

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Aspectos psicológicos del paciente con cáncer

\*R. Labarca B.

## RESUMEN

*El profundo cambio que ha experimentado la medicina en los últimos años, ha traído como consecuencia un deterioro en la relación médico-paciente. La consecuencia de este hecho es un distanciamiento entre médico y enfermo, situación que afecta seriamente a los pacientes con enfermedades incurables o terminales. El presente artículo revisa los aspectos psicológicos principales del enfermo con cáncer y concluye que la única actitud que cabe ante el enfermo canceroso es la verdadera relación médico-paciente.*

## INTRODUCCION

El diagnóstico de cáncer sitúa al médico en una relación médico-paciente en la que inevitablemente están en juego dos realidades ineludibles de nuestra existencia: la vida y la muerte. En general, distinto significado tiene para un enfermo el diagnóstico de insuficiencia cardíaca o hepática, pues si bien ambas pueden tener un desenlace fatal, el curso de ellas puede ser más prolongado y, por lo tanto, el final parecer más lejano; el cáncer, en cambio, rompe esta laxitud temporal de modo tal que, salvo algunas excepciones, la presencia de éste significa muerte inminente. Así, la relación del médico con el paciente canceroso está marcada desde un comienzo por realidades disímiles y antagónicas, puesto que de una parte están la vida, la salud,

la plenitud de las condiciones físicas y psíquicas y, de la otra, la expectativa de morir, la enfermedad y el deterioro físico y psíquico. Esta situación, como veremos, modulará a uno y a otro en el contacto interpersonal y de no estar el médico consciente de ello, podría producirse un menoscabo en la relación de ambos. Una buena relación médico-paciente es fundamental en el tratamiento y apoyo del enfermo con cáncer.

## ¿DEBEMOS REVELAR LA VERDAD AL ENFERMO?

En el mundo de hoy, excesivamente tecnificado, priman en el hombre el afán de lucro, de lucimiento personal, de poder, lo novedoso, el conocimiento último de pequeñas islas del saber y la negación de la muerte. No es de extrañar, entonces, que estemos asistiendo a una profunda deshumanización de la medicina, de manera que lo importante no es ya cuidar, escu-

\*Unidad Docente Asociada de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

char y ayudar al paciente, ver cuánto de rico hay en él, llegar a su ser íntimo, actitudes todas posibles de realizar sólo si somos capaces de ver en el enfermo a un hermano, sino que, por el contrario, el paciente atrae al médico en la medida que algunos de sus órganos han enfermado.

Este cambio radical que ha experimentado la medicina en los últimos años, ha traído como consecuencia que al hombre enfermo, transformado en objeto, ya no se le informe lo que le acontece, tampoco los procedimientos que se le realizarán, ni el tratamiento al que será sometido. Más aún, especialmente ante enfermedades incurables, existe la tendencia generalizada en nuestro medio de ocultar al paciente la naturaleza de su enfermedad. Con frecuencia este hecho es percibido por los enfermos, de manera que cierto aire esquivo del médico, la aparición de conversaciones musitadas, de respuestas evasivas, fenómeno que algunos han llamado la conspiración del silencio, despiertan en él la sospecha de que algo grave le ocurre. Desconocemos todavía algún principio infalible que nos indique cómo reaccionará un enfermo ante la naturaleza del diagnóstico. Aún más, es difícil predecir con exactitud las eventuales reacciones, aunque frecuentemente tengamos un presentimiento intuitivo de cómo una persona reaccionará al enterarse de que se encuentra en peligro de muerte. No se trata de aplicar de manera dogmática el principio de revelar la verdad, más bien, habremos de escuchar las dudas del enfermo, sus inquietudes y miedos, y en la *medida que él nos permita* le revelaremos la verdad del diagnóstico.

Pensamos que no es posible negarle la naturaleza de la enfermedad, pues no sólo tiene el derecho a conocer la verdad, sino que, además, tiene el derecho de asumir el desenlace de ella como él quiera. Hacer esta realidad más llevadera para el enfermo no es labor exclusiva del psiquiatra, sino de todo médico.

### EL TEMOR A LA MUERTE

El temor a morir, que en principio estará encubierto por la negación y rechazo de la enfermedad, se manifestará luego a través del llanto, la angustia y la depresión. Se teme, por

una parte, al hecho mismo de morir, a la muerte en sí y, por otra, a la expectativa de la muerte, es decir, a lo que el enfermo imagina que es o que va a ser; piensa en la agonía, en el sufrimiento, en los posibles dolores, en el momento final. En general, hay tres aspectos de la expectativa de la muerte que preocupan: el tiempo que tardará en consumarse, la probable aparición de dolencias físicas graves y si existen los remedios que pudieran paliarlas. También, el temor a morir va unido al sentimiento de pérdida. El enfermo entristece al darse cuenta que dejará aquello que quiere, la familia, los amigos, los proyectos de vida.

El miedo a morir se acrecienta cuando el paciente percibe que quienes le rodean no están dispuestos a participar de sus problemas e inquietudes. Habitualmente los familiares le rehúyen y, desgraciadamente, los médicos rehúsan permanecer mucho tiempo a su lado por el temor a recibir preguntas relativas a la enfermedad y, en especial, a la muerte. Esta actitud, junto a la reserva del personal de enfermería, a las conductas vacilantes, actitudes que incluso llegan a la marginación manifiesta, aíslan al enfermo y exacerbaban su angustia e incertidumbre. Por el contrario, la comprensión, el afecto, la palabra tranquilizadora y la verdad acompañada de esperanza, son el mejor medio para tranquilizar al enfermo. En ocasiones, tan sólo el hecho de escuchar y de compartir sus inquietudes y temores, basta para serenarlo y hacerle más llevadera su realidad.

### EL PROBLEMA DEL DOLOR

Junto con el temor a la muerte, el dolor es la otra gran preocupación del enfermo que padece de cáncer. Tomando en cuenta este hecho, el médico debe estar dispuesto a mitigar eficazmente el dolor de sus pacientes a través del buen uso de analgésicos, en dosis terapéuticas, a intervalos adecuados y, a veces, en combinación con ansiolíticos o neurolepticos, lo que permitirá una buena analgesia y, al mismo tiempo, evitará la expectación ansiosa del dolor, que como bien se sabe, aumenta la intensidad de éste. El problema del dolor debiera discutirse abiertamente con los enfermos, lo cual,

también disminuirá la angustia anticipatoria generada por él.

Se ha de tomar en cuenta otro factor que contribuye a agravar la sintomatología dolorosa del enfermo. Es bien sabido que mientras más atención se preste al dolor, mayor será la percepción que se tendrá de él. Así, es un hecho normal y frecuente que el enfermo canceroso, por temor a pensar en la propia muerte, centre su atención y sentimiento de malestar en el dolor, aumentando, por lo tanto, la percepción que tiene de él. El médico habrá de reconocer que no le resultará fácil constatar con exactitud la intensidad del dolor, lo cual no quiere decir que lo pasará por alto; quiere decir que le resultará difícil conocer su intensidad precisa, así como los factores que están interviniendo en la sensación dolorosa del enfermo. Se entenderá, entonces, que si el estado de ánimo incide directamente en la intensidad del dolor, los factores emocionales que pudieran estar agravándolo debieran corregirse. En este sentido, una relación cordial y honesta con el enfermo, contribuirá a ello.

### COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS

La prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en la población general alcanza un 15%, en los pacientes de medicina general fluctúa entre un 15 y un 30% y en el enfermo portador de cáncer asciende a un 47%. En su mayoría (alrededor de un 68% de los casos), tales manifestaciones corresponden a cuadros reactivos, los llamados "Trastornos de Adaptación". En éstos pueden darse síntomas ansiosos, depresivos o la coexistencia de ambos.

En el Trastorno de Adaptación de tipo ansioso, predominan el insomnio de conciliación, la irritabilidad y variadas manifestaciones de angustia: palpitaciones, sudoración, sequedad de la lengua, aumento de la frecuencia miccional, mareos y molestias somáticas diversas. En el de tipo depresivo, se dan la tristeza, la tendencia al llanto, el insomnio y el desánimo. Una buena relación médico-paciente, constituye la mejor terapia para el manejo de estos cuadros y sólo eventualmente se requerirá de apoyo de fármacos ansiolíticos o antidepresivos.

Alrededor de un 13% de los pacientes pre-

senta verdaderas depresiones monopolares. Aquí, orientan al médico la presencia de alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, medio o del despertar), desinterés por todo, angustia, tendencia al aislamiento, la indecisión y, ocasionalmente, alteraciones de la memoria. Los pacientes, generalmente, saben distinguir entre el cansancio propio de la enfermedad y el desánimo, que más que cansancio, es una pérdida de la capacidad de vibrar con las cosas. El uso de antidepresivos, en dosis terapéuticas, es la alternativa para el tratamiento de esta complicación.

### REACCIONES DEL ENFERMO AL ENTERARSE QUE PADECE DE CANCER

En un estudio realizado por E. Kubler-Ross, se observó que al enterarse que padecían de un mal incurable, la mayoría de los enfermos seguía un proceso análogo. Revisaremos, brevemente, las cinco fases descritas por esta autora:

**1. Rechazo de la verdad y aislamiento.** Confirmado el diagnóstico, el paciente rechaza la naturaleza de la enfermedad durante algunos días o semanas. Esta negación, forma negativa de afirmar la presencia de la enfermedad, es un mecanismo de defensa que no debiera ser perturbado, pues pasado el impacto inicial del diagnóstico, el enfermo será capaz de recibir información más precisa y formulará nuevas preguntas, que el médico deberá responder con honestidad, pero sin privarle de toda esperanza.

**2. Fase de irritación.** El paciente considera injusto e inmerecido lo que le acontece. Se muestra irascible tanto con los familiares como con el médico y personal de enfermería; se enoja y reclama con frecuencia por motivos banales, amenaza al médico con pedir otras opiniones o bien discute las indicaciones médicas. En esta etapa, es importante entender que esta actitud es un mecanismo de defensa, por medio del cual, el enfermo, procura proyectar su enfermedad hacia afuera.

**3. Fase de negación.** La naturaleza de la enfermedad ha sido aceptada y, por lo tanto, se pide a Dios que postergue el desenlace fatal. Es

el período de las promesas, esperando en contrapartida, un mayor tiempo de vida.

**4. Fase depresiva.** Los cuadros depresivos pueden surgir ya en las fases anteriores. El paciente reacciona con tristeza, desesperación y sentimiento de inutilidad. A ratos pueden aparecer sentimientos de culpa, viendo en la enfermedad un castigo por supuestos errores cometidos en el pasado. Se percata, además, que está perdiendo todas las cosas y personas que ama.

**5. Fase de la resignación.** Superadas las fases precedentes, acepta ahora la enfermedad y sus consecuencias, en particular, la muerte.

Los pacientes no siempre siguen la sucesión descrita, pudiendo detenerse largo tiempo en una fase, para luego recaer en una anterior o continuar a la siguiente.

### ACTITUD MEDICA IDEAL

Cabe preguntarse si existe una actitud médica ideal para enfrentar al enfermo canceroso. La respuesta debiera ser que no hay más que adaptarse a cada enfermo, tomando en cuenta su

situación particular, no informarle aquello que no desea, pero responder a sus demandas, y ofrecerle nuestro apoyo, presencia y comprensión, fundamentos de una verdadera relación médico-paciente. □

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Para profundizar los temas aquí tratados, el lector puede consultar la siguiente bibliografía:

1. Derogatis, L.R.; Morrow, G.R.; Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249: 751, 1983.
2. Hinton, J.: Experiencia sobre el morir. Ariel, Barcelona, 1974.
3. Kubler-Ross, E.: On death and dying. Macmillan, New York, 1969.
4. Kubler-Ross, E.: Los sentimientos del enfermo ante la muerte. Triángulo 13: 25, 1974.
5. Wulliemier, F.: La asistencia psíquica a cancerosos. Héxagono "Roche", 4: 15, 1977.