

La psicoterapia y el cáncer

M. Camacho Muñoz

Introducción

La dualidad «cuerpo-mente», incluso la otra dualidad «cuerpo-alma» más alejada de la perspectiva biologicista, adquieren un relieve singular en el tema que nos ha reunido aquí. La primera porque el factor EMOCIONAL ante un diagnóstico de esta naturaleza es un fenómeno consustancial con el ser humano. Ni nadie lo puede obviar y menos aún, evitar que ejerza su influjo. La segunda dualidad viene de la mano con la idea de la muerte y esta nos remite automáticamente a consideraciones de tipo filosófico/religioso. Quiénes somos o qué es esto de dejar de ser y adónde vamos.

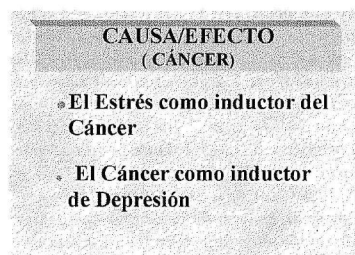
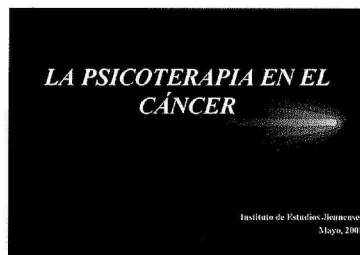
Es posible que bastantes personas no sepan que la raíz latina del vocablo CÁNCER signifique cangrejo; sin embargo, los estudios psicolingüísticos que han explorado el significado de este término mediante el di-

ferencial semántico de OSCOOD apuntan siempre a connotaciones negativas afectivas irracionalmente estereotipadas y mucho menos a otros significados más racionales o técnicos (a pesar de que la muestra explorada fue de universitarios y de sanidad) y a pesar de la larga existencia del término y campañas divulgativas/informativas.

Este resultado ocurre en sanos porque las personas afectadas por el problema aceptan en un 15% padecer de cáncer, en un 30% dicen tener un tumor y más del 50% hablan de quistes, bultos, pólipos, etc.

I. Fenómenos psicológicos y cáncer

Con independencia de los factores etiológicos conocidos y aceptados: genéticos, virales, tóxicos, ambientales, etc., se requiere una particular deficiencia inmunitaria en los organismos para que ocurra el fenómeno



Palabras clave: Psico-oncoterapia. Información al paciente canceroso. Impacto ante la muerte.

Fecha de recepción: Junio 2001.

Seminario Médico

Año 2002. Volumen 54, N.º 1. Págs. 83-90

FACTORES PSICOLÓGICOS Y CÁNCER

(Talbot, Hales y Yudofsky, 1996)

I. EL FACTOR PSICOLÓGICO COMO INDUCTOR DEL CÁNCER

FACTOR PS.	T. ESTUDIO	T. CÁNCER	HALLAZG.	AUTORS
DEPRESIÓN	EPIDEM. (16-29 a.)	MIXTO	DOBLE RIESGO MUERTO	Shekelle y cols., 1981
PERSONALIDAD	CASOS CONTROL	COLORECTAL	PATRÓN "C"	KUNE y cols., 1991
VIVENCIAS PREVIAS	CASOS CONTROL	CERVICAL RECTO. ETC.	ESTRÉS	Geyer, 1991

morboso. Las experiencias hasta la fecha nos dicen que determinadas situaciones psicopatológicas antes, en el momento de la aparición y en el curso de un cáncer han ocurrido y se discute sobre su influencia en el cáncer mismo.

I.1. El estrés como inductor de enfermedad cancerosa

Señalamos los siguientes casos experimentales:

I.1. Un amplio estudio (WENTERN ELECTRIC) demostró que los pacientes depresivos tenían un riesgo doble que la población normal de morir de cáncer a los 17 años, así como de contraer la enfermedad a los 10 años con una incidencia significativamente mayor que la población normal (grupo control). El estudio longitudinal de SHEKELLE y cols., 1981, tuvo una duración de 20 años. Hay que decir, por el contrario, que existen otros estudios que no han confirmado lo mismo. Así ZONDERMAN y cols., 1989, del *National Health and Nutrition Examination Survey*, con un seguimiento de 10 años, no han podido probar que la depresión sea un predictor de morbilidad/mortalidad por cáncer.

I.2. TEMOSCHOK y SÉLLER (1981) descubrieron un patrón de conducta que determinados sujetos muestran frente a esta enfermedad y llamarlo «Patrón C» con los siguientes rasgos:

- Cooperador pasivo.
- Poco asertivo.
- Sin capacidad de reacciones de ira.

-Obediente.

-Introvertido, etc.

El estudio de KUNE, G.A. y cols., 1991, realizado en Melbourne mediante casos control en pacientes con cáncer rectal era mucho más frecuente en personas con estos rasgos de carácter que los del grupo control. Así, tal perfil de personalidad tendría mayor riesgo de contraer cáncer rectal.

I.3. Diferentes estudios, distintos entre sí, aunque aquí nos referimos al de GEYER, 1991, han demostrado que acontecimientos estresantes vitales (divorcios, situaciones de desempleo, desarraigo social, duelos prolongados, etc.) han precedido a la aparición de distintos tipos de cáncer, por encima del control.

A la mayor incidencia se ha sumado también mayores recurrencias y virulencia en su progresión.

II. El cáncer como inductor de patología mental

Se requeriría estrategia terapéutica activa. De hecho se ha visto que la necesidad de atención psiquiátrica del paciente con cáncer rebasa el 25% de los casos por trastornos de adaptación (F43.2 ICD-10).

II.1. SPIEGEL y BLOOM (1981-1989), mediante ensayo aleatorizado, observan que la terapia de apoyo con entrenamiento en autohipnosis, así como las técnicas conductual-cognitivas en cáncer de mama (GREER y cols., 1991):

- Reducen el dolor.
- Equilibran el estado anímico.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y CÁNCER

(Talbot, Hales y Yudofsky, 1996)

II. FACTOR CÁNCER COMO INDUCTOR DE DE TRASTORNOS MENTALES

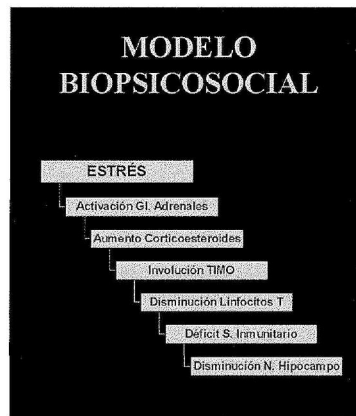
FACTOR PS.	T. ESTUDIO	T. CÁNCER	HALLAZG.	AUTORS
PSICOTERAPIA	ENSAYO ALEATOR	MAMA METASTAS	<DOLOR >SUPERV.	Spiegel y cols., 1981-1989
PSICOTERAPIA ESTRUCT.	ENSAYO CONTROL	MELANOMA POSTQUIR.	<ESTRÉS >AFRONT. >FINMURE	Fraway y cols., 1990
PS. GRUPO	CASOS CONTROL	MAMA METAST.	>SUPERV. >LINEOC.	Grossarth-Mattek, 1989

- Reducen determinadas fobias.
 - Aumentan la supervivencia respecto del control de 19 a 35 meses (doble de tiempo).
- II.2. FRAWZY y cols., 1990, en pacientes post-quirúrgicos de melanoma maligno, mediante psicoterapia estructurada de grupo durante 6 semanas se puede observar:
- Mayor vigor físico.
 - Mejor estado de ánimo.
 - Afrontamiento más activo.
 - Aumentos significativos en la función INMUNITARIA (aumento de linfocitos T).
- II.3. GROSSARTH-MATICK, 1989, en comparaciones controladas en mujeres con cáncer de mama con metástasis vieron que los grupos que recibían psicoterapia frente a los que no la recibían experimentaban:
- Aumento supervivencia.
 - Aumento linfocitos T.

III. El modelo bio-psico-social

Se dice que PASTEUR, Louis (1822-1895), célebre químico francés descubridor de la vacuna de la rabia y de otra serie de hallazgos muy importantes, al punto de revolucionar la Medicina y la Higiene, etc., totalmente convencido de que toda enfermedad tenía su causa en determinados microorganismos, unos descubiertos por él mismo y otros que ya se irían descubriendo hasta encontrar la explicación de todas las enfermedades. No obstante, y antes de morir hizo unas declaraciones sorprendentes para sus convencimientos. Dijo que CLAUDE BERNARD (médico fisiólogo, 1813-1878) tenía toda la razón porque «la semilla no es nada, el terreno lo es todo». Sabemos que C. BERNARD estaba centrado en la importancia del «equilibrio del medio interno». Nos parece esta idea precursora del equilibrio inmunológico de los organismos.

Ya desde 1956 se sospechaba un vínculo de asociación entre el ESTRÉS y EL CÁNCER. SELYE, H. publica *The stress of Life* (Mc Graw Hill, N. York). En este trabajo pionero el autor concluye que el estrés genera variaciones en la producción de ACTH y afirma rotundamente que esta sustancia es la promotora del cáncer.



Hoy está constatado que el estrés produce descargas de catecolaminas.

Está comprobado también que los órganos inmunitarios están inervados por el SNC (médula, timo, bazo, nódulos linfáticos). En concreto, en las células del S. Inmunitario se han encontrado receptores para varios tipos de neurotransmisores, neurohormonas y neuropéptidos.

De ello se sigue un aumento de los corticosteroides adrenales, una involución en la función del timo y la merma de los linfocitos T colaboradores (distintos a los T supresores) como se puede comprobar midiendo la liberación de los mediadores químicos llamados citocinas.

El efecto inmunosupresor de la merma de linfocitos acarrea una mayor vulnerabilidad no sólo para el cáncer sino también para determinadas infecciones.

Incluso merma la actividad neuronal del hipocampo con el consiguiente déficit de la capacidad cognitiva (memoria y aprendizaje).

La atrofia hipocampal se ha visto mediante técnicas de neuroimagen en sujetos con depresiones de larga evolución, en la enfermedad de CUSHING y en el estrés de combate. Estados, todos ellos, que cursan con niveles altos de glucocorticoides.

IV. Mecanismo de acción y su reflejo en la clínica

Desde la perspectiva más realista, sin ningún triunfalismo, y teniendo en cuenta que estas experiencias no son lo consistentes que debieran por existir otras que no confirman lo mismo, sólo se puede decir con certeza que:

IV.1. La psicoterapia que logra conductas de afrontamiento positivas sí es eficaz en el curso o progresión de la enfermedad y, en bastantes ocasiones, con resultados sorprendentes al comparar con otros pacientes controles.

IV.2. Los trastornos nerviosos previos no son determinantes en la aparición misma de la enfermedad.

La literatura de divulgación ha cargado excesivamente las tintas en la responsabilidad del mismo paciente y en el valor decisivo para «vencer al cáncer». De esto se han derivado sentimientos de culpa que han sido contraproducentes.

La acción psicoterapéutica consigue:

- Mayor tiempo de vida.
- Mejor calidad de vida.

Posibles sorpresas no explicables desde la efectividad sola de la terapia convencional (muchas de las grandes sorpresas no llegan a la categoría de milagros pero son casos remitidos plenamente).

V. Psicooncología

Surge esta necesidad con la siguientes finalidades:

PSICOONCOLOGÍA

- Personalidad del paciente
- Estrategias de AFRONTAMIENTO
- Tratamientos personalizados

VI. Estudio de la personalidad del paciente, calibrar su capacidad de asimilación emocional e información, sus posibles alteraciones psiquiátricas comórbidas, su grado de implicación con ideas filosóficas, religiosas, etc. Sus vínculos familiares y apoyo social, su grado de soledad, etc.

V.2. Estudio de sus ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, algunas de las cuales son:

- Búsqueda de información sobre su padecimiento.
- Cruce de impresiones con otros pacientes.
- Negar la evidencia de la enfermedad.
- Búsqueda de distracciones.
- Capacidad para encontrar algo positivo en la enfermedad.
- Buscar explicaciones en el pasado.
- Preparación «para lo peor».
- Interés en solventar asuntos pendientes.
- Etc.

V.3. Tratamientos personalizados.

VI. La información al paciente. Quién, cuándo y cómo se ha de informar

VI.1. Quién

La(s) persona más significativa para el paciente en el proceso de la enfermedad.

El modelo clásico exige, por una parte, que sea el médico que «lo lleva». Se espera que su médico le diga lo que tiene.

El familiar más allegado, auténticamente relevante para el enfermo, si es que lo tiene. El psiquiatra o psicólogo puede no estar presente aunque sí es preciso que haya cambiado impresiones con los otros miembros.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

» QUIEN INFORMA

» CUANDO

» CÓMO

Sobre esta particularidad hay muchas variantes.

VI.2. Cuándo

Es muy importante porque conviene que sea ANTES de que el mismo paciente haya advertido por sí mismo que tiene un cáncer y DESPUÉS que se tengan los datos necesarios o básicos confirmatorios, así como después también de conocer la personalidad del enfermo.

VI.3. Cómo

Dependiendo del momento evolutivo del proceso y del pronóstico. Un cáncer con gran probabilidad de poder atajarlo es distinto a una situación invasiva.

Atendiendo siempre al perfil psicológico del enfermo.

Hay que ir a la verdad, con cierta flexibilidad, sin crueldad y sin desesperanza.

Inmediatamente o al mismo tiempo hay que asegurarle nuestra asistencia.

Mismo interés demostrado desde el principio.

Facilitarle al máximo la comunicación, confidencias y ser fluido y natural en las respuestas a preguntas que se le ocurran al paciente. Debe tener la certeza que sabemos exactamente lo que tenemos que hacer.

VII. El impacto ante la muerte

La MUERTE es un suceso único e irreversible ante el cual nadie puede aportar más experiencia que la imaginaria, a pesar de haber concurrido o asistido a numerosos casos. Como fenómeno individual es incomprensible en su totalidad.

A veces ocurre que determinadas personas, por el hecho de estar «familiarizados» con la muerte son las más nocivas. No se puede rutinizarse algo tan singular. Esto ocurre con frecuencia en el personal de funerales.

IMPACTO ANTE LA MUERTE

- **Temor al “NO SER”**
- **Incertidumbre ante lo desconocido**
- **Desprenderse de personas/cosas**
- **Ruptura de su proyecto de vida**
- **Miedo al sufrimiento**

PROCESO DE ADAPTACIÓN (Kübler-Ross)

- Desconcierto/Negación
- Irritación
- Intentos de soslayar la realidad
 - Pensamiento Mágico
- Depresión
- Aceptación

La muerte nos remite, casi siempre, a consideraciones filosóficas/éticas y religiosas. La ANGSTIA ante la idea cierta de la muerte es la más auténtica, es la angustia por antonomasia. Algunos hipocondríacos pueden experimentarla pero en este caso no existen dudas. Lo menos soportable es la idea de NO SER del DEJAR DE SER. Es la idea máxima de INDEFENSIÓN.

Creyente o no el sujeto se enfrenta a lo desconocido. Se agolpan grandes dudas, aparecen múltiples vivencias, añoranzas, ideas de desprendimiento de todo lo material y humano.

Ruptura con el proyecto de vida que se tuviera.

Mucho MIEDO: al dolor, al ahogo, a las náuseas.

OSLER en su trabajo nos dice que sólo el 8% de las personas sufren con intensidad; lo habitual es un tránsito imperceptible desde el debilitamiento a la obnubilación,

desinterés por todo, sopor. Antes que esto llegue, se plantean cuestiones relativas a la EUTANASIA, hoy muy comentada y autorizada en determinados estados.

VIII. El proceso de adaptación a la muerte

Desde que el paciente conoce su gravedad, atraviesa varias etapas en un proceso de adaptación psicológica (KÜBLER-ROSS):

1. No se lo puede creer. Desconcierto y negación.
2. Se rebela, se irrita, se pregunta por qué, etc.
3. Intentos de escamotear la realidad, fantasea.
4. Entra en depresión al agotar todas las tretas evasivas.
5. Aceptación.

Es obvio que estos puntos no han de darse correlativos. No se deben evitar estos sentimientos ni rebatirlos con dureza. La presencia física comprensiva e inteligente es



bastante. Contestar a preguntas sin formular discursos propios.

IX. La terapia

1. Puesta de acuerdo en común para contestar a las interrogantes más perentorias del paciente entre el equipo médico, enfermería con sus respectivos *turnos* y los miembros de su familia que le visitan (si es muy grave, si otros se han curado, si tiene operación, si la quimioterapia, etc.).

2. Asegurarse de que este personal tiene conocimiento de los fenómenos psicológicos habituales como se han descrito en: impacto ante la muerte y mecanismos de adaptación.

3. Superado esto y a tenor con la personalidad del paciente se le incluirá en algún programa específico tras haberle proporcionado la debida información:

-Técnicas de relajación/hipnosis/sufronización.

-Terapia de grupo/apoyo con o sin implicación de personal sanitario.

-Creación de ambiente terapéutico aprovechando los lugares comunes de terapia química u otros.

-Desensibilización sistemática sobre algunos temores.

-Terapia cognitiva.

-Ideación prospectiva.

-Biofeedback.

-Resolución de problemas.

-Etc.

X. Actitudes del equipo asistencial

El enfermo en fase terminal, el llamado «desahuciado» o moribundo, carece muchas veces de cuidados mínimos por determinados mecanismos de rechazo subconsciente tales como:

-Se asume la idea de que en breve vamos a romper definitivamente la relación con el paciente.

TERAPIA MULTIDISCIPLINARIA Personalizada

• EQUIPO MÉDICO

• EQUIPO
ENFERMERÍA

• FAMILIA



ACTITUD DEL MÉDICO Y PERSONAL SANITARIO

- Ideas de fracaso
- Clima de “deshauciado”
- Sentirse responsabilizado
- Autodefensa:
 - Despersonalización
 - Intelectualización



–Pensamos que debemos atender otros casos de mejor pronóstico.

–Nos sentimos, de algún modo, «responsables» de un fracaso.

–La muerte de los demás nos remite a la propia y resulta desagradable.

–Fenómeno de *despersonalización*: Cuando nos referimos al paciente ya lo hacemos de otro modo v.g. «el del número tal», «el caso cual». Es un ardid defensivo y de alejamiento.

–Fenómenos de *intelectualización*: Comentamos el proceso con terminología más técnica, con consideraciones fisiopatológicas, detalles del acto quirúrgico, terminología estadística, etc.

No debemos perder la perspectiva humana mientras el paciente no haya abandonado nuestro lugar de trabajo. ◀

M. Camacho Muñoz, Psiquiatra.