

Psico-oncología

Psic. Cliserio Rojas Santes

La enfermedad es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. En algún momento, todas las personas somos afectadas en mayor o menor medida por la enfermedad, bien como una amenaza potencial latente en todos, como una realidad que nos ha tocado vivir, o bien como el sufrimiento en personas próximas a nosotros (familiares, amigos). La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado. El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias de éste, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo. En los países occidentales, el cáncer es una de las tres causas más importantes de mortandad junto con las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico. Aunado a toda esta problemática, está todo el sufrimiento que conlleva, pues el saberse con una enfermedad como ésta impacta en las diferentes dimensiones del ser humano. Afortunadamente, cada vez son más los que se preocupan para que la atención de un paciente con cáncer sea realmente integral. Esto no es una tarea fácil, pues ha comportado todo un proceso de comprensión y empatía por parte del equipo de salud convencional, pero que se ha rendido ante la evidencia de la imperiosa necesidad de atender al paciente, su familiar e incluso al equipo de salud que le atiende, para que una vez identificadas las necesidades emocionales y de los procesos psicológicos por los que pasan los pacientes con cáncer y sus familiares, tengan un acercamiento más humano a estos enfermos.

La psico-oncología

El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Su interés está enfocado en estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

La figura del *psico-oncólogo* toma una relevancia cada vez mayor. Y cada vez es mayor la demanda por parte de los propios pacientes y de sus familiares de recibir una atención especializada durante y después de su enfermedad. El objetivo es optimizar su calidad de vida y afrontar el cáncer y la muerte o supervivencia de la manera menos dolorosa posible en situaciones en las que, con frecuencia, el dolor emocional se confunde y acompaña al físico. En este contexto, las habilidades de comunicación con el enfermo y la ayuda psicológica como parte integral de la rehabilitación durante y después de los tratamientos antineoplásicos, ocupan un lugar privilegiado.

Las diferentes fases de la enfermedad oncológica

Diagnóstico

La confirmación de un diagnóstico de cáncer supone un gran impacto emocional que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia... siendo éste uno de los momentos de mayor tensión. La persona tiene que enfrentarse a la certidumbre de la enfermedad y a la incertidumbre de su evolución, a la vulnerabilidad y, sobre todo, a pensar en la muerte como algo cercano y real. Surgen interrogantes que no tienen una clara respuesta o ninguna.

Kaufmann considera que, al igual que la enfermedad, el diagnóstico no constituye un momento, sino que es un proceso que incluye una serie de fases y crisis que ocasionan distintos problemas a los que hay que enfrentarse. Según la autora estas fases son:

- La que precede al diagnóstico: cuya duración y reacciones están determinadas tanto por variables sociodemográficas: edad, sexo, clase social, nivel cultural, educación sanitaria, como por variables psicológicas, asociadas con el miedo a la enfermedad.
- La confirmación del diagnóstico: es el momento de máxima tensión, ya que se le comunica a la persona su padecimiento, se le hace saber que tiene una enfermedad y se le ofrecen alternativas de tratamiento. Esta fase también es conocida como de “shock” en cuanto a que recibir un diagnóstico de cáncer se asocia con la muerte y pérdida de cualquier proyecto de futuro.
- Reconocimiento de la propia enfermedad: se inicia esta etapa cuando el paciente asume su situación real de enfermedad. Esto no siempre ocurre en el momento del diagnóstico, sino que se alarga en el tiempo y se produce cuando la persona ya está recibiendo el tratamiento.

Tratamiento

Los tratamientos que habitualmente se utilizan en el control del cáncer son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea entre otros. Estos tratamientos son agresivos, provocan múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un detrimento de su estado físico y emocional en lugar de una mejoría, sin que esto le dé la seguridad de curarse, sólo la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, vulnerabilidad y sentimientos de inutilidad son habituales durante esta fase. Dichos efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo de las características del fármaco y de las de la personalidad del enfermo.

Remisión

Cuando los tratamientos han finalizado y no hay evidencia de enfermedad es el período considerado como de remisión o período libre de enfermedad. A nivel físico comienza la recuperación. Ésta no siempre es entendida por el paciente y familiares que piensan que, una vez finalizados los tratamientos, de forma inmediata se van a sentir bien, “como antes”, y no es así: la recuperación es paulatina, a veces más lenta de lo que ellos desearían. Psicológicamente puede ser un momento problemático. En la práctica cotidiana es frecuente encontrarnos con personas que se sienten asustadas, indefensas, inseguras, ya no están

enfermas, pero todavía no son “normales”. Igual que hablamos de un proceso de adaptación a la enfermedad, ahora se plantea el proceso de adaptación a la normalidad y, curiosamente, es en este momento cuando algunos pacientes solicitan apoyo psicológico. Son aquéllos que no han hecho el proceso de duelo que conlleva el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que amenaza la vida y es ahora, cuando ya no tienen que dedicar sus esfuerzos y energías a los tratamientos, cuando se “deprimen” o, mejor, cuando pueden deprimirse y ocuparse de lo emocional. El pensar que la enfermedad puede volver, tener que pasar por todo lo anterior, la incapacidad y la posibilidad de morir, es una fuente de estrés crónico que explica el malestar psicológico en un número importante de pacientes. Estos miedos se intensifican cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones. En los días previos a las mismas, los pacientes pueden sentir aumento de la ansiedad, dificultad para concentrarse y para dormir, llegando en algunos casos a requerir tratamiento farmacológico. También el miedo y la ansiedad se intensifican ante cualquier síntoma físico, y es inevitable asociarlo con la presencia de la enfermedad.

Recidiva

Hablamos de *recidiva* o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo, más o menos largo, libre de la misma. Esta situación trae grandes repercusiones físicas y sobre todo, psicológicas. El paciente se da cuenta de que las posibilidades de tratamiento son más limitadas. Siente que está enfadado, furioso consigo mismo, con sentimientos de culpa por no haber logrado superar la enfermedad y también con el médico por no haber sido capaz de curarlo, o porque no fue eficaz en detectar el progreso de la enfermedad, lo que significa reencontrarse con sus miedos y la subsiguiente vivencia de fracaso. Se comenzarán de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares a los anteriormente recibidos o podrán ser nuevos, lo que significa volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos. Es frecuente encontrarnos con que el paciente siente rabia, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, rasgos depresivos; siendo la indefensión -ante la falta de control de la enfermedad- y como consecuencia la depresión, las emociones más predominantes y de mayor intensidad.

Desde el punto de vista terapéutico ésta es una de las situaciones más difíciles de manejar. La persona permanece durante mucho tiempo con el sentimiento de fracaso, pues llega a sentir que todo esfuerzo que se haga no sirve de nada. Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de las emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. Es importante en estos momentos saber escuchar las quejas del paciente, entender su sufrimiento y tratar de no dar “consejos estereotipados”, que no ayudan en nada a la persona.

Terminal

En pacientes oncológicos se observan una serie de parámetros que definen esta fase: presencia de enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros. Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en este momento son tanto físicos como psico-emocionales.

Las reacciones emocionales en esta fase están determinadas por la conciencia de la situación que el paciente tenga. Al igual que en las fases de diagnóstico y tratamiento, también ahora puede darse un proceso de adaptación, y en él se distinguen tres momentos importantes:

- El del impacto de la situación actual que puede dar lugar a la negación y a reacciones de ansiedad.
- El del afrontamiento ante el que se reaccionará con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.
- El de adaptación donde se producirá una disminución de las alteraciones emocionales previas y el paciente pondrá en marcha los recursos personales para disminuir el malestar psicológico.

Se estima que una gran parte de los pacientes logran adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que esto se consiga fácilmente y que todos puedan hacerlo. El proceso es doloroso, largo y comporta dificultades, y debe convertirse en el objetivo asistencial. Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad. En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionar al paciente, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

También es muy importante trabajar con el paciente el tema de la reinserción social, pues muchos de los sobrevivientes pasan por varias crisis antes de adaptarse a su nueva condición. No se debe olvidar el trabajo con las familias que al igual que el paciente también pasan por un periodo de adaptación a la enfermedad, y que en varias ocasiones es más difícil para que los miembros de la familia que para el paciente mismo.

La mejor estrategia para enfrentar esta crisis de enfermedad es no “casarnos” con una sola idea o postura, y mientras más se movilicen las emociones más sanamente se vive; esforzarnos por mantener una actitud positiva lleva al cansancio, así como ser totalmente fatalista nos roba la energía para dar respuestas más creativas, enriquecedoras y sobre todo, esperanzadoras.

La Psicooncología actual enfrenta varios retos: darse a conocer, demostrar calidad en el trabajo, realizar investigaciones y no olvidar la parte humanista que debe caracterizar a todo el que trabaja con este tipo de pacientes y familiares.

La Psico-oncología en México

El cáncer es un padecimiento de alta incidencia en nuestro país y se ubica como la tercera causa de muerte después de la diabetes y de las enfermedades hipertensivas. En efecto, de acuerdo con la información de la Secretaría de Salud, desde 1990 se consideran la morbilidad y la mortalidad por cáncer como un problema de salud pública. En ese sentido, hay dos cuestiones que deben destacarse.

En primer lugar, que hay algunos tipos de cáncer que podrían detectarse y curarse, por lo que las defunciones ocasionadas por estos tipos son consideradas en el marco de la mortalidad como evitables. Ejemplos de ello son el cáncer de mama, el cáncer de cérvix, el cáncer de bronquios, tráquea, garganta y lengua, así como el cáncer de próstata. En efecto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, citada en el Boletín del INEGI fechado el 30 de

enero de 2015, alrededor de 30% de los casos de cáncer pueden ser prevenidos, y en el caso de los cánceres asociados al sistema respiratorio, el porcentaje podría llegar hasta 70%.

En segundo término, es importante decir que estos tipos de cáncer están en su mayoría asociados a estilos de vida, pero también a condiciones de pobreza, marginación y al insuficiente equipamiento de unidades médicas para la adecuada interpretación de resultados, o bien, para generar diagnósticos y tratamientos oportunos; en el mismo nivel se encuentra la mala calidad de éstos para el seguimiento de las y los pacientes.

La magnitud del problema

De acuerdo con las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el número absoluto de defunciones por cáncer se incrementó, entre los años 2004 y 2013, en casi 20%, al haber pasado de 64 mil 333 en el primer año de referencia, a 78 mil 582 en 2013, en el que se llegó al récord histórico en el número absoluto de defunciones anuales por tumores (neoplasias).

De acuerdo con los registros del INEGI, en el periodo de los diez años señalados, han fallecido 718 mil 424 personas a causa del cáncer, de las cuales en 351 mil 923 casos se trató de personas del sexo masculino; mientras que en 366 mil 458 se trató de casos de mujeres.

En términos relativos las defunciones por cáncer representaron, en promedio, en los diez años considerados, 13.1% del total; del total de defunciones de hombres en el periodo considerado, 11.5% fueron causadas por el cáncer, mientras que entre las mujeres, el porcentaje es de 15.1%. Esta “sobremortalidad” femenina se debe, en parte, a que las mujeres son mayoría demográfica en el país, pero también a la carga de la mortalidad que provocan en particular dos tipos de cáncer: en primer lugar, el cáncer de mama, el cual en más de 95% de los casos de defunciones corresponden a mujeres, y el cáncer de cérvix; ambos, como ya se señaló, causas de mortalidad en exceso evitable.

La Psicooncología es una especialidad relativamente nueva en nuestro país. Quienes la ejercen, psicólogos y psiquiatras, dedican su tiempo a la prevención, al diagnóstico precoz, a la evaluación de las necesidades psicosociales, al tratamiento de psicopatologías asociadas a la enfermedad neoplásica, a la rehabilitación psicológica y social de pacientes oncológicos, al apoyo a pacientes y familiares que ingresan a un programa cuidados paliativos; así también a mejorar las competencias comunicativas y de interacción de los miembros de los equipos de salud oncológicos. Pero desde hace más de 50 años en el mundo se ha aceptado la participación del psicólogo como del psiquiatra en el ámbito de la oncología. En México, desde 1980 con la visión del iniciador y ahora reconocido como el padre de la Psicooncología mexicana el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, se dan los primeros pasos en la Psico-oncología en el Instituto Nacional de Cancerología de México, uno de los iniciadores de las clínicas del dolor y de las unidades de cuidados paliativos en el país; y gracias a la apertura y apoyo del Dr. Arturo Beltrán Ortega director general del Instituto en aquellos años, se dan los inicios de esta disciplina, además con el apoyo de grandes y reconocidos oncólogos médicos, cirujanos oncólogos, radioterapeutas, angiólogos, psiquiatras y psicólogos, empiezan a fusionar objetivos de un trabajo integral “transdisciplinario”.

En junio de 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología A.C. (SMPO, A.C.). Y el siguiente año inicia la primera generación en la especialidad de Psicooncología con duración de tres años con sede en el Instituto. Con la llegada a la dirección general del Dr.

CENTRO SAN CAMILO
VIDA Y SALUD
NO. 76 (2015)

Jaime De la Garza Salazar en 1993, la Psico-oncología se ve fortalecida, pues el director da las pautas para la firma de convenios de intercambio con diversas instituciones de salud y académicas. Además, el Dr. De la Garza brindó las instalaciones del Instituto, como lugar sede para las actividades de la Sociedad Mexicana de Psico-oncología A.C. Actualmente ya son más los Estados que cuentan con un Instituto Estatal de Cancerología y que van haciendo la diferencia en el tratamiento integral del paciente con cáncer.