

Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer

Mauricio Murillo¹
Ariel Alarcón Prada²

Resumen

Virtualmente, todos los pacientes que se diagnostican con cáncer tienen una respuesta inicial de malestar, estrés o perturbación emocional. El diagnóstico de cáncer afecta a los pacientes y sus familiares en múltiples áreas. La palabra *cancer*, de por sí, trae temor y produce altos grados de incertidumbre, lo cual genera altas demandas para los pacientes y sus familias. Se ha establecido que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento. La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y muchas veces no son atendidos. Los pacientes que tienen dificultad en adaptarse representan un claro reto para el equipo clínico, ya que el mismo equipo se ve en la necesidad de responder a múltiples problemas psicológicos y sociales. El estudio y la necesidad de un mejor entendimiento de los aspectos biopsicosociales del paciente con cáncer favorecieron la aparición de la psicooncología como subespecialidad del área oncológica. Este artículo pretende explicar los tratamientos psicossomáticos para los pacientes con cáncer basándose en la respuesta psicológica del paciente y sus familiares durante los diferentes estadios de la enfermedad (psicosocial) y en los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que influyen la morbilidad y mortalidad del paciente con cáncer (psicobiológico). Se hace hincapié en tratamientos dirigidos a prevención, psicoterapia, psicofarmacología y terapias alternativas.

Palabras clave: cáncer, prevención, psicoterapia.

Title: Psychosomatic Medicine Treatments in Cancer.

Abstract

In essence all patients that received a cancer diagnosis have an initial response that includes stress, distress, or emotional discomfort. A cancer diagnosis affects the patient and his family in multiple areas. The word cancer by itself brings a high level of uncertainty and fear, which generates high demands for the patient and his family. It has been established that 30-50 % of patients with a cancer diagnosis have a significant degree of distress that requires treatment by professional staff. Depression and Anxiety are the most frequent disorders present in these patients, unfortunately, very often, they are ignored and not treated. Patients that have difficulties adjusting to their new situation clearly represent a challenge

¹ Psiquiatra y psicooncólogo. Director de Servicios de Soporte, New York University Clinical Cancer Center.

² Psiquiatra y psicoanalista de la Clínica de Marly, Departamento de Psiquiatría Universidad del Rosario.

to the treatment team. The team suddenly faces the responsibility to answer to multiple psycho-social problems. Psycho-oncology, as a subspecialty in the oncology area, was developed in order to have a better understanding of the psychosocial aspects of the cancer patient, and therefore provide a more appropriate care for these patients. In this article we intent to discuss the psychosomatic treatments available for the cancer patient. The foundations of these treatments are the psychological responses of patients and their families during the different stages of disease (psychosocial) and the influence in morbidity and mortality by aspects related to behavior, social norms, and individual psychological state (psychobiology). We will discuss treatments with emphasis on prevention, psychotherapy, psychopharmacology and alternative therapies.

Key words: Neoplasms, prevention, psychotherapy.

Introducción

El diagnóstico de cáncer afecta a los pacientes y sus familiares en múltiples áreas. La palabra *cáncer*, de por sí, trae temor y produce altos grados de incertidumbre, lo cual genera altas demandas para los pacientes y sus familias. Virtualmente, todos los pacientes que se diagnostican con cáncer tienen una respuesta inicial de malestar, estrés o perturbación emocional. Se ha establecido que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento (1). La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y muchas veces no son atendidos. Los pacientes que tienen dificultad en adap-

tarse representan un claro reto para el equipo clínico, ya que este mismo equipo se ve en la necesidad de responder a múltiples problemas psicológicos y sociales (2-4).

Hasta hace 25 años, los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el paciente con cáncer no habían sido estudiados abiertamente; pero, poco a poco, pequeños grupos de personal clínico e investigativo en diferentes partes del mundo han empezado a estudiar estos aspectos, lo cual ha generado la aparición de la psicooncología como una subespecialidad dentro del área oncológica. Esta subespecialidad ha sido también llamada *oncología del comportamiento o psicosocial*, ya que incluye los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento del paciente con cáncer desde dos perspectivas diferentes: (i) su respuesta psicológica y la de sus familiares durante los diferentes estadios de la enfermedad (psicosocial) y (ii) los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que influyen su morbilidad y mortalidad (psicobiológico) (2-3).

Lo anterior nos permite, de una forma más específica, entender a pacientes que, debido a sus comportamientos, hábitos y estilos de vida, tienen un más alto riesgo para contraer esta enfermedad. De hecho, la psicooncología ha desempeñado un papel primordial en ayudar a la reducción en el riesgo de contraer cáncer, ya que ha facilitado el entendimiento de factores de

comportamiento que influyen su control y prevención. Este artículo pretende explicar los tratamientos psicosomáticos para los pacientes con cáncer, basándose en estas perspectivas, entre éstas los tratamientos dirigidos a prevención, psicoterapia, psicofarmacología y terapias alternativas.

Prevención

La identificación de factores de riesgo en oncología ha conducido a hacer hincapié en el estudio e implementación de técnicas de prevención. Esta última, como “tratamiento” psicosomático en el área oncológica, se incluye debido a los crecientes estudios que confirman reducciones en incidencia y prolongaciones en supervivencia cuando se controlan estos factores de riesgo (5). El consumo de tabaco y alcohol, una dieta inadecuada, la exposición a radiaciones ultravioleta y a agentes cancerígenos y la falta de actividad física son factores de riesgo significativos y modificables.

Tabaco

El tabaco, como tal, ha sido implicado en una de cada seis muertes en Estados Unidos; por lo tanto, se ha descrito como el aspecto más importante en la prevención en muertes prematuras e incapacidad individual en ese país. El cigarrillo, a su vez, ha sido relacionado con el

21% de muertes debido ha enfermedades coronarias y con el 30% de la mortalidad total en pacientes con cáncer, por ser el causante en un 87% de las muertes relacionadas con el cáncer del pulmón y en un 82% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6-7).

El dejar de fumar ha demostrado claramente beneficios para ex fumadores. En comparación con fumadores, las personas que dejan de fumar antes de los cincuenta años de edad tienen una reducción del 50% en el riesgo para toda las causas de muerte en los siguientes 16 años, y en estas personas, a la edad de 64 años, el riesgo de mortalidad es similar al de personas de la misma edad que nunca han fumado. En cuanto al cáncer, la mortalidad cambia de acuerdo con el sitio del tumor. Por ejemplo, en cáncer del pulmón la reducción en el riesgo de mortalidad disminuye en un 30%-50%, para ambos sexos y para todos los tipos histológicos, después de diez años de abstinencia. Por otro lado, el cáncer de vejiga o de riñón disminuye en un 50% en pocos años después de dejar de fumar (2-3,6-7).

Alcohol

En general, el público puede mostrar un poco de confusión en cuanto al alcohol, ya que se han reportado efectos benéficos (en prevención de enfermedad coronaria), si es consumido de una forma moderada.

A pesar de que no se ha demostrado que sea una sustancia cancerígena de por sí, algunas investigaciones sugieren, de una manera definitiva, que el alcohol desempeña un papel importante en el desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

La Sociedad Americana de Cáncer estima que 18.000 muertes por cáncer estarán relacionadas con el uso excesivo de alcohol (frecuentemente en combinación con consumo de tabaco); por lo tanto, recomienda que la disminución en el consumo podría reducir el riesgo para el desarrollo de neoplasias de la cabeza, cuello y de hígado. Cánceres de la cavidad oral, la faringe, la laringe y el esófago han sido claramente asociados al uso del alcohol. Por otro lado, los datos asociados con el desarrollo de cáncer de colon, estómago, seno, páncreas e hígado en relación con el alcohol son controversiales. Además, el mecanismo biofisiológico afectado por el alcohol, que como resultado cause cáncer, no es claro hasta el momento (3,8).

Dieta

En los últimos años se han publicado revisiones importantes que asocian dieta y cáncer. En ellas se confirma que entre el 30%-40% de los cánceres se pueden prevenir con dietas apropiadas y ejercicio físico. Otro estudio estima que el 10% de cánceres se pueden atribuir a una ingestión deficiente de frutas y verduras. En un 82% de 156 estudios

revisados, se encontró que el consumo de frutas y verduras provee una prevención significativa. La dieta deficiente en fibra ha sido claramente asociada al cáncer de colon, de mama y próstata (9). Además, deficiencias en micronutrientes, como riboflavina, hierro, yodo, calcio y selenio, han sido asociadas con diferentes tipos de cáncer.

También existen hallazgos que respaldan que el consumo excesivo del número total de calorías y de ciertos componentes en la dieta pueden crear una condición llamada sobrecarga metabólica, cuya mayor preocupación es el consumo excesivo de grasas (2-3,10). Estudios en la población han demostrado que el consumo de más del 20% de calorías en grasa está asociado con cáncer de colon, mama, próstata y, posiblemente, páncreas. Comidas asociadas con procesos de añejamiento, ahumadas y tratadas con sales también han sido asociadas con incremento en sustancias cancerígenas. Está claramente demostrado que el cambio en la dieta es valioso, no sólo para la persona sin cáncer, sino para el paciente oncológico. Cambios saludables en la dieta en el momento del diagnóstico de cáncer pueden tener influencia en el desarrollo de recurrencia y sobrevida (11).

Exposición al sol y riesgo de cáncer

A pesar de que para los seres humanos exponerse al sol es muy importante, cuando ésta es excesiva

invita al cáncer más común de todos: el de piel. De este modo, aun cuando la exposición moderada ha mostrado beneficios protectores contra el cáncer de colon, mama, ovario y próstata, la demasiada e intermitente está claramente asociada con el más peligroso tipo de cáncer: el melanoma (2). El comportamiento humano determina la exposición al sol. Si ésta se hace de manera aguda o intermitente puede generar quemaduras; pero si se hace de forma crónica, como en campesinos o personas en el área de la construcción, puede ejercer un efecto protector, ya que puede producir un aumento en el estrato corneo de la piel. Las intervenciones dirigidas a reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de piel suelen estar centradas en proteger al individuo de la exposición a radiación ultravioleta (12).

Actividad física

La actividad física, en asociación con el cáncer, no ha sido investigada lo suficiente. Se ha sugerido un riesgo menor de cáncer de colon con mayor actividad física. Los mecanismos biológicos posibles que se han identificado para explicar esto incluyen el tiempo reducido de los alimentos en el tránsito intestinal y la mediación a través de prostaglandinas. Otros estudios han asociado la actividad física a la menor incidencia de cáncer de seno, aunque sus resultados son inconsistentes (10).

Factores psicosociales

Se han descrito dos factores que influyen en el riesgo y la supervivencia por cáncer. Primero, el estado socioeconómico, que afecta a los pacientes con cáncer en todas sus etapas. Se ha visto un exceso de mortalidad por cáncer entre los que tienen pocos recursos económicos. Se estima que la diferencia entre la supervivencia de estos pacientes y los de nivel socioeconómico más alto se debe a un mayor retraso en el diagnóstico, a causa de la falta de acceso a los servicios médicos.

Segundo, el apoyo social. Se ha observado que personas solteras con cáncer tenían índices de supervivencia menores que las casadas, así como una mayor tendencia tanto a ser diagnosticadas tardíamente como a no ser tratadas por la enfermedad. Infortunadamente, es poco lo que podemos hacer para tratar o corregir estos factores psicosociales, ya que requerirían cambios drásticos y modificaciones en diferentes sistemas nacionales e internacionales (5,13).

La crisis vital del cáncer y el psicoterapeuta

El enfrentarse a un cáncer implica para la persona el reto de superar una serie de crisis vitales y emocionales. Por esto, tomamos como paradigma de actuación psicoterapéutica el modelo de inter-

vención en crisis en el momento del diagnóstico. Este modelo se puede aplicar, con modificaciones, a las demás crisis vitales del cáncer.

Para la mayoría de los pacientes, la ocasión del diagnóstico es un momento de profunda crisis vital que mueve tanto sus estructuras psíquicas y morales como las de su familia. No hay duda de que el diagnóstico de cáncer constituye un hecho de gran impacto negativo, catastrófico, para cualquier persona, porque se asocia directamente con sufrimiento y muerte. Sin embargo, la reacción posterior es sumamente individual. Algunos sentimientos que tienden a repetirse, como el temor a llegar a morir o a sufrir mucho, sobre todo de dolores, conduce a una marcada ansiedad, depresión reactiva y tendencias al aislamiento, todo esto en el marco inicial de lo que hemos denominado *alexitimia reactiva*, es decir, la tendencia a reprimir la expresión de los sentimientos.

En estos casos, los pacientes buscan estar solos, casi no expresan sus sentimientos ni sus pensamientos, parecen embotados y no pueden pensar o decidir con claridad. Sus ideas están centradas en que pueden llegar a morir y las asocian sobre todo con un separarse de sus seres queridos y suspender los proyectos y metas vitales que se habían fijado. Este período inicial de choque y alexitimia es seguido por uno de turbulencia, en el cual la

persona expresa su malestar más con actos que con palabras. Es cuando aparecen la irritabilidad, la sensibilidad excesiva, las depresiones y ansiedades leves a moderadas; así mismo, las alteraciones en el apetito y el sueño y la disminución en la capacidad de concentrarse y de llevar a cabo las labores cotidianas, por la presencia intrusiva de pensamientos y preocupaciones relacionados con el diagnóstico y temores referentes al futuro (14).

Después de las semanas iniciales, las diferencias entre los pacientes, los tipos de tumores y el estadio de la enfermedad llevan a que cada uno experimente de manera distinta las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento. Se ha observado que una preocupación se refiere al aislamiento social, producto de las restricciones impuestas por los tratamientos o cuando las consecuencias de la enfermedad y los tratamientos son visibles a otros. Para algunas personas, el mayor impacto se refleja en las alteraciones en el estilo de vida. Otros reportan sentir el principal impacto en los ingresos y los gastos. Hay pacientes para quienes este impacto se relaciona con la necesidad de estar más cerca de la familia y del sitio de tratamiento. Además, un elemento de gran temor para muchos es la pérdida de la independencia (14).

Psicoterapia en cáncer

Recibir un diagnóstico de cáncer y someterse a un tratamiento para superar dicha enfermedad supone afrontar una serie de situaciones estresantes que desbordan al paciente y a su familia (1). En el Cuadro 1 vemos los diferentes momentos de crisis vitales (momentos significativos con alta carga emocional y afectiva) que pueden ser tratados por un psicoterapeuta para su alivio y manejo.

Modalidades básicas de intervención

Ante las diferentes vicisitudes que conlleva el padecer y el ser trata-

do por un cáncer, se puede realizar una gama amplia de intervenciones psicoterapéuticas, que vemos en el Cuadro 2.

Obviamente, no todos los pacientes participan en todas las modalidades de intervención. Esto depende, sobre todo, de psicopatología asociada o del nivel de conflicto que presente el paciente en un momento dado, de la fase de la enfermedad por la que esté cursando y de la disponibilidad de recursos en cada institución o cada grupo humano.

Grupo psicoeducativo

Una modalidad psicoterapéutica difundida en Norteamérica, prin-

Cuadro 1. Crisis emocionales en el curso del cáncer

- Período del diagnóstico.
- Inicio del tratamiento.
- Complicaciones del tratamiento.
- Fase de intervalo libre de enfermedad.
- Fase de supervivencia.
- Período de la recidiva.
- Fase final de la vida.

Cuadro 2. Modalidades de intervenciones psicológicas en los servicios de oncología

- Grupo psicoeducativo.
- Valoración psicológica inicial.
- Seguimiento rutinario por psicología.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia individual (expresiva o de apoyo).
- Intervenciones en pareja y en familia.
- Intervenciones "inespecíficas".

principalmente en Canadá, son las intervenciones psicoeducativas con componentes psicoterapéuticos (15-16). La implementación de estos programas es sencilla y requiere un profesional dispuesto a brindar información y a ayudar a pacientes y familiares a superar el choque inicial del diagnóstico. Las personas recién diagnosticadas se reúnen de tres a seis sesiones de una hora donde se les explican las bondades y riesgos de los tratamientos oncológicos, así como la información sobre los momentos de crisis emocional y la forma de enfrentarlos, también se les enseñan estrategias de comunicación y de manejo del estrés. La ventaja de estos grupos, más allá de la información brindada y de la sensación de solidaridad que les genera a pacientes y familiares, es que los introduce a un grupo de atención psicológica al cual pueden acudir en los momentos de crisis hacia el futuro y les abre la posibilidad para otro tipo de intervenciones (16).

Valoración psicológica inicial

Idealmente, todas las personas que inician un tratamiento oncológico deberían gozar de un diagnóstico psicológico. Conocerlas desde el principio, lo máximo posible, en su dimensión humana y emocional, es un requisito fundamental en una persona que, sabemos, va a presentar una serie amplia y compleja de conflictos psicológicos. Esta visión de

conjunto inicial del paciente, de su personalidad, de sus ansiedades, de sus fortalezas y de su historia personal y familiar nos dará una muestra clara del ser humano que inicia con nosotros un largo y tortuoso proceso de tratamiento, cuyo éxito depende de su integridad motivacional y afectiva y de los recursos psíquicos con los que enfrenta las vicisitudes que se le presentarán (14).

Seguimiento rutinario por psicología

Cuando en general todo va bien, cuando las personas con diagnóstico de cáncer no necesitan o no quieren una psicoterapia individual, pueden ser seguidos, desde un punto de vista psicológico, de vez en cuando. El enfoque básico de esta evolución es el de detectar posibles alteraciones psicopatológicas. Es importante indagar por la presencia de depresión. Debemos permanecer alertas sobre los cambios del paciente, indagar sobre los retos, novedades y situaciones intercurrentes. Tal vez lo más destacado de esta oferta es que tanto el paciente como su familia sientan que tienen la puerta abierta y que siempre pueden venir a hablar de sus emociones cuando lo necesiten (14).

Psicoterapia de grupo

Con un psicólogo o un psiquiatra entrenados en la psicodinamia grupal, la psicoterapia de grupo (PG)

se puede constituir en la modalidad psicoterapéutica por excelencia en los servicios de oncología. Se puede suponer que en un ambiente cerrado, como el de los servicios de oncología, los pacientes, dado que están congregados, se pueden motivar fácilmente para una PG. El obstáculo que se debe superar sería el tiempo de los pacientes y el lugar de reunión. Lo ideal es implementar un programa de PG, en el caso de trastornos leves a moderados. La PG también puede ser un complemento a la psicoterapia individual o a la farmacoterapia, en algunos casos seleccionados.

En países latinoamericanos, con tantas necesidades de psicoterapia y tan poca oportunidad y disponibilidad, resulta asombroso que no estén instaurados muchos más programas de PG. Sus beneficios en cuanto a eficiencia terapéutica, así como mayor cobertura a menor costo, son muy considerables (14). En diversas clínicas de Estados Unidos se acostumbra a realizar grupos semiabiertos de psicoterapia para patologías definidas, por ejemplo, para cáncer de seno, de próstata, etc. Estos pacientes que comparten una patología común se benefician tanto de las clarificaciones por parte del terapeuta como del apoyo emocional brindado por los miembros del grupo. Las ventajas y beneficios de estos programas son enormes (14-16).

Psicoterapia individual

Desde el punto de vista de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada (PPO), se han clasificado tradicionalmente dos modalidades de psicoterapia: la expresiva y la de apoyo, con toda clase de gamas intermedias entre ellas (17-19). Como hemos visto, la más utilizada en pacientes en los servicios de oncología es la psicoterapia de apoyo, cuyos conceptos se ampliarán un poco, más adelante.

Muy idealmente, la recomendación de los autores es que a *todo* paciente que ingresa a un programa de tratamiento de cáncer le sea practicada una psicoterapia breve de apoyo en los primeros meses de su proceso. No sólo lo ayudaría a enfrentar la crisis vital que significa la enfermedad, sino que también conllevaría a un conocimiento más profundo, y desde el puro comienzo, de su estructura psicológica, a partir de la cual se pueden implementar medidas psicológicas preventivas. Luego, en las crisis, al paciente no le sería nada extraño necesitar y recurrir de nuevo a una intervención psicológica. Otra ventaja es el carácter pedagógico para el paciente de esta intervención rutinaria, ya que entendería, desde el principio, que el buen pronóstico de su proceso depende del enfrentamiento emocional adecuado de los graves acontecimientos que intercurren en él. Estos ideales pueden lle-

gar a ser costosos en un momento dado; pero nuestras limitaciones no pueden hacernos perder de vista los ideales de una buena atención (20).

Cuando la psicopatología sea más grave, como trastornos de personalidad, episodios psicóticos o depresiones mayores graves, está generalmente indicada la intervención psiquiátrica con formulación de psicofármacos o sin ésta. Estos trastornos pueden poner en peligro no sólo el buen curso del tratamiento, sino lo propia vida del paciente, por su entorpecimiento de la adherencia a estos tratamientos. La modalidad psicoterapéutica indicada es la expresiva (20).

Intervenciones en pareja y familia

Dado que el cáncer incide también de manera significativa en las parejas y los demás familiares de los pacientes, recomendamos, de rutina, una valoración-orientación, inicial, por parte de psicología o psiquiatría a todas las familias de los pacientes que inician sus procesos terapéuticos en oncología. El psicólogo o el psiquiatra del servicio debe estar dispuesto siempre a reunirse con los miembros de la familia cuando ésta lo requiera, brindando orientación y apoyo.

En ocasiones, la incidencia de la enfermedad es lo suficientemente perturbadora de la armonía personal y familiar como para que esté indicada la realización de psicote-

rapias de pareja o de familia. Es muy provechoso para los pacientes y sus familiares el incluirlos en el proceso del tratamiento. Sin embargo, de lo que aquí tratamos es de patologías y disfunciones graves que requieren la intervención psicológica para impedir mayores complicaciones en la evolución de la enfermedad. La psicoterapia de pareja o familia se plantea generalmente como coadyuvante de las psicoterapias individuales o de grupo y como intervenciones puntuales en momentos de crisis agudas en las parejas o las familias (20).

Psicoterapia de apoyo en pacientes con cáncer

Las técnicas psicoterapéuticas de orientación analítica se dividen en expresivas y de apoyo. Las expresivas van orientadas a ayudar al paciente a hacer consciente su conflicto inconsciente: la confrontación, la clarificación y la interpretación intra o extratransferencial. El paradigma de la psicoterapia expresiva es el psicoanálisis (21). Las intervenciones de apoyo van orientadas a establecer una fuerte alianza terapéutica o a cubrir déficits en los recursos emocionales momentáneos o estructurales que tenga el paciente.

La intervención psicoterapéutica más usada en oncología es la psicoterapia de apoyo, ya que no se dispone del tiempo y de las condi-

ciones necesarias para las terapias expresivas. Hemos visto que el paciente, principalmente al principio de la terapia, pero también en los momentos de crisis y al final, se encuentra en un nivel de regresión y de funcionamiento psíquico bastante precario e infantil, su cuerpo le duele, su vida puede estar en peligro, se le ha llevado a una situación de indefensión y está más interesado en sobrevivir que en resolver su conflicto intrapsíquico profundo (17,22-23).

El manejo de la transferencia

La transferencia es el fenómeno psíquico inconsciente que consiste en revivir con figuras posteriores en la vida modos de relación originalmente pertenecientes a figuras anteriores, generalmente a figuras parentales en la infancia (24). Los pacientes reviven con sus terapias patrones de relación emocional inapropiados para esta nueva situación, los cuales corresponden a patrones de relación con sus padres, cuando ellos eran niños. En una PPO la transferencia es el motor de cambio más poderoso, pero en una psicoterapia de apoyo la transferencia casi nunca es interpretada, sino que nos valemos de ella, es utilizada, para comprender lo que está pasando en la mente del paciente, mostrándole alternativas a su situación o el significado de la demanda infantil (17,22).

La transferencia institucional

La transferencia institucional se refiere a la serie de fenómenos inconscientes que ocurren en la mente del paciente, relacionados con fantasías, temores y deseos, dirigidos a los miembros del organismo prestador del servicio de salud como un todo, como si se tratara de una sola persona (23).

En momentos de angustia es normal que tendamos a escindirnos, es decir, a dividirnos e incluso a fragmentarnos interiormente (21). En los servicios de oncología, ante la angustia y la regresión que implica estar limitado y dependiente y ante el peligro vital de la enfermedad, los enfermos tienden a escindirse, o bien buscan que la institución, como un todo, los contenga y les brinde suministros ilimitados. Así proyectan en ésta su desvalimiento o hacia cada una de las partes en las que ha dividido a los diferentes miembros del equipo terapéutico. Es frecuente encontrar que hay, para el paciente, unos miembros del equipo bondadosos, generalmente idealizados, que son dotados de cualidades y poderes extraordinarios, en quienes proyectan sus necesidades de recibir ayuda, y otros miembros del equipo persecutorios, en quienes son proyectadas las culpas, la rabia y otros sentimientos hostiles (21).

La vivencia del vínculo de “nosotros”

Ante el fenómeno universal de la transferencia institucional, y tratándose de una psicoterapia de apoyo, aconsejamos al psicoterapeuta de los servicios de oncología utilizar frecuentemente el lenguaje y la forma gramatical de expresarse de “nosotros” (21). Hemos visto que una forma de manejar la escisión del paciente es comunicándole al paciente la integridad del equipo terapéutico (desde luego que la unión, el respeto, el apoyo y la cordialidad entre los miembros del equipo terapéutico son requisitos sine qua non).

La alianza terapéutica

En una psicoterapia de apoyo, es de gran importancia que el paciente experimente y haga conciencia de que tiene con nosotros, como sus terapeutas, una relación afectiva intensa y significativa. A esta relación afectiva intensa entre él o ella y nosotros se ha denominado *vínculo de trabajo o alianza terapéutica (AT)* (17).

Parte de la intervención en oncología es ganar la voluntad del paciente hacia las conductas para el control o la superación de las limitaciones derivadas de la enfermedad. Uno de los elementos fundamentales de la AT es el que busca que el paciente se sienta participe en su proceso, que hace parte del equipo terapéutico y que existe el

vínculo afectivo importante entre él y nosotros. Es básico hacerlo participe en las tomas de decisiones respecto de su proceso. Los autores, por ejemplo, siempre preguntamos a los pacientes si están de acuerdo con que se les formule tal o cual medicamento. Otros métodos del vínculo “nosotros”, como AT, es el de usar, sin que se vuelva muletilla, frases como “fíjate que vamos (*nosotros*) entendiendo otro de los orígenes de tus dolores de cabeza” o “ya logramos (*nosotros*) contener ese molesto vómito”. Esto transmite al paciente la idea que todos (incluyéndolo a él) estamos del mismo lado, lo cual evita la disociación (17-18).

La abreacción y la catarsis

La abreacción y la catarsis son dos herramientas técnicas muy simples y útiles que, junto con la sugestión, prácticamente definen e indican que estamos en una psicoterapia de apoyo. Cuando hablamos de abreacción, nos referimos a la acción de expresar emociones reprimidas. La catarsis es el efecto psicológico de alivio que obtenemos con la abreacción. Generalmente este tipo de efectos se obtienen sin buscarlos y, al ser efectos espontáneos de la relación, contribuyen a la consolidación de la AT y al establecimiento de un buen clima emocional con el paciente (18).

Uno de los autores (Ariel Alarcón), un día notó muy angustia-

da a una recia mujer de origen campesino, más de lo esperable para su situación. Cuando comenzó a indagar sobre su familia, su *facies* se hizo más tensa y contó rápidamente que tenía dos hijos, que por su hospitalización habían tenido que irse a vivir donde la abuela, porque el papá no podía encargarse de ellos. Le dijo a la paciente que debía ser muy duro estar separada de sus hijos que tanto quería. Ella irrumpió en llanto y después se mostró un poco más tranquila. El llanto fue la abreacción a su tristeza reprimida. La catarsis fue el alivio producido por esta situación, en la que se vivió un pequeño momento de encuentro revelador entre paciente y terapeuta (18), que permitió posteriormente una exploración detallada de otros aspectos de su vivencia en ese momento.

La sugestión

La sugestión opera indirectamente en todas las relaciones terapéuticas y en las relaciones humanas. Lo mismo que en la catarsis y la abreacción, muchas veces ocurre como un efecto indirecto, no buscado, de la relación terapéutica, que incluye a la relación con el resto del equipo terapéutico (17). Otras veces, pocas, la usamos con una intención específica (20).

Uno de los autores (Ariel Alarcón) la utiliza principalmente en las sesiones de preparación prequirúrgica, pretrasplante o prequimioterapia,

cuando le describe al paciente angustiado las bondades del equipo humano y tecnológico con los que cuenta el centro hospitalario (20). Otro modo útil de usar la sugestión es en el manejo de los analgésicos y el placebo, así como en las técnicas de relajación e imaginación guiada de las sesiones psicoeducativas.

Retroalimentación en el logro de los objetivos

La psicoterapia de apoyo funciona con el logro de objetivos. Es deber del terapeuta ayudar al paciente a esclarecer las metas de la intervención terapéutica y esforzarse, junto con él, por sus logros. Un método de apoyo es el que provee al paciente de la retroalimentación necesaria que le indique que se está acercando al logro de los objetivos propuestos (20).

Es frecuente en psicooncología que los pacientes logren cambios rápidos de sus estados afectivos cuando la parte somática va también en mejoría. Después de una corta intervención, los pacientes al otro día reportan que están más tranquilos, duermen mejor o tienen menos dolor. Es importante tomar en cuenta esos cambios y tratar de mostrárselos a los pacientes, devolviéndoles su capacidad de manejo de las situaciones, diciéndoles, por ejemplo: “¿Qué será lo que *usted* ha hecho para tener menos dolor?”. Estos reconocimientos de los logros del pa-

ciente refuerzan el sentimiento de control, cuya ausencia tanto le angustia (20).

Uso de la interpretación

En general, se desaconseja usar interpretaciones transferenciales directas o indirectas en la psicoterapia de apoyo; sin embargo, no están del todo proscritas, dependiendo del momento y de la pericia del psicoterapeuta. En el caso de pacientes oncológicos, sólo cuando se detecta un material producto de conflictos inconscientes que *amenaza gravemente* la estabilidad global del proceso y, preferiblemente, si existe una relación paciente-terapeuta sólida se debe formular una interpretación.

Una paciente adolescente del servicio de trasplante de médula ósea se negaba a dejarse aplicar inyecciones, a pesar de estar presentando una infección. Tenía miedo a que las inyecciones le fueran a hacer daño. En la entrevista relató varios episodios en los que ella había sido víctima de persecuciones. Su novio era un perseguido político y ella había salido huyendo de su familia, que le quería hacer daño. Por estar enferma, su jefe la había despedido del trabajo, entre otras cosas. Al percibir un conflicto inconsciente de tipo paranoide, que esta paciente estaba desplazando y proyectando en la clínica y en las inyecciones, le dije: “ante tantas persecuciones de las que

has sido objeto últimamente, nada raro que también creas que aquí nosotros te queremos hacer algo malo también”. La paciente abrió los ojos y me miró sin decir nada. Estuvimos en silencio un poco más de un minuto y ella irrumpió en llanto. Yo estreché su mano un momento y me alejé sin decir nada más. Pasado un rato la enfermera pudo continuar con todos los procedimientos.

Psicoterapia cognoscitivo-comportamental

Estudios recientes han encontrado que la terapia cognitiva y de comportamiento es una de las intervenciones psicosociales más usadas en los centros de cáncer en Estados Unidos. Este tipo de intervención se ha usado frecuentemente debido a que:

1. Ha demostrado ser efectiva para reducir el malestar emocional y para controlar síntomas físicos en el paciente con cáncer.
2. Este tipo de intervención puede ser usualmente administrada por períodos breves y, por lo mismo, es ideal en el área oncológica, donde el control rápido de síntomas de aversión es necesario.
3. Estas intervenciones pueden ser fácilmente reajustadas para síntomas específicos y para problemas que afectan la calidad de vida de los pacientes.
4. Estas intervenciones son fácilmente aceptadas por los pacien-

tes, ya que se hace hincapié en el sentido de control personal y de autoeficacia.

Para el paciente oncológico existen tres áreas específicas en las cuales se puede enfocar el tratamiento de terapias conductuales y de comportamiento, ya que en ellas hay un impacto mayor. Éstas son: (i) alivio del dolor relacionado con el cáncer y su tratamiento, (ii) control de reacciones de aversión a la administración de la quimioterapia y (iii) aumentar la sensación de bienestar emocional (2-3,25). No se hace una descripción detallada de este tipo de terapia, ya que será discutida en otros artículos de este número especial.

Tratamientos psicofarmacológicos

Los psicofármacos conforman un grupo de medicamentos usados con frecuencia en pacientes con cáncer (al igual que en sus familiares), lo cual es consecuencia del impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer, por la aparición de una enfermedad psiquiátrica durante el curso del proceso canceroso o, en último término, como terapia paliativa del efecto iatrogénico derivado del uso de determinados fármacos o tratamientos imprescindibles para la enfermedad neoplásica (3).

En algunos pacientes, el impacto inicial es el más fuerte, pero en otros los efectos secundarios de la terapia (químico o radioterapia) repre-

sentan más dificultades. En cuanto al uso de medicamentos, la idea principal es usar un fármaco que esencialmente pueda aliviar uno o varios síndromes que pudieran estar presentes (insomnio, falta de apetito, depresión, ansiedad, dolor, náusea, vómito, delirio, etc.). Básicamente, se elige el medicamento que nos permita tomar ventaja de sus efectos secundarios. Se han seleccionado los trastornos psiquiátricos más comunes en pacientes oncológicos, los cuales usualmente requieren un recurso farmacológico.

Trastornos del sueño

Se estima que la prevalencia de los trastornos de sueño en pacientes oncológicos es alrededor del 45% (12%-15% en la población general). En las fases iniciales de la enfermedad parece que la repercusión psicológica que el diagnóstico de cáncer ejerce sobre el paciente es la causa principal de su aparición. Otros factores, como el dolor; la hospitalización; la existencia de síndromes paraneoplásicos productores de esteroides, síntomas asociados con la enfermedad o el tratamiento (drenaje de lesiones, drenajes gastrointestinales, etc.), y los efectos secundarios de ciertos tratamientos antineoplásicos (corticoides, simpaticomiméticos, estimulantes del sistema nervioso, betabloqueadores, etc.), afectan el sueño en estos pacientes.

En cuanto al tratamiento con medicaciones, es aconsejable mantenerlo por un breve período (una a dos semanas) o administrarlo de forma intermitente. Tratamientos más prolongados podrían perjudicar los patrones naturales del sueño (suprimiendo sueño REM) y alterar algunas funciones fisiológicas. Además del riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia (26).

Los fármacos de elección para este tipo de trastornos son las benzodiazepinas, ya que en general son menos nocivas para el sueño REM, en comparación con neurolépticos o antidepresivos. Como norma general, el tratamiento del insomnio se debe iniciar con una benzodiazepina que, a dosis habituales, sea ansiolítica. En los pacientes que no toleran estos medicamentos, hay otras opciones que se han usado frecuentemente en los últimos años, en particular el uso de zolpidem (no se debe asociar con clorpromazina por una posible inhibición metabólica con aumento de los efectos del neuroléptico). Otras alternativas son los antihistamínicos, los antidepresivos (doxepina, trazodona, mirtazapina, paroxetina, amitriptilina, etc.) y ciertos neurolépticos (olanzapina y quetiapina) (2-3,27).

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es el síntoma más común de sufrimiento en todos los enfermos con una patología grave y

puede aparecer en diversos momentos durante la enfermedad cancerosa. A menudo proviene de los temores relacionados con falta de aire, dolor, síntomas físicos sin control e incertidumbre acerca del futuro. Los síntomas de ansiedad reactiva sola o con síntomas depresivos constituyen un trastorno psiquiátrico según el DSM-IV: el trastorno de adaptación con ansiedad. El paciente requiere la evaluación cuidadosa de causas relacionadas con la enfermedad o los medicamentos: acatisia por neurolépticos, corticosteroides, hipoxia o hipercapnia, hipo o hiperglucemia, broncodilatadores, intoxicación o abstinencia de drogas y cambios metabólicos. Los diagnósticos del trastorno generalizado de ansiedad, obsesión-compulsión o pánico, ocurren como exacerbación de problemas previos. La comunicación acerca de temores tiene un rol esencial para modular la ansiedad y el sufrimiento del paciente y su familia.

Es necesario evaluar la seguridad del paciente y ofrecer psicoterapia de apoyo, con medicamentos ansiolíticos o antidepresivos o sin éstos. Los medicamentos ansiolíticos son eficaces para controlar los síntomas de la ansiedad, especialmente cuando la psicoterapia no es práctica a causa de la enfermedad avanzada (28). Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección en estos pacientes. En segundo lugar se encuentran los antidepresivos de

nueva generación y en tercer lugar medicamentos como la buspirona y neurolépticos, en dosis pequeñas (27,29).

Trastornos de depresión

A pesar de que existe la creencia que el estado depresivo en los pacientes con cáncer podría considerarse “normal”, la realidad indica que al menos el 50% de las personas afectadas de cáncer se adaptan satisfactoriamente a la enfermedad. La depresión afecta casi a una cuarta parte de todos los pacientes oncológicos, y la frecuencia aumenta conforme avanza y se agrava la enfermedad. Se debe determinar la etiología, excluyendo causas relacionadas con trastornos metabólicos, enfermedad o medicación. Independientemente de la etiología, se deben identificar y tratar los síntomas depresivos. Es esencial la evaluación de la ideación y riesgo suicidas (4). Es importante analizar y tratar la depresión por su papel en las solitudes de suicidio asistido por el médico. La desesperanza parece ser un factor separado pero relacionado, junto con la depresión, en los deseos suicidas (30-31).

Aunque la depresión es frecuente en el final de la vida, los estudios longitudinales de Chochinov y cols. encontraron un alto grado de fluctuación día a día de los deseos suicidas, lo cual sugiere cuidado al asumir que el deseo de un paciente en

un determinado momento continuará siendo el mismo (30). No es común encontrar los criterios de depresión mayor (criterios DSM-IV) (32), pero cuando se diagnostica se le debe tratar tan agresivamente como otro síntoma físico, con psicoterapia y medicamentos.

Los antidepresivos y los psicoestimulantes tienen utilidad probada. En la actualidad se dispone de un arsenal terapéutico de antidepresivos muy importante. Aunque la mayoría de estudios doble ciego realizados muestran una eficacia similar para estos medicamentos, existen diferencias importantes en cuanto al mecanismo de acción y efectos secundarios. Éstos son los que en última instancia van a definir la mayoría de los tratamientos —por ejemplo, se recomienda usar mirtazapina en pacientes con disminución de apetito e insomnio, y si se quiere un antidepresivo más activante se piensa en bupropión o fluoxetina, etc.— (2-3,33).

Trastornos mentales orgánicos

El trastorno mental orgánico que con más frecuencia se asocia a los pacientes con cáncer es el delirio. Este último es un trastorno psiquiátrico que ocurre entre un 15% y un 20% en los pacientes hospitalizados con cáncer, pero puede llegar hasta un 75%-85% en el final de la vida (34). La etiología del delirio en el enfermo de cáncer es, a

menudo, multifactorial, debido a efectos indeseables de los medicamentos, infección, falla orgánica, trastornos metabólicos y afectación del sistema nervioso central.

Los pacientes más viejos, que tienen deterioro leve de la cognición, son especialmente susceptibles. En la fase final de la vida es improbable que se pueda resolver su causa y la atención debe dirigirse al confort. Con mucha frecuencia se describe el *delirio hipoactivo*, pero los pacientes pueden sufrir por sus ilusiones o alucinaciones. Se debe valorar periódicamente la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre la asistencia médica y se deben identificar las personas con poderes subrogados.

El delirio está, a veces, acompañado de agitación con conducta de autodaño o, menos probable, con riesgo de herir a otros. En algunas ocasiones, el pobre control de los impulsos, la confusión y la depresión se combinan y resultan en tentativas mal planeadas e impulsivas de suicidio (2-3). La familia o los cuidadores responsables se asustan por el cambio repentino en la conducta y necesitan explicación sobre lo relacionado con la enfermedad o la medicación, o ambas (35). Los pacientes necesitan también explicación porque temen “estar locos”.

Así, el tratamiento apropiado del delirio incluye seguridad en los pasos para asegurar identificación precoz del paciente y de las causas (si

es posible), además de las intervenciones y la educación de paciente y familia, para disminuir el sufrimiento asociado con este síntoma perturbador. Se ha realizado considerable investigación psicofarmacológica para el tratamiento del delirio. En todos los trastornos orgánicos cerebrales los fármacos de elección son los neurolepticos (clásicos y atípicos), que también pueden usarse para el control de las náuseas y los vómitos incoercibles (30,36).

Terapias alternativas y complementarias

En las terapias alternativas y complementarias se agrupan varias intervenciones con comprobada eficacia terapéutica, pero que no son psicoterapias en sí mismas. Alrededor de los pacientes con cáncer se han realizado diversas actividades con beneficios en la calidad de vida, disminución del dolor y mejoramiento del bienestar percibido. Estos diferentes tipos de terapias aportan de una manera menos convencional al tratamiento de los pacientes con cáncer (37-38), pero debido a la limitación de espacio para este artículo no ahondaremos en este tipo de terapias. Éstas son:

- Terapia del arte.
- Consejería por teléfono.
- Meditación.
- Religión y espiritualidad.
- Terapias psicosociales.
- Otras terapias alternativas o

complementarias: homeopatía, nutrición, bioenergética, hipnoterapia, reflexología, visualización, masaje, terapia, imposición de manos, acupuntura, yoga, etc.

Agradecimientos

Al dr. Hernán Rincón, por sus ideas, colaboración y sugerencias.

Referencias

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983;249:751-7.
2. Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Die Tril M, editor. *Psico-oncología*. Madrid: ADES; 2003.
4. Passik S, Dugan W, McDonald M, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 1998;16(4):1594-1600.
5. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol*. 1995;14:101-8.
6. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO; 1998.
7. Office on Smoking and Health. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the surgeon general. Washington: Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1989.
8. Blot WJ. Alcohol and cancer. *Cancer Res*. 1992;52(7Suppl):2119-23.
9. Toribara NW, Sleisenger MH. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 1995;332:861.
10. Colditz GA, Cannuscio CC, Frazier AL. Physical Activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes Control*. 1997;8(4):649-67.
11. Cargay AB. Cancer-preventative food and ingredients. *Food Technol*. 1992;46(4):65-8.
12. Studzinski GP, Moore DC. Sunlight-can it prevent as well as cause cancer? *Cancer Res*. 1995;55:4012-22.
13. Coluzzi PH, Grant M, Doroshow JH, Rhiner M, Ferrell B, Rivera L. Survey of the provision of supportive care services at National Cancer Institute-designated cancer centers. *J Clin Oncol*. 1995;13:756-64.
14. Alarcón A. La personalidad del paciente y las modalidades de afrontamiento. En: Alarcón A. *Manual de psicooncología*. Bogotá: Javegraf; 2006. p. 125-46.
15. Griffith JI, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005 Mar-Apr;46(2):109-16.
16. Cunningham AJ, Edmonds CVI. Delivering a very brief psycho-educational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psycho-oncology*. 1999;8:177-82.
17. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books; 1984.
18. Coderch J. La relación paciente-terapeuta: el campo del psicoanálisis y la psicoterapia. Barcelona: Paidós; 2001.
19. Brainsky S. *Manual de psicología y psicopatología dinámicas*. Bogotá: Carlos Valencia Editores; 1986.
20. Alarcón A. Principios de psicoterapia para oncólogos. En: Alarcón A. *Manual de psicooncología*. Bogotá: Javegraf; 2006. p. 287-301.
21. Kernberg O. *Trastornos graves de personalidad*. Buenos Aires: Paidós; 1979.

22. Misch DA. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *J Psychother Pract Res.* 2000 Oct;9:173-89.
23. Alarcón A. Principios de psicoterapia de apoyo. En: *Memorias del primer simposio colombiano de psiquiatría de enlace*, Clínica San Pedro Claver, Universidad de San Martín. Bogotá; 2001.
24. Freud S (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras completas V*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1987.
25. Murillo, M, Kissane, D. Mecanismos de adaptación para enfermedades terminales. En: Alarcón A. *Manual de psicooncología*. Bogotá: Javegraf; 2006.
26. Walsleben J. Sleep disorders. *Am J Nurs.* 1982;82(6):936-40.
27. Stiefel F, Berney A, Mazzocato C. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. I Benzodiazepines. *Support Care Cancer.* 1999;7:379-85.
28. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatments. *Eur J Cancer.* 1994;30A(1):37-40.
29. Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A. Psychopharmacology in supportive care of cancer: A review for the clinician. II Neuroleptics. *Support Care Cancer.* 2000;8:89-97.
30. Chochinov H, Breitbart W, editors. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000.
31. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA.* 2000;284:2907-11.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
33. Berney A, Stiefel F, Mazzocato C, Buclin T. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. III antidepressants. *Support Care Cancer.* 2000;8:278-86.
34. Massie MJ, Holland JC, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry.* 1983;140:1048-50.
35. Speice J, Harkness J, Laneri R, Frankel R, Roter D, Kornblith AB. Involving family members in cancer care: focus group considerations of patients and oncological providers. *Psychooncology.* 2000;9:101-12.
36. Lipowski ZJ. *Delirium: acute confusional status*. New York: Oxford University Press; 1990.
37. Ernst E. A primer of complementary and alternative medicine commonly used by cancer patients. *Med J.* 2001 Aug; 174(2):88-92.
38. Karasu B. Spiritual psychotherapy. *Am J Psychotherapy.* 2000;53:143-62.

Recibido para evaluación: 22 de mayo de 2006

Aceptado para publicación: 6 de junio de 2006

Correspondencia

Mauricio Murillo

New York University Clinical Cancer Center

160 East 34th Street

New York , NY 10016, Estados Unidos

Correo electrónico: mmurillo@psychiatry-practice.com