el cuidado de otras personas. Esto se manifiesta claramente cuando expresa que ha realizado los tratamientos sólo por obligación pero que no le importa de ella. Al morir en primer lugar su madre y luego su padre, quedó su vida sin sentido predisponiendo la aparición de la patología. En resumen, la atención psicológica continua ha intentado hacer que la paciente se permita pensar en sí misma, otorgue un sentido nuevo a su vida a través de conductas concretas, y

resuelva la angustia, proponiendo nuevos objetivos.

Prevención

Lo expuesto hasta aquí remite al tema de la prevención en Psicología Oncológica, concepto central y corolario de la visión teórica que la anima.

La prevención en el área clínica

Hay dos momentos en la acción preventiva:

1. Antes del tumor y en relación con la forma de vida, proponiendo al paciente el ajuste y las conductas adecuadas para el mantenimiento de la salud.
2. La prevención en todos los momentos de la evolución tumoral, y de las consecuencias de los tratamientos que la ciencia ofrece.

Es claro que no se puede hablar de prevención sin información, pues esta herramienta básica es la que asegura la ubicación del paciente, la toma gradual de conciencia y la implementación de conductas adecuadas de acuerdo a su realidad física, psíquica y social.

Con respecto al ítem 1 , se proponen conductas a implementar para no predisponerse a enfermar de un tumor:

- expresar las emociones
- no dejar conflictos pendientes
- no llegar al agotamiento físico o psíquico
- fijar bien los afectos
- saber tomar distancia de los hechos
- dar sentido a la vida a través de acciones y proyectos
- impedir que las circunstancias negativas se hagan crónicas
- buscar ayuda en el plano emocional cuando sea necesario
- aceptar la detección precoz en el plano médico
- adaptarse sin dejar de ser uno mismo

- transformar lo negativo en positivo
 - tener esperanza
 - ante la patología ya instalada más que preocuparse , ocuparse de la circunstancia
 - permitirse reír y llorar
 - establecer espacios de expresión y descanso
 - tratar de elaborar el temor, pero permitirse sentir
 - reconocer que la vida incluye situaciones de dolor y frustración
 - escuchar al otro
 - atender los mensajes del cuerpo.
- implementar conductas alimentarias sanas, en cuanto al tipo de alimento y al tiempo dedicado a la ingesta.

La implementación de las conductas adecuadas es una forma pertinente de neutralizar el efecto enfermante de nuestro estilo de vida, en acción continua y sostenida, a través de las situaciones de stress.

Atención de la familia y prevención del grupo familiar

El impacto de la enfermedad afecta al grupo familiar en su conjunto, y origina un replanteo más o menos profundo en la vida del paciente y en cada uno de los miembros de la familia. Estas respuestas, adaptativas o no, se darán en tiempos diferentes para cada individuo. En todos los casos, la circunstancia, consciente o inconsciente, de encontrarse con la idea y posibilidad de la propia muerte, origina la implementación de defensas rígidas y extremas, agregando angustia extra y entorpeciendo la adaptación del grupo.

La continuidad y cronicidad de los efectos y reacciones se hace evidente en las distintas etapas de la evolución tumoral, y se intensifica hacia la terminalidad.

La patología oncológica se da en un contexto de significación previa, que se complica aún más con la eclosión tumoral, agregando silencio a la incomunicación, vacío a la soledad, y conflictos a las crisis de la pareja, latentes o expresadas.

Incluso en algunos casos se da la aparición de otras patologías en algún miembro de la familia, así como la emergencia de nuevos tumores en el contexto familiar, con la misma o distinta localización tumoral (**predisposición genética más desencadenante ambiental**).

Sin duda, el tratamiento psicológico de la familia es insoslayable y paralelo a la atención del paciente. El ajuste en la conducta familiar incluirá también la resolución de las circunstancias pasadas, que se

estiman relacionadas a la emergencia de la patología, por ejemplo, situación de dominancia de una persona por otra.

Prevención y cuidado del equipo tratante: efecto del stress.

La situación de stress crónico, sin resolución, afecta también al equipo tratante, y a cada uno de los miembros: médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, secretarias, mucamas, de manera uniforme y diferente para cada uno.

Las situaciones que acarrear frustración al paciente favorecen la implementación de defensas rígidas y estereotipadas, transfiriendo al equipo hostilidades diversas, conscientes e inconscientes. Las conductas agresivas abarcan enojos por parte del paciente, cuestionamientos, comentarios insidiosos, agresiones verbales, búsqueda de respuestas inmediatas, y de todo tipo de ayudas reparadoras de la situación, así como la proyección de sentimientos de culpabilidad sobre el grupo.

La gama de efectos y reacciones que se producen, han dado origen a un verdadero síndrome, que se ha denominado "Síndrome de Burn-out", que es la reacción ante el stress continuo, a que es sometido el equipo de manera constante y por espacios prolongados de tiempo de actividad (años o décadas).

Una primera aproximación dice que se manifiesta como un "sentirse mal", un "comienzan a pasarnos cosas", "cometemos errores". Se "posponen citas de pacientes, se pone distancia sobre todo lo que implique la patología, hay tristeza y temores, cansancio físico y psíquico y se acentúan conductas hipocondríacas.

Luego se producirán otras consecuencias, que se llevan a la vida diaria, y a la interrelación con los compañeros de trabajo: faltas reiteradas, incomunicación, sucesión de malentendidos, agresividad, y conflictos grupales de difícil resolución, incluso la formación de grupos no operativos que entorpecen el funcionamiento general.

Es una iatrogenia prolongada la que origina la tensión emocional, y afecta a cada área de trabajo, de acuerdo a su ubicación en el curso de la atención combinada. Implica sentimientos de temor al cáncer y temor a la muerte en los miembros profesionales, afectación por las intervenciones quirúrgicas que mutilan a los pacientes, y que ponen en duda la efectividad de la ciencia, tensión por el manejo de situaciones límites (muerte de pacientes y atenciones en terapia intensiva). También afecta a las personas que están encargadas de aplicar los tratamientos de quimioterapia y radioterapia (enfermería) por los efectos diversos de la terapéutica y el mayor o menor éxito de la acción. Finalmente, se produce una incidencia sobre las personas que están en contacto indirecto con el paciente (secretarias), más vulnerables por no estar preparadas y recibir las tensiones de manera frontal.

Es evidente entonces que el cuidado del equipo tratante es de fundamental importancia para prevenir la salud del mismo y generar la mayor efectividad. El **cuidar a los que cuidan** es importante condición a respetar por el Estado, para cumplir con lo que nos dice la OMS: la ausencia de enfermedad es el resultado de un equilibrio físico, psíquico y social .

Bibliografía

- Artículos diversos extraídos de las revistas "Cáncer Hoy" y "Oncología".
- Borsook, David y otros. *Massachusetts General Hospital . Tratamiento del dolor* . Marban. 1999.
- Braier, Eduardo *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión. 1999. Buenos Aires, Argentina.
- Cappannini, Omar E. "¿Porqué me he enfermado así?" en Diario El Día. La Plata. Mayo de 1995.
- "Incidencia del concepto de enfermedad y muerte en la relación médico-paciente". Consecuencias para la ética médica. Revista Quirón. 1985.
 - "Psicología Oncológica. Programa de prevención". Servicio de Oncología Hospital San Martín. Academia Nacional de Medicina. 1991 . Buenos Aires, Argentina.
 - "Síntomatología emocional en pacientes neoplásicos anterior y posterior al tratamiento de quimioterapia". 1991. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires, Argentina.
 - "Una mirada integral sobre el paciente oncológico" en Diario El Día. La Plata. Enero de 1995.
- Culver, Charles M. *Ethical Issues in Oncology* . Darmouth Medical School . 1987 – New Hampshire , USA .
- Flores Lozano, José Antonio. *La mujer ante el cáncer de mama. Aspectos psicológicos* . Barcelona. 1994.
- Holland, Jimmie. *Aspectos psicológicos del cancer* . Memorial Sloan-Kettering Cancer Center . 1982. USA
 - Holland, Jimmie. *Depresión en el paciente con cáncer (Depression in the cancer patient)* . 1985. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center . USA .
 - Nessim, S. y Ellis, J. *Cancervive. The challenge of life after cancer* . Houghton Mifflin Company. 1991. USA
 - Riddley, Matt: *Genoma*. Grupo Santillana de Ediciones. Noviembre de 2001. USA.
- Schavelzon, José y otros. *Impacto psicológico del cáncer* . Editorial Galerna. 1978. Buenos Aires, Argentina.
 - Schavelzon, José, *Freud, un paciente con cáncer* . Paidós. 1983 . Buenos Aires, Argentina.
 - *Paciente con cáncer. Psicología y psicofarmacología* . Interamericana. 1987.