

Psico-oncología en el siglo XXI

Jennifer Middleton
Psicóloga Clínica

(Artículo Publicado en la Revista Actualidad Psicológica - Junio 2002)

'El cáncer es un síntoma de una enfermedad que desconocemos' según palabras del Dr. Miguel Maturana, Jefe del Servicio de Cirugía Mamaria del Hospital San Juan de Dios, o como lo señalan Stoller y Marmorston, 'Hay que llegar al convencimiento de que el tejido canceroso no es en sí mismo el problema que debe resolverse, sino que lo importante es la aberración que ha permitido la existencia de un medio favorable para la enfermedad. El cáncer no es sino un síntoma, y aislar el síntoma mediante el solo tratamiento es como tratar la esquizofrenia de manera esquizofrénica. Un virus puede ser la causa bioquímica, pero si lo que ha permitido el desarrollo del cáncer, es decir, la etiología básica, reside en la psique, sólo puede producirse la curación si se conoce esta etiología'. (1)

Esta enfermedad está afectada por múltiples factores, tanto en su aparición y curso, como en su recuperación. Esto significa, que una aproximación al cáncer rigurosa y éticamente impecable, debe considerar todos los aspectos involucrados, tanto biológicos como psicológicos, tanto sociales como espirituales.

La psico-oncología ha surgido como respuesta a esta necesidad y, a pesar de que hay psicólogos trabajando en esta área desde hace muchos años, recién en la década de los 80 esta disciplina es considerada una rama de la psicología y se funda la International Psycho-oncology Society en 1984.

Sin embargo, la psico-oncología entendida como tal, es 'reactiva', preocupándose del apoyo al paciente de cáncer, su familia y el equipo, siendo en este sentido altamente necesaria y eficiente.

Cubre aspectos relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos, manejo del dolor, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad (Cuidados Paliativos), elaboración del duelo y asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud.

Esta es la psico-oncología que se estudia e investiga en los principales Centros de esta disciplina en el mundo: Sloan-Kettering en Nueva York, liderado por la psico-oncóloga Jimmie Holland (2), en Kiel con el Dr. Kollenbaum, en Paris en especial en cuidados paliativos y en otros centros del mundo.

Nosotros consideramos que ésta es sólo una parte de los objetivos de la psico-oncología y que, si pretendemos ser profesionales de avanzada en este campo, debemos dedicarnos también a la psico-oncología proactiva. Esto implica colaborar con el paciente, para

descubrir las características de su estilo de vida que puedan haber influido en la presentación de su enfermedad y su curso, y, ayudarlo a revertir estas características, así como desarrollar políticas de prevención.

No es una excusa que las investigaciones cuantitativas que se realizan a nivel mundial, no hayan entregado suficientes resultados (¿cuántos son suficientes?) que relacionen estilos de vida y presentación y curso de la enfermedad, o no asocien stress y cáncer, o sistema inmune y cáncer en forma categórica (1 y 3).

Por otra parte, el Dr. Claus Bahnson, en 1980, al resumir una parte de las pruebas recientes, concluyó: 'Así pues, existen datos concluyentes derivados de los campos neurológicos y endocrinológico que respaldan la idea de que acontecimientos psicológicos mediados por el sistema nervioso pueden influir en las reacciones endocrinas e inmunitarias a los procesos malignos'(1).

Cabe hacer notar, en primer lugar, que las investigaciones cuantitativas en este campo son difíciles, por los problemas que se presentan en la aislación de variables psicológicas (no es lo mismo evaluar el efecto de una quimioterapia que el de un cambio de vida).

En segundo lugar, como todos sabemos, no sólo las investigaciones cuantitativas son válidas científicamente; las investigaciones cualitativas y los estudios de casos, realizados adecuadamente, también arrojan resultados de validez científica.

En tercer lugar, sí existen investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que relacionan aspectos psicológicos y presentación y curso de la enfermedad, cuya historia empieza con Galeno, sigue en los siglos XVII y XVIII, y continúa haciéndose presente en el Siglo XIX y en el Siglo XX, detalle que se puede encontrar en el libro de Bammer y Newberry (1).

La investigación de Spiegel en relación a terapia de grupo y sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama marcó un hito en la historia de la psico-oncología (4) aunque desde nuestro punto de vista los resultados habrían sido mucho más reveladores si se hubieran evaluado factores de cambio y no sólo asistencia al grupo. También queremos citar aquí la investigación de Bücher y Moya (5), Eysenk (citado en 6), Simonton (7), LeShan (8) para sólo nombrar algunas que nos han sido más cercanas en nuestro trabajo.

Con esta visión, el campo profesional de la psico-oncología se amplía a todos los aspectos preventivos del cáncer, lo que nos permite participar en forma activa en detectar los modelos de alto riesgo cancerígeno y contribuir a revertirlos oportunamente, investigar en estas áreas y contribuir con una aproximación éticamente responsable.

Después de 23 años trabajando con estos pacientes, hemos constatado una y otra vez, que una actitud proactiva es una parte fundamental en un proceso de recuperación o de prolongación de la vida (6).

Así mismo, hemos visto que se repiten características y se presentan denominadores comunes en nuestros pacientes (6), lo que nos permite realizar una prevención primaria real y no sólo una detección precoz de la enfermedad.

Lawrence LeShan y su discípula y colaboradora Ruth Bolletino, trabajan desde hace años en Nueva York con una aproximación proactiva, estimulando a sus pacientes a 'volver a cantar su propia canción', es decir, ir al encuentro de aquello que dejaron en el camino y cuya pérdida llevó a vivir en forma frustrada, tensa, poco satisfactoria (8).

PSICO-ONCOLOGIA REACTIVA

El campo de acción de la psico-oncología reactiva es enorme y permite al psico-oncólogo apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración.

Con respecto al paciente, al recibir el diagnóstico siente que se le detiene la vida abruptamente, queda invadido y paralizado por terribles temores, está desorientado y perdido entre múltiples opciones. Esta persona requiere ser apoyada inmediatamente por un equipo multidisciplinario, y no esperar a que haga crisis de angustia o caiga en un estado depresivo.

Cualquiera de estas situaciones agravará el problema, hará más difícil la aplicación de tratamientos y permitirá que la persona se deje llevar por un sistema común de creencias frente al cáncer, como que es sinónimo de muerte, de dolor y de desesperanza, etc.

Los médicos parecen desconocer el potencial de trabajo de un psico-oncólogo y con frecuencia no recurren a él hasta que el enfermo está en crisis o cuando sienten que la proximidad de la muerte a ellos los desborda o no saben cómo tratar este tema con el paciente o la familia.

Más adelante, una adecuada psicoprofilaxis de los tratamientos, permitirá una mejor tolerancia de ellos y, como consecuencia, posiblemente una mayor efectividad. Basta decir que una persona que entra relajada y bien preparada a una cirugía, se recuperará más pronto, procesará mejor las eventuales mutilaciones y se reinsertará antes en su vida familiar, social y laboral.

Lo mismo ocurre con una adecuada preparación a la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.

Con respecto al manejo del dolor, el trabajo del psico-oncólogo está relacionado con un diagnóstico diferencial del dolor, con su evaluación y tratamiento. Si consideramos el dolor clínico como una manifestación subjetiva, producto de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales, queda en evidencia que la sola participación del médico es insuficiente para un buen manejo.

Hoy día existen múltiples alternativas de manejo psicológico del dolor, que representan un gran aporte tanto en los problemas de dolor agudo o crónico, tanto en las etapas iniciales de la enfermedad como en cuidados paliativos. El no abrir al paciente estas opciones, es por decir lo menos, irresponsable. Todos sabemos que hoy es inadmisibles que una persona sufra un dolor sin control, considerando las múltiples opciones que posee un equipo multidisciplinario para su manejo.

En el área de cuidados paliativos, considerando la tríada - paciente, familia, equipo - (9) la responsabilidad del psico-oncólogo es aportar sus conocimientos y experiencia a todos los integrantes de esta tríada, evitando al máximo el sufrimiento de cada uno. Esta labor es profunda, sacrificada y muchas veces agotadora, pero la vivencia de acompañar a un paciente y su familia en etapas avanzadas de la enfermedad y en la proximidad de la muerte, es una de las experiencias más enriquecedoras de la vida. El equipo debe autocuidarse y optimizar sus energías en este trabajo, recibiendo por parte del psico-oncólogo las herramientas adecuadas para dar lo mejor de sí sin extenuarse.

Si a todo esto agregamos los talleres de duelo para la familia, las intervenciones de pareja y familiares, las asesorías en relación a la sexualidad del paciente con cáncer, los entrenamientos en imaginación, visualización, relajación, yoga y meditación, arte-terapia, consejería telefónica e intervenciones psico-educativas, creemos haber mencionado las áreas más importantes que cubre la psico-psicología reactiva, tanto en el trabajo con niños, adolescentes, adultos como adultos mayores.

En el ejercicio de la psico-oncología reactiva, es frecuente recibir pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad. Por un lado la familia necesita un apoyo y guía para tratar al paciente y tolerar mejor la tragedia que están viviendo, por otro, el paciente está dispuesto a recibir cualquier ayuda que le alivie y, por último, muchas veces el médico tratante acepta la presencia del psicólogo aunque no entienda la utilidad, presionado por la familia y el paciente que están desesperados y piden cualquier ayuda que les alivie.

Otras veces, al formar parte de equipos de cuidados paliativos la labor del psico-oncólogo es parte habitual del tratamiento en etapa avanzadas.

Hace unos meses, me llamaron a una clínica para atender a una mujer de 40 años con cáncer de pulmón y metástasis cerebrales que se negaba a morir, pese a sus sufrimientos y a conocer su diagnóstico cabalmente. Cuando llegué a verla, estaba en un profundo estado de angustia que le impedía dormir hacía varios días, pese a la medicamentación ansiolítica e hipnótica que estaba recibiendo.

Se trataba de una mujer separada con dos hijos de 12 y 10 años de su segundo matrimonio. Los hijos del primer matrimonio vivían fuera del país y, por conflictos de familia, ella no se relacionaba con su familia de origen.

Su drama era que sentía que estaba abandonando a los hijos, se negaba a aceptar su muerte y el no dormir estaba íntimamente relacionado con la posibilidad de no volver a despertar.

En el curso de la entrevista, quedó claro que también había una parte de ella que estaba agotada, que sí quería descansar y dejar de pelear por vivir. Mi única intervención fue escucharla y posteriormente arreglar una entrevista entre ella y el padre de sus hijos, donde ella pudo expresar sus reservas y temores respecto a su rol de padre. A su vez, pudo escuchar lo que su exmarido estaba dispuesto a hacer por sus hijos, la planificación que de hecho ya estaba poniendo en práctica para recibirlos y varias medidas futuras para su bienestar.

La paciente falleció esa misma noche sin angustia. Esto demuestra que a veces, con muy poco, el aporte puede ser determinante para una persona.

Muchas veces, y debido a los tabúes sociales que existen respecto a la muerte y el morir, las personas no están dispuestas a abordar el tema fácilmente y se requiere la concurrencia de una persona entrenada para romper las reservas. Este es uno de los roles que debe saber realizar un psico-oncólogo.

PSICO-ONCOLOGIA PROACTIVA

Este término ha sido acuñado en el Centro de Desarrollo de la Persona y se basa en el modelo teórico desarrollado en este Centro y que fue creado por Jens Bücher (10).

Sostenemos que para que una persona vuelva a ser sana, debe flexibilizar los 'filtros' (modelos, experiencias, roles, mandatos, imposiciones, etc.) que le impiden ser inocente y que le han llevado a stress, luego a disfunciones y, finalmente, a una enfermedad. Sólo el reencuentro con su inocencia, su integración emotiva, su íntimo modo de ser, su entusiasmo vital, su autonomía, y el quiebre de la instrumentalización de sí misma, va a permitir que vuelva a ser una persona sana nuevamente.

Una y otra vez hemos constatado que, personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos, muchas veces recuperan su salud y, como otras, con mejores pronósticos, que no están dispuestas a hacer cambios, vuelven a hacer una recurrencia.

En 1990 realizamos una investigación cualitativa en más de 1000 casos e identificamos algunos denominadores comunes que se presentan en las personas con cáncer (6). Durante 12 años hemos hecho el seguimiento de algunos de esos casos: personas con mal pronóstico que hicieron cambios notables y profundos y que aún están vivas y enamoradas de la vida.

El trabajar con personas en base a este continuo Inocencia-Enfermedad, nos ha permitido crear Talleres de Prevención del cáncer, tanto en el ámbito privado como institucional.

La Corporación Nacional del Cáncer está realizando una investigación prospectiva a 5 años para identificar personas con alto riesgo genético de presentar cáncer de mama. A todas las personas que participan en esta investigación (a la fecha 1300 aproximadamente) se les ha evaluado psicológicamente, identificando también modelos de alto riesgo psicológico.

Hemos invitado a estas personas a charlas informativas para contarles la influencia que pueden tener sus estilos de vida en la presentación de la enfermedad y enseñarles las posibilidades de participación que pueden tener en disminuir los riesgos.

A continuación las invitamos a talleres terapéuticos y corporales, para ayudarles a modificar aquellas características y comportamientos que hemos correlacionado con la enfermedad, como bloqueo de las emociones, baja autoestima, autopostergación, altos niveles y mal manejo de tensión, alto sentido del deber y rigidez valórica con baja vitalidad y dinámica.

Hemos visto como en familias donde el cáncer se repite de generación en generación, aunque no siempre se encuentra el gen responsable (BRCA1 o BRCA2), muchas veces las evaluaciones psicológicas de madre, hijas y hermanas son muy similares. Esto nos abre un enorme campo de trabajo e investigación. En este sentido, podemos decir que la labor de la psico-oncología está recién empezando a perfilarse.

Hace 6 años recibí como paciente a una mujer de 54 años operada de cáncer de mama, con compromiso ganglionar. Se trataba de una mujer que, gracias a su esfuerzo e inteligencia, tenía un cargo ejecutivo en una gran empresa, a pesar de no tener un título profesional.

Había dedicado su vida a trabajar y construirse una seguridad económica y había tenido éxito.

Estaba casada hacía 20 años y tenía dos hijos.

Su infancia había sido difícil debido a que su padre era una persona autoritaria y machista, que había sido infiel abiertamente. Su madre era una mujer sumisa, débil y había muerto de cáncer de mama el año anterior.

La paciente había elegido como pareja un hombre débil, incapaz de mantener a su familia, pero según la paciente 'incondicional, bueno y fiel'.

Durante el curso de la terapia apareció toda su sensibilidad reprimida por años, sus emociones bloqueadas, sus temores por no repetir el papel de la madre. Apareció su agotamiento, se derrumbó su fachada de seguridad y dureza y se contactó con una mujer dulce y blanda que había sido postergada por años. Fue necesaria una intervención de pareja para que aprendiera a dar espacio a su esposo que también había reprimido parte importante de su virilidad y masculinidad para 'evitar conflictos'.

Hoy esta persona está bien físicamente, ha reestructurado su vida, trabaja media jornada, con mucho menos tensión y ha dejado espacio en su vida al arte, a la naturaleza, a la relación de familia y al yoga. Es el típico ejemplo del reencuentro con la inocencia, con los potenciales postergados, con la emotividad y con la alegría de vivir.

El trabajo en el ámbito proactivo no es fácil, porque muchas veces el paciente siente que está haciendo todo lo que puede hacer para sanarse y, sin embargo, no avanza en su

recuperación, o lo que es peor, su enfermedad es cada vez más grave. En estos casos, la labor profesional debe ser apoyadora e impulsadora de cambios más radicales, lo que muchas veces es resistido por el paciente, especialmente por su falta de energía. Y entonces nos preguntamos ¿dónde está el equilibrio? ¿cuánto podemos intervenir? ¿cuándo debemos retirarnos, respetar o darnos por vencidos?

Cuando me ha tocado saber de la muerte de un paciente que yo claramente sentía que sus cambios eran superficiales y no profundos y donde yo no fui lo suficientemente categórica, muchas veces he cuestionado mi labor profesional y me he preguntado si no debí haber sido más clara, más directa, más decidida y más estimuladora.

La respuesta no es fácil y cada persona es un mundo nuevo de interrogantes a las que debemos someternos con humildad, para mejorar la calidad y eficiencia de nuestro quehacer, sumar e integrar esfuerzos para investigar y aprender más cada día en una disciplina que recién comienza, y que se va a constituir en breve plazo en un pilar fundamental del tratamiento de una enfermedad que, a pesar de los esfuerzos de la ciencia médica, es cada vez más frecuente, seña inequívoca que es a la persona a la que hay que tratar y no sólo al órgano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bammer K. y Newberry B. "El stress y el cáncer" Ed. Herder, Barcelona, 1985
- 2.- Ed. Holland J. "Psycho-oncology" Oxford University Press, NY, 1998
- 3.- Ed. Schedlowski M. and Tewes U. "Psychoneuro-immunology - An Interdisciplinary Introduction" Ed. Kluwer Academic/ Plenum Publishers NY 1999
- 4.- Spiegel D. and Classen C. "Group Therapy for Cancer Patients" Ed. Basic Books, 2000
- 5.- Bücher J. y Moya A. "Elecciones vitales y cáncer" Ed. CDP, 2000
- 6.- Middleton J. "Yo (no) quiero tener cáncer" Ed. Grijalbo, Stgo. de Chile, 2001
- 7.- Simonton y Mathews "Getting Well Again" 1978
- 8.- LeShan L. "Cancer as a turning point" Ed. E.P. Dutton NY 1989
- 9.- Bayés R. et al. "Propuesta de un modelo integral para una intervención en terapéutica paliativa" Medicina Paliativa Vol.3 No.3 1996
- 10.- Bücher J. "Ingeniería de la Acción" Ed. CDP 1999