



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

E L E N F E R M O C A N C E R O S O  
=====

IV PARTE:

Algunos aspectos psicológicos en  
la terapia del enfermo canceroso.

Dr. Juan Arraztoa E.

ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS EN  
LA TERAPIA DEL ENFERMO CANCEROSO

Dr. Juan Arraztoa E.

Ningún médico puede atender u observar enfermos de cáncer sin dejar de sentir un impacto emocional. Existen valores espirituales, existenciales y emocionales que no se plantean en la relación médico-paciente cuando se trata de enfermedades de curso benigno. Ellas no producen en el enfermo la ansiedad, incertidumbre y angustia en cuanto a pronóstico y evolución, como ocurre con las enfermedades malignas. Estas reacciones son inherentes al futuro mismo del tratamiento y tienen un valor vital e importante que el médico no debe dejar de considerar. Si él está realmente interesado en tratar a sus enfermos cancerosos en la forma más efectiva que le sea posible, además de sus conocimientos quirúrgicos y el de las perspectivas y limitaciones de la radioterapia y de la quimioterapia, necesitará un conocimiento básico de los principios psicoterapéuticos. Ellos le permitirán enfocar al enfermo en una concepción global del ser humano sufriente y ayudarlo a enfrentar los problemas psicológicos derivados de su enfermedad.

Esta comunicación es el fruto de una revisión de la literatura médica sobre el tema más las observaciones personales acumuladas a lo largo de 15 años de experiencia en oncología. Se ofrece una orientación psicoterapéutica que corresponde a una visión de un campo poco explorado de la medicina. El tratamiento de un enfermo canceroso pone en contacto a dos

seres humanos, a los que involucra en el desarrollo de un drama con una gran dosis de dependencia por parte de uno de ellos ( paciente ) y reacciones emocionales, como frustración y sentimientos de culpabilidad, de parte del otro ( médico ).

En la primera consulta, ambos inician un proceso dinámico con sus características psicológicas peculiares. Estas deforman, complican y comprometen el programa terapéutico futuro, de tal modo que pueda olvidarse la realidad de que ni aún el tratamiento más exitoso significa obligadamente una recuperación física completa. Es importante adoptar un enfoque realista, comprendiendo y valorando los factores psicológicos en juego, con miras a aliviar el sufrimiento, conservar y respetar la dignidad humana y reconocer el sentido que tiene la vida para el paciente.

En los últimos años se ha observado en la literatura médica un mayor interés hacia las necesidades de apoyo psicológico del enfermo canceroso y, en especial, se ha discutido la conveniencia de comunicarle o no su diagnóstico. Diversos autores son partidarios de decir la verdad al paciente en forma libre y abierta; pero, al mismo tiempo, señalan la responsabilidad que se autoadjudica el médico en ese caso, ya que adquiere el compromiso de sustentar psicológicamente al enfermo. Hay una serie de opiniones divergentes sobre la cantidad de verdad que el médico considera que "es buena para el enfermo", lo que los pacientes deben saber y lo que son capaces de soportar.

La palabra "cáncer" parece tener un lugar único en el espectro de las enfermedades humanas. El enfermo relaciona el diagnóstico de cáncer con muerte, se siente desamparado cuando conoce o sospecha su diagnóstico porque tiene la sensación de que existe un proceso misterioso e incontrolable que ha invadido su cuerpo y que lo vá destruyendo día tras día.

Podemos enfocar el tratamiento de los enfermos cancerosos desde tres ángulos:

1. Tratamiento objetivo de la enfermedad.-

Consiste en abordar la enfermedad empleando las técnicas quirúrgica, radioterapéutica o quimio terapéutica y, en algunos casos, inmunitaria. O sea, atacar al cáncer como enfermedad de fondo con todas las armas de que dispone la medicina moderna.

2. Tratamiento subjetivo.-

Consiste en atender al enfermo con psicoterapia de apoyo, ayudándole a resolver sus problemas de ansiedad, angustia y dependencia de modo que le sea posible sobrellevar su enfermedad.

3. Tratamiento espiritual.-

Consiste en el apoyo religioso al paciente en todas las etapas de la enfermedad, pero especialmente en los tramos finales de ella. El consuelo que la religión pueda darle al enfermo terminal es importante, sobre todo si él es creyente.

Con esta visión del armamentarium de que puede disponer el médico al enfrentarse al desafío que significa el tratamiento de estos enfermos, se han descrito tres fases en el desarrollo de la enfermedad, las que corresponden a tres etapas bien precisas de la evolución psicológica del enfermo. Ellas son: la fase inicial, la fase intermedia y la fase terminal.

a) Período o fase inicial.-

Esta fase está íntimamente relacionada con el diagnóstico, la comunicación de él al paciente, el desarrollo del programa terapéutico y la valorización de la eficacia de las técnicas a emplearse. En este período, tanto el médico como el enfermo están iniciando sus relaciones amistosas cada uno con su personalidad y sus problemas de carácter.

Es importante tener en cuenta en esta fase, que el médico necesita tener conceptos bien claros sobre lo que debe explicar al paciente con miras a obtener el máximo de su colaboración. Se le debe informar el porqué de los exámenes que se le solicitan y el eventual tratamiento a seguir. Los autores que se refieren a este tema, sugieren que se debe actuar con toda naturalidad y honestidad hacia el enfermo, comunicándole lo que en ese momento se observa. El paciente necesita tener confianza en su médico, y muchos de ellos desean conocer el diagnóstico. Es en ese momento en que se juega el futuro del tratamiento. Muchos médicos ante el diagnóstico de cáncer, sienten angustia y tratan de ocultarlo, usando métodos o subterfugios que los enfermos captan y que les hacen perder la confianza en el médico al sentirse engañados. Por esto, el médico debe sentarse a conversar francamente con su enfermo, escucharlo, permitir que le comunique sus dudas y sus miedos, y aún estimularlo a que le cuente las fantasías relacionadas con el diagnóstico de cáncer. Mientras escucha, el médico debe ser lo suficientemente cauto para responder sólo a las preguntas directas del enfermo, él no mostrará interés en obtener respuestas que no sea capaz de soportar. Debido a esta vulnerabilidad que debe ser respetada, el médico permitirá al paciente que sea el "moderador" de la conversación.

No se debe entrar en muchas explicaciones ni cifras estadísticas al referirse al pronóstico de la evolución. Si hay que intervenir al enfermo, se le explicará someramente de que se trata. En el caso de que

haya que considerar una mutilación, esta deberá ser explicada junto con las consecuencias que traerá consigo y el posible programa de rehabilitación que sea factible emprender a posteriori.

Nunca debe realizarse una intervención quirúrgica sin explicar previamente al enfermo los cambios estructurales a que será sometido, la necesidad de ello para erradicar la enfermedad o detener su invasión, según el caso, y las repercusiones que estas medidas tendrán en su futuro. Lo ideal sería que el médico lograra ser tan persuasivo como para conseguir que el enfermo consistiera, sin frustración ni amargura, a sacrificar partes de su cuerpo con miras a una sobrevivida útil para él mismo, su familia y la comunidad.

Una vez decidida la intervención y llevada a cabo, debe explicársele al paciente en palabras sencillas lo que se le hizo. Hay que buscar el momento preciso, en que se pueda hablar con calma, conversando como amigo, para darle la oportunidad de hacer todas las preguntas que quiera. Las más frecuentes dicen relación con el grado de diseminación que la enfermedad pueda tener y el pronóstico que se pueda esperar.

En mi experiencia, esta conversación es fundamental. Los mejores éxitos obtenidos en el tratamiento y evolución de los enfermos, los he observado cuando el paciente capta lo que se hizo y se muestra interesado en derrotar su enfermedad. En cambio, aquellos enfermos angustiados y temerosos tienen un post-operatorio tortuoso y una evolución complicada. La colaboración del paciente para los controles posteriores y un buen seguimiento de la enfermedad depende muchas veces de esta conversación. Con cierta frecuencia he oído decir a algún paciente: "El doctor Tal se mostró interesado antes de la operación; pero, después de operarme no me ha venido a ver, o no me ha dicho que es lo que me hizo". Terrible reproche de una persona que se siente mutilada e indefensa y con una sospecha diagnóstica angustiante.

Debe explicársele a los enfermos que los controles posteriores son necesarios para evitar que puedan pasar desapercibidos síntomas que nos indiquen una reactualización de la enfermedad. Al diagnosticar precozmente estos síntomas, es más fácil su control. Esta frase es clave para conseguir que el enfermo vuelva a control sin angustia y para que él mismo ponga todo de su parte para mantener la continuidad del seguimiento. Los controles posteriores deben ser hechos en forma natural, congratulando al enfermo cuando el examen es negativo a fin de que sienta la seguridad de que su médico lo encontró sano. Si se encuentran síntomas sospechosos, solicitar exámenes adicionales como labor de rutina sin inquietar al enfermo con suposiciones hasta no confirmar el diagnóstico.

b) Período o fase intermedia.-

En este período están comprendidos aquellos pacientes que no han curado de su enfermedad y deben ser sometidos a tratamientos prolongados de tipo paliativo. Clínicamente correspondería a la etapa de evolución del cáncer recidivante o metastásico. Durante esta fase las necesidades del enfermo son muy diferentes a las de la fase anterior. Un proceso defensivo de negación pasa a tener importancia fundamental en sus vidas. Aparece una racionalización de la enfermedad, e incluso la comentan como cosa del pasado. Todo lo que les sucede es nuevo y no tiene relación con el cáncer. Muchos de estos enfermos se interesan por problemas triviales o por molestias menores que absorben toda su atención.

Algunos enfermos sueñan con la muerte y empiezan a obsesionarse con ella. Otros se lanzan en la búsqueda de formas complicadas de vida, llegando a una hiperactividad que no es normal.

Esta es la etapa en que aumenta la necesidad de dependencia. Los enfermos quieren que el médico los vea con mayor frecuencia, sobre todo que los examine, que los toque físicamente. Esta necesidad de contacto físico simboliza la esperanza que aún tiene el enfermo y su satisfacción reafirma la fé en la capacidad del médico para curar. Esa fé en la omnipotencia del médico, hace que muchas veces baste su presencia para que el paciente se sienta aliviado de sus dolores y, más que nada, de su angustia aun cuando el médico no prescriba ningún medicamento.

Durante esta etapa es cuando uno debe preguntarse que es lo que el enfermo canceroso espera del médico. La esperanza del paciente ya no está basada en una actitud de esperar curación. Muchos de ellos se dan cuenta de la diseminación de su enfermedad, e incluso la comentan; por eso no piden que los curen sino que se les alivie sus sufrimientos. Piden una mitigación de sus dolores o el control de la tos o el paliativo de la disnea. No esperan curación, sólo el que sus sufrimientos puedan ser controlados y aliviados.

Muchos de estos enfermos se angustian y sufren gran ansiedad cuando la situación externa es inestable, ya sea por problemas de trabajo, o familiares. Dá la impresión de que pierden el control de sí mismo y la sintomatología aumenta, observándose a menudo una agravación de la enfermedad a causa de estos trastornos emocionales. La conversación frecuente, la psicoterapia de apoyo junto con las medidas de orden paliativo para tratar la enfermedad, son los medios que se deben emplear.

c) Período o fase terminal.-

En esta etapa el médico como el paciente se ven enfrentados a la muerte y a lo que significa el fracaso del tratamiento empleado. El enfermo se encierra en sí mismo, su comunicación va disminuyendo y se hace cada vez más limitada. Aumenta considerablemente su dependencia del médico y de la familia. Se hace mayor su sensación de soledad y de abandono, y su impresión de pérdida de control de la situación le resulta abrumadora, hasta el punto que es lo que más lo deprime.

Muchos de estos enfermos discuten su próxima muerte y su estado de incurabilidad, e incluso el trastorno que significa para sus familiares el estado en que se encuentran. El médico todavía brinda alguna esperanza gracias a su presencia física, por la ayuda que pueda prestarle en el alivio de sus dolores, y por la promesa de visitas futuras.

En el período terminal, los cuidados de enfermería son indispensables, así como las frecuentes visitas del médico. Este no puede negarse a visitar enfermos que están muriéndose, aunque sepa que no puede hacer absolutamente nada para detener el proceso de deterioro físico.

La familia del enfermo.-

Durante todo el curso de la enfermedad cancerosa, la relación entre el médico y el paciente se puede complicar por la actitud de los familiares. La mayoría de las veces cooperan y responden positivamente a la necesidad de una comunicación abierta, como corresponde a las necesidades de un ser querido. Pero, en algunos casos, las sensaciones de culpabilidad y hostilidad de los familiares, a veces subconscientes, hacen que no sean capaces de soportar la realidad del diagnóstico de cáncer y la idea de que el paciente vá a morir.

Pueden intentar hacer presión sobre el médico para que adopte una actitud de hipocresía o falsedad frente al enfermo o, algunas veces, sabotear el tratamiento o interromperlo sin consentimiento del médico. Este deberá estar en guardia para combatir estas interferencias en perjuicio del enfermo.

La relación con la familia debe ser en un plano de absoluta franqueza en cuanto al diagnóstico del cáncer, tratamiento que se efectuará, posibilidades de curación y de sobrevivencia. Muchas veces, por no decir la verdad a la familia se producen malentendidos que se traducen en fricciones entre el médico y los parientes, con el único resultado de que el enfermo se perjudica.

#### Reacciones emocionales de los médicos.-

Existen pocas publicaciones en la literatura relacionadas con la actitud emocional del médico frente al enfermo canceroso. Indudablemente, estos pacientes provocan una serie de reacciones emocionales diferentes a las que afronta el médico al tratar enfermedades de curso benigno. Los propios miedos, aprensiones, sensaciones de culpabilidad y/u hostilidad de los médicos tienen tendencia a centrarse, igual que lo hace el enfermo, en el diagnóstico de cáncer.

Es posible que el médico, al principio, aborde el tratamiento del enfermo canceroso en forma optimista y entusiasta, sobreestimando las posibilidades de curación. Luego, a medida que la enfermedad se va haciendo incurable, este entusiasmo va decayendo y, frente al problema clínico que ella significa, opta por transferir el paciente a un colega.

Es posible también que ya desde la etapa inicial, el médico sienta cierta inseguridad e inquietud acerca de los resultados finales del tratamiento que va a emplear.

Si el médico se observa a sí mismo en estas fluctuaciones emocionales, analizando sus actitudes negativas, podrá hacer el esfuerzo de superarlas, evitando ambivalencias desafortunadas y compartiendo con su enfermo una experiencia enriquecedora. Si los recursos que la ciencia le da, fueron insuficientes para detener el proceso de desintegración física, no ya como médico sino como ser humano y amigo, puede acompañarlo con su afecto y comprensión hasta el límite mismo de la barrera que todos deberemos cruzar algún día.

La verdad ahora ya no tiene importancia. Lo que cuenta es el sentido de la vida del paciente y la proximidad de la muerte. Nadie puede afrontar esta situación sin considerar cual es el sentido de su propia vida.

El médico que al llegar a esta etapa, delega su responsabilidad en otros, ha perdido una oportunidad única para compartir experiencias y dar un sentido humano a su profesión.