

ONCOLOGIA PSICOSOCIAL ¿QUE ES? ¿QUE HACE? ¿QUE HACEMOS?

(I parte)

Dr Oscar Vidal Padilla (*)

Para todos, el término cáncer pasa por ser la representación de una amenaza inminente contra la vida; para enfrentar esta enfermedad, además de las estrategias médico – quirúrgicas, es necesario contar con una serie de condiciones tanto individuales como sociales; es decir, además de los tratamientos médicos ya conocidos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía; los aspectos psicosociales juegan un rol fundamental en la calidad de vida de las personas enfermas .

El concepto de **SALUD**, señala el estado de equilibrio y bienestar entre los tres componentes básicos del ser humano: biológico, psicológico y social; los mecanismos para mantener este nivel de homeostasis son dinámicos y nos permite adaptarnos e integrarnos a una serie de circunstancias y experiencias.

El modelo propuesto por Engel (*modelo biopsicosocial en la enseñanza médica*), no hace otra cosa que representar en una escala, la trascendencia del individuo, no sólo como un conjunto de células, tejidos y órganos; sino como un ser capaz de conformar una familia y de integrarse a una sociedad, dos capacidades de la mas alta jerarquía evolutiva que nos diferencia de las demás especies.

Desde el punto de vista neuropsiquiátrico y psicológico, existen una serie de mecanismos “internos” que procesan nuestras experiencias y determinan nuestras conductas:

- los afectivos – emocionales,
- los volitivos motivacionales,
- los cognitivos y
- los racionales (juicio – valoración ético moral).

La amenaza de una enfermedad como el CANCER, en definitiva, pone en juego los mecanismos descritos anteriormente, variando en el tiempo; así, las respuestas emocionales son más rápidas o inmediatas, mientras que las racionales son más tardías.

Podemos entender mejor estos procesos, si partimos de algunas generalidades de la propia enfermedad oncológica que comprende los aspectos moleculares, genéticos e inmunológicos con los fenómenos psicológicos que son procesados a partir del sistema nervioso a través de mecanismos semejantes y con los fenómenos sociales que indudablemente influyen sobre las personas.

En los últimos años, la Oncología ha alcanzado los niveles más altos en cuanto a investigación y desarrollo de programas preventivos, educacionales, como también de nuevos fármacos; las técnicas quirúrgicas tienden a ser menos traumáticas y la tecnología de punta ha desarrollado una serie de equipos que facilitan un diagnóstico y un tratamiento cada vez más temprano y exitoso.

Todo esto ha permitido que en la actualidad, el cáncer se convierta en un proceso crónico; esto significa un aumento en la expectativa de vida, pero también un incremento en los índices de comorbilidad (infecciones, depresión, entre otras); a esto podemos añadir las secuelas que algunos tratamientos puedan dejar a los pacientes, en algunos casos extremadamente limitantes e irreversibles

La enfermedad oncológica produce en el ser humano una serie de situaciones oscilantes y frecuentes de sufrimiento, desde el impacto psicológico inicial del diagnóstico, el dolor, la quimioterapia, la fatiga como consecuencia de la radioterapia, el manejo quirúrgico, la presencia de otras patologías subyacentes y diversas molestias que aparecen en una secuencia que pueda ser o no controlable hasta llegar a las etapas más severas que terminan con la muerte.

Y es que cuando hablamos de cáncer, enfrentamos la siguiente realidad:

- a. Pocos casos son curables (aún cuando hemos avanzado en los últimos 10 años)
- b. En la mayor parte de casos el CANCER SE HACE CRONICO

- c. Por ser crónico existe alta comorbilidad como DEPRESION, ANSIEDAD, INSOMNIO
- d. Se producen cambio en los mecanismos de ajuste psicológico y social

De una forma didáctica, casi arbitraria y con la finalidad exclusiva de entender mejor las repercusiones que el cáncer tiene sobre la salud, podemos hablar previamente de tres “tipos” de salud: UNA SALUD FISICA, UNA SALUD PSIQUICA Y UNA SALUD SOCIAL

Todas éstas cumplen con los requisitos evolutivos: se estructuran en etapas tempranas de la vida, se consolidan a lo largo del desarrollo y la madurez, se recuperan en circunstancias transitorias, con ayuda de fármacos u otras terapias y se desestructuran en ocasiones, irremediamente, como en el caso de ciertos procesos crónicos irreversibles (cáncer, HIV, neurodegeneraciones, esquizofrenia)

Quiero enfatizar y subrayar la importancia que tienen las denominadas redes de soporte social, conformada sobre todo por la familia, los amigos, el trabajo, la seguridad social y los diferentes grupos de pertenencia.

Estas redes también pueden perderse o quebrarse en circunstancias ajenas a alguna enfermedad en particular, como en el caso de las grandes catástrofes.

Si definimos a la persona como una estructura biopsicosocial, la amenaza de la enfermedad oncológica afectará estos tres componentes, independientemente de la edad que el ser humano tenga, por lo tanto:

“Mal podemos hablar de una ATENCION INTEGRAL del “paciente oncológico” si no entendemos estas variables en su conjunto y desarrollamos las estrategias necesarias para su atención”.

Para lograr este modelo de atención, se requieren de una serie de condiciones que deben suceder dentro de cada una de las variables, llámense especialidades o áreas partícipes dentro de este esquema multienfoque, multidisciplinario o interdisciplinario.

Pero además, resulta casi imperativo reconocer las demandas que las personas con cáncer tienen, sus características culturales, de procedencia, los estigmas y creencias que su comunidad pueda tener respecto al cáncer y tal vez, lo más importante, el análisis de los estigmas y creencias que nosotros los médicos y el personal de salud tenemos respecto a los pacientes (subestimar sus sentimientos, conocimiento y capacidad para entender su enfermedad por ejemplo).

Es interesante analizar las manifestaciones emocionales de estas personas, que aparecen en una secuencia imprevisible, así, podemos señalar la presencia de los temores, creencias, aflicciones, pérdida de la esperanza, ansiedad, conflictos, sentimientos de culpa, ira, frustración y hasta ideación suicida o desconexión con la realidad; evidentemente, toda esta cascada de fenómenos requieren de ayuda profesional altamente especializada.

La cadena de mecanismos desestabilizadores en la esfera psíquica que se presentan en una persona con cáncer, se inicia mucho antes que ella acuda al médico, comienza desde el momento que una molestia como el dolor, la baja de peso, la falta de apetito aparecen, a los cuales día a día se van sumando otros síntomas más; este nivel "intuitivo" asociado a su nivel cultural y a sus redes de soporte hacen que pueda o no, acudir a un profesional o centro especializado antes que al curandero, por ejemplo; por lo tanto, si es que queremos detectar el cáncer a tiempo, para convertirlo en una enfermedad curable, necesitamos conocer estos aspectos fundamentales para que nuestras estrategias preventivas sean óptimas.

Lo señalado es apenas un ejemplo de una serie de situaciones que requieren un trabajo en conjunto entre las diversas disciplinas involucradas en la salud.

Son numerosos los reportes científicos, que señalan los beneficios de la intervención psicosocial en personas afligidas por algunas enfermedades crónicas (HIV, parkinson, demencia, cáncer) y en

grupos de alto riesgo; pero además, son valiosos los aportes de estas disciplinas en la búsqueda de estrategias terapéuticas cada vez más efectivas y mejor toleradas.

Características de la Intervención Psicosocial

Un adecuado nivel de comprensión de la enfermedad, información de acuerdo al nivel cultural y búsqueda de comprensión de los procesos evolutivos, consecuencias de los tratamientos, una educación constante no sólo a nivel individual sino a nivel grupal o comunitario, son algunos de los aspectos resaltantes de la intervención psicosocial, para lo cual existen técnicas y métodos que deben aprenderse primero para aplicarlos después en nuestra realidad.

Los eventos que involucran los aspectos físicos, psíquicos y sociales que suceden en las personas que enfrentan al cáncer avanzan y progresan en paralelo (cuadro 1)

El **impacto** que el término “cáncer” produce en un ser humano puede generar cierto grado de inestabilidad psíquica reactiva con respuestas de angustia y de ansiedad fundamentalmente, mientras que a nivel social, se remueven una serie de creencias y estigmas que conducen en ocasiones a una serie de conductas lastimeras, ritualistas, místicas o de una franca escisión social.

La **confirmación diagnóstica** puede o no generar síntomas o signos de quiebre en la salud física; pero, evidentemente, las respuestas son básicamente emocionales pero mejor procesadas que en la etapa inicial, se generan acciones volitivas, pero predomina la depresión como respuesta primaria reactiva con manifestaciones de ansiedad y angustia cada vez mas intensas; mientras que en la respuesta social se hacen mas evidentes las actitudes de solidaridad, identificación con el drama y tendencias a un reordenamiento de los aspectos espirituales

En una siguiente etapa, la del **tratamiento**, en sus diferentes modalidades; la salud física evidentemente tiende a afectarse, aparecen los factores comórbidos (insomnio, ansiedad, infecciones, trastornos gastrointestinales, dolores), psicológicamente surgen los mecanismos adaptativos para la confrontación con esta nueva realidad, predomina la ansiedad, la angustia, los

sentimientos de culpa y la frustración, así como la intolerancia y el deseo imperativo de conocerlo todo, inclusive el tiempo de vida y las consecuencias del tratamiento; estos fenómenos también tienen un correlato social, generalmente en esta etapa alguno de la familia asume el rol protector,

propicia y facilita el tratamiento, se esperan resultados inmediatos, “el deseo de recibir buenas noticias para sí” es una permanente expectativa; con el tiempo, el resto de las redes de soporte que tiene la persona comienza a afectarse (a nivel laboral, económicamente debe determinarse un presupuesto nuevo e importante para el tratamiento, algo que no estaba planificado). El confort espiritual, representa una alternativa de fe y esperanza que puede ser de utilidad.

Las buenas respuestas a los tratamientos establecidos pueden hacer que la enfermedad se atenúe o desaparezca por tiempo no determinado, pero aparecen un sin número de alteraciones como consecuencia de los tratamientos (por la inmunosupresión, la cirugía o la radioterapia) esto conlleva a nuevos mecanismos psicológicos de adaptación, la depresión se hace mas significativa, la angustia es evidente; la irritabilidad y la intolerancia, son características que pueden ser evidenciadas en mayor magnitud, por las personas mas cercanas al paciente. Con el tiempo, el enfermo, tiende a desarrollar cierto nivel de espiritualidad, mantiene la esperanza y la fe en los tratamientos; estos mecanismos pueden fluctuar en mayor o menor proporción de acuerdo al tiempo que pueda mantener este estado crónico sin reactivación de la enfermedad.

Desde el punto de vista social, las redes de soporte se van desestructurando, probablemente se pierde el trabajo, la seguridad social, las ausencias son mas evidentes por parte de los amigos, la familia prácticamente circunscribe a uno de los integrantes la responsabilidad de la atención del paciente, se hace evidente el cansancio y la sobrecarga que significa atender constantemente a una persona por un largo período (“síndrome del cansancio o saturación del acompañante”

Cuando el proceso crónico demuestra la irreversibilidad de la enfermedad, aparecen mayores complicaciones y los recursos físicos se pierden rápida y progresivamente.

Los mecanismos psicológicos alcanzan entonces un desajuste más importante: la pérdida de la esperanza se compensa con la aceptación de la muerte, pero no del sufrimiento.

La espiritualidad es el elemento más importante de soporte y la aflicción por los seres queridos que se quedarán, es el motivo de mayor preocupación por parte del paciente.

En esta etapa, en donde médicamente no hay nada que hacer en relación a la enfermedad, las alternativas de un tratamiento sintomático tratan de brindar un **alivio paliativo**; las redes de soporte social, se circunscriben estrictamente al rol de la familia más cercana.

Al **final de la vida**, la pérdida total de la salud física puede traer consigo una desestructuración psíquica que logra una “desconexión saludable con la realidad” y el sufrimiento es una vivencia mas intensa para la familia que para el paciente

Cualquiera que sea el sistema de atención que se quiera brindar a las personas afectadas por el cáncer, requieren tomar en consideración no sólo la mejor de las tecnologías, ni el mejor de los productos oncológicos; sino también reconocer las necesidades y demandas de tipo psicológico y social que tiene el paciente.

Es probable que alguien pretenda argumentar que una Institución no vaya a solucionar todos los problemas del paciente, esto es válido; sin embargo, por mi experiencia en el trato de estos pacientes, ellos NO solicitan que se solucionen sus problemas económicos, pero nosotros como médicos y profesionales de la salud sí debemos conocer las condiciones en las que vive para poder orientarlos a distribuir sus recursos de una forma adecuada a fin de brindar una mejor “calidad de vida” (término tan usado y tan poco comprendido)

Calidad de vida, entendida como el estado más próximo al confort y bienestar que pueda ALCANZAR EL PACIENTE, el respeto por su dignidad como persona y la utilización óptima de los recursos sin afectar sus derechos que como ser humano le corresponde.

Desde mi punto de vista, si reconocemos adecuadamente las necesidades en el aspecto médico, psicológico y social de los pacientes con cáncer, podremos desarrollar una visión INTEGRAL y las posibilidades de elaborar estrategias efectivas para enfrentar la enfermedad oncológica, tendrían esa misma dimensión – léase holística, integral – que permitiría la creación o implementación de servicios oncológicos integrales, en donde el llamado “trabajo en equipo” no sea sólo una frase repetida sino parte de nuestra labor cotidiana.

Los sistemas de trabajo que se realizan en la actualidad a nivel asistencial, tanto aquí como en otros países (salvo algunas excepciones), están basados en conductas atávicas, tradicionales, en donde la dispersión del trabajo hace imposible una comunicación interdisciplinaria.

Diversos son los estudios que demuestran la necesidad del paciente con cáncer por la ayuda psicológica y social.

La realidad de otros países más desarrollados puede ilustrarnos y enseñarnos muchas lecciones respecto a la lucha permanente que significa esta visión holística del paciente y al desarrollo de sistemas de atención dependiendo de los casos.

El desarrollo de la Psico oncología como parte especializada de la Psicología se dedica al abordaje de los problemas emocionales y afectivos que enfrenta tanto el paciente con cáncer, la familia y otros grupos de referencia (incluyendo aquellos desórdenes que puedan presentar el personal de salud encargado de estos pacientes).

Esta especialidad se ha enriquecido con los aportes que la sociología y el trabajo social le han brindado y en conjunto, todas, han brindado valiosos aportes a la medicina que debemos de reconocer y también las ciencias médicas han brindado mucho del conocimiento biológico a la mejor comprensión de la conducta humana.

Finalmente, los alcances de la medicina, la psicología y el componente social se retroalimentan constantemente a través de procesos dinámicos haciendo que el individuo vaya adaptándose e integrándose.

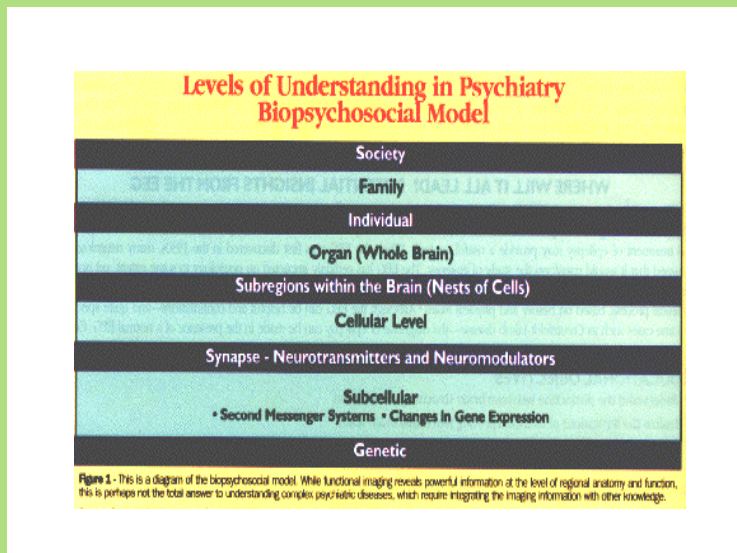


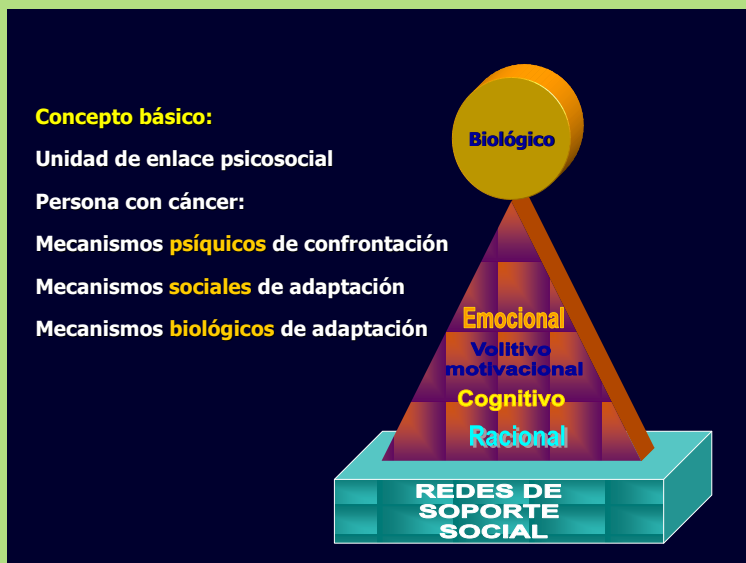
TABLA 1. Modelo propuesto por Engel (The New England Journal of Medicine – Vol 306;April 1, 1982 pp 802- 805)



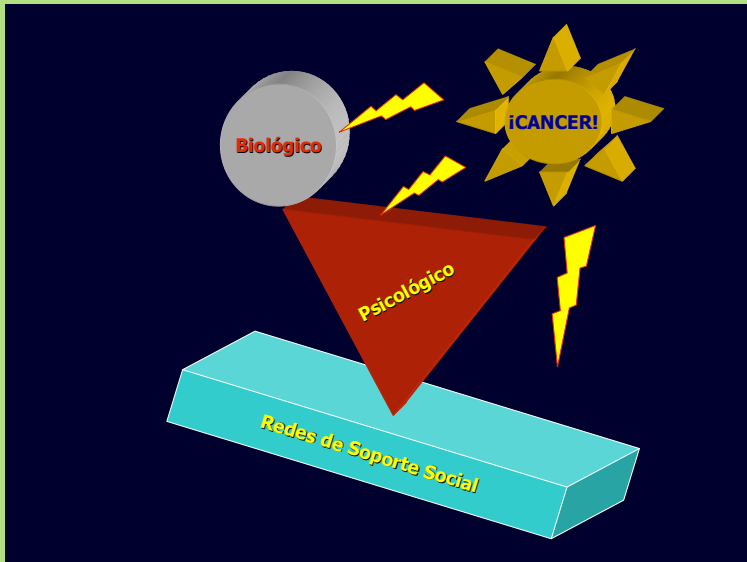
(Cuadro 2) El cancer como proceso crónico genera una mayor inestabilidad psicológica y social

	SALUD FÍSICA	SALUD PSÍQUICA	SOCIAL
Cáncer	Impacto focal	Reactivo (emocional) (ansiedad, angustia, depresión)	Reactivo estigmático cultural
Identificación Diagnóstica	Compensada	Reactivo adaptativo (Emocional – volitivo)	Reactivo solidario estigmático
Tratamiento	Compensada Comorbilidad	Reactivo adaptativo (Emocional, volitivo, cognitivo)	Reactivo excluyente espiritual
Cronicidad	Compensada Descompensada c/s comorbilidad	Adaptativo – depresión (emocional, volitivo, cognitivo y racional)	Excluyente racional cultural
Terminal	Descompensada	Desadaptado/indiferente	Excluyente espiritual
Muerte	Descompensación final	Indiferenciada	Estigmático cultural

(cuadro 3) Los eventos “en paralelo en la medida que el cáncer es diagnosticado, tratado, la cronicidad de la evolución y el final



La estructura biológica, psicológica y social del individuo



La amenaza del cancer produce inestabilidad en la tres componentes del ser humano



Cuando se alcanza una mayor severidad también se quiebran las resistencias psicológicas y las redes de soporte social

INSTITUCION ONCOLOGICA

RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES

Tratamiento del cáncer

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cirugía

Soporte psicológico

Soporte social

Soporte espiritual

atención integral

Un adecuado sistema de atención INTEGRAL para el paciente con cáncer debe contemplar no sólo el aspecto médico quirúrgico, sino también el componente psicológico y social

ONCOLOGIA PSICOSOCIAL ¿QUE ES? ¿QUE HACE? ¿QUE HACEMOS? (II parte)

Historia de la Psicooncología - El cuidado psicosocial del paciente oncológico

En Diciembre del 2003, la Dra Jimmie Holland, es reconocida por la American Cancer Society por su labor en el campo de la Psicooncología (*Journal Clinical Oncology Vol 21 (23s) supplement 1 Dic 2003 pp 253s – 265s; Psychological care of patients: Psycho Oncology contribution – American Cancer Society award lecture*) en su exposición, la Dra Holland, hace un relato histórico acerca del desarrollo de la Psicooncología en los Estados Unidos (ampliando algunos conceptos vertidos en un trabajo anterior aparecido en el 2003 (*Medicine Psychosomatic Vol64(2) March/April 2002 pp 206-221; History of Psycho oncology: Overcoming Attitudinal and conceptual barriers*).

De estos dos trabajos se puede establecer que la Psicooncología, tiene su inicio formal en los años 70; por aquella época, los estudios se iniciaron investigando en base a dos interrogantes: “**cuáles eran las ideas y sentimientos de aquellos pacientes que habían sido diagnosticados recientemente de cáncer**” y **cuáles serían las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos que se presentan en el contexto de una enfermedad “médica” (*)**.

A principios del siglo XX, la sociedad americana mantenía una serie de actitudes sobre el cáncer y la enfermedad mental, ambas, eran consideradas contagiosas e incurables, como tal, hablar sobre el diagnóstico con el paciente se consideraba un acto cruel e inhumano porque “había que mantener la esperanza y la fe del paciente”.

Con el desarrollo de la cirugía y la anestesia se planteó la posibilidad de curación y esto llevó a que se desarrollaran programas educativos auspiciados por la Sociedad Americana de Cancerología en 1913 (*Disseminate knowledge concerning the symptoms, treatment and prevention of cancer – American Cancer Society: Fact book for the medical and related professional, New York; American Center Society; 1980*) se crearon algunos slogans como “lucha contra el cancer con el conocimiento” (“**fight cancer with knowledge**”).

El desarrollo de la Radioterapia asociada a la cirugía fue otra alternativa que se ofreció a los pacientes oncológicos como una medida paliativa (***Shimkin M, Contrary to nature. Washington DC: Department of health and Human Services, Public Health Service; 1977.NIH Publication No.:76 – 729***)

El Memorial Sloan Kettering Center (fundado en 1880), fue uno de los primeros hospitales que se crearon para la atención exclusiva de pacientes oncológicos; el National Cancer Institute fue el primer centro creado por el National Institute of Health.

En 1948 se usó el aminopterín en niños con leucemia y la mostaza nitrogenada en la Enfermedad de Hodgkin, dando inicio a la quimioterapia como una tercera alternativa para enfrentar la enfermedad oncológica.

Para los años 50 la aplicación del metrotexate para el coriocarcinoma y los reportes que señalaban la cura de la enfermedad; además, la aplicación de una serie de agentes quimioterapéuticos en enfermedades como la leucemia, el cáncer testicular, la enfermedad de Hodgkin que lograban controlar la enfermedad especialmente en niños y jóvenes, lograron cambiar el pronóstico sombrío que se tenía en los casos de cáncer por una expectativa mas optimista que motivó el desarrollo de nuevas drogas.

Este período coincide con una serie de cambios sociales, como el derecho que tiene el paciente para ser informado y su posterior consentimiento para la aplicación de cualquier tratamiento; esto sucedió, a raíz de los informes posteriores a la segunda guerra mundial sobre los experimentos realizados en seres humanos sin consentimiento, hechos que sucedieron también en los Estados Unidos incluyendo a los pacientes con cáncer y que motivaron la creación de documentos jurídicos de protección.

La “era social” que se estableció entre los años 60 y 70 generó una serie de movimientos acerca de los derechos humanos, de la mujer, de los consumidores y finalmente de los pacientes con cáncer.

La importancia de la Psiquiatría dentro de las enfermedades denominadas “médicas” (para diferenciarlas de las “mentales”) en diferentes trabajos de Adolph Meyer, (quien utilizó el concepto “psicobiológico”) y John Hopkins quien enseñaba a sus alumnos de medicina a evaluar al paciente en su totalidad.

George Henry promovió la participación de la Psiquiatría en los Hospitales Generales y para 1930 la influencia del psicoanálisis había llegado a los Estados Unidos, por esta época, Dunbar y Alexander fueron los que promovieron la “visión psicoanalítica de las enfermedades médicas”; por esta razón, no es de extrañar que desde 1954 se publicaran en la revista “*Psychosomatic Medicine*” el trabajo de Blumberg: “ *A possible Relationship Between Psychological Factors and Human Cancer*”, o los de Stephenson y Grace: “*Life stress and cancer of the cervix*”; en 1965, Reznikoff: “*Psychological factors in breast cancer: a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast*”; otros autores como Greene y Miller describieron los factores psicológicos y la dinámica familiar en niños con leucemia (***Psychological factors and reticuloendothelial disease.IV. Observations on a group of children and adolescents with leucemia: an interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. Med Psychosom Med 1958; 20; 124 – 44***); sin embargo, la mayor parte de estos estudios fueron realizados al margen de los cirujanos y médicos oncólogos.

La medicina psicosomática dio origen a dos áreas relevantes: la Psiconeuroinmunología y la Psiquiatría de Enlace, como lo demuestran los trabajos de Ader y Cohen (6) (***Ader R, Cohen H: Behaviorally conditioned immunosuppression: Psychosom. Med 1975; 37; 333-340***) o los de Eissler, en 1955 y Norton en 1963 (***Eissler Kr, The psychiatrist and the dying patients. New York: Internacional Universities Press; 1955 y Norton J. Treatment of a dying patient. Psychoanal Study Child 1963; 18; 541-560***) quienes focalizaron su atención en los mecanismos psicológicos en los pacientes con cáncer.

Los mecanismos de adaptación y confrontación del paciente frente al cáncer fueron iniciados por un grupo de psiquiatras del *Massachussets General Hospital* y por el grupo del Memorial Sloan-

Kettering Center, con el psiquiatra Sutherland – Para 1955, ambos centros presentaron una serie de documentos acerca de las reacciones psicológicas frente al cáncer y al tratamiento. Abrams y Finesinger describieron mecanismos de culpa y vergüenza en pacientes con cáncer como respuesta psicológica frente al estigma del cancer (Abrams RD, Finesinger JE. Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer*; 1953; 6; 474 – 482).

El grupo de Massachussets observó cómo la comunicación se iba perdiendo entre el médico con el paciente y su familia, en la medida que la enfermedad progresaba; es por esta época que Ruth Abrams, una trabajadora social de dicho centro, promovió el primer servicio de atención psicosocial para pacientes con cáncer.

El grupo del Memorial focalizó su atención en las respuestas psicológicas frente a los procedimientos de la cirugía radical (ginecológico, mamas y colon) – el equipo de atención psicosocial estaba integrado por psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales quienes lograron integrarse a la labor de los cirujanos, radioterapeutas y oncólogos dando como resultado el inicio del primer equipo multidisciplinario en Psico oncología.

En 1961, Oken, presentó un estudio en donde se demostraba que el 90% de los oncólogos en su ciudad no hablaban del diagnóstico con sus pacientes; para 1978, el mismo autor publica un nuevo estudio, realizado en la misma ciudad, en donde se da cuenta que el 97% de oncólogos hablaban sobre el diagnóstico con sus pacientes, **Oken D: What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 175:1120–1128, 1955. (9) Novack DH, Plumer R, Smith RL, et al: Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patients. JAMA 241:897–900, 1979.**

Una serie de cambios sociales y reivindicativos, en cuanto a los derechos humanos, fueron fundamentales para esta actitud profesional médica.

Por los años 60, Elizabeth Kubler-Ross, desarrolla las estrategias del cuidado para los pacientes terminales y fundamentalmente propone hablar con ellos desde una perspectiva humanista, acerca de la proximidad de la muerte y la manera de confrontarla; así, se daba inicio a la Tanatología

Para fines de los años 60, se daba poca importancia a la presencia de los profesionales psicólogos y psiquiatras en centros oncológicos, las razones eran múltiples: la idea que los pacientes con cáncer no estaban locos; que la enfermedad mental no debiera atenderse en centros oncológicos; que se invertía mucho dinero en psicólogos siendo mas urgente la adquisición de medicamentos y contratos de mas oncólogos; que la psicología no ayudaba en nada a evitar la muerte de un individuo, entre otras.

La Psico oncología se inicia de manera formal a partir de 1975 y básicamente se da por los cambios sociales de esa época, el desarrollo de los medios de comunicación y la aparición de celebridades del cine y la política en las pantallas de la TV, exponiendo sus experiencias al enfrentar el cáncer (Betty Ford y Happy Rockefeller); por esa época, el manejo quirúrgico era el tratamiento más importante para la enfermedad oncológica.

Un grupo de investigadores de Texas, desarrolla la primera conferencia internacional de Psico oncología **Cullen JW, Fox BH, Isom RN, (eds): Cancer: the Behavioral Dimensions. Washington, DC, National Cancer Institute, 1976 (DHEW-NIH Publ. No. NIH 76-1074).** Uno de los aspectos mas resaltantes de este evento fueron las series de pruebas para medir dolor, ansiedad y depresión, fatiga, náuseas y delirio, en pacientes oncológicos utilizando modelos de la Psicología y la Psiquiatría

Esto llevó a la reestructuración del Servicio de Psico oncología del Memorial y también al desarrollo de esta sub especialidad.

A partir de la llamada Psiquiatría de Enlace, se empezaron a estudiar y a tratar los cuadros de depresión, ansiedad, angustia y confusión que presentaban los pacientes con cáncer; estudiaron la

epidemiología de estos cuadros, el uso del DSM III en éstos casos **Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249:751–757, 1983**; estos estudios revelaron que el 47% de pacientes oncológicos tiene algún tipo de compromiso psiquiátrico; por lo tanto, se desarrollaron estrategias psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.

El componente social dentro de la evaluación de la enfermedad oncológica es revisado desde mediados de los años 70, a partir de las redes de soporte social y la psiquiatría social; su incorporación se debe a los cambios que en esa época se daba en relación al enfoque de la asistencia médica a partir del concepto del ser humano como una unidad biopsicosocial, propuesto por Engel (12) (**The New England Journal of Medicine – Vol 306;April 1, 1982 pp 802- 805**).

Con esta integración lenta y progresiva de la psicología, la psiquiatría, el trabajo social y enfermería dentro de la atención directa de los pacientes oncológicos, tanto a nivel intra y extra hospitalario, en la consulta externa, antes y después de la cirugía, antes, durante y después de la quimioterapia; acompañando al paciente durante la evolución de su enfermedad y finalmente en la asistencia de los pacientes terminales al final de sus vidas, la Psico oncología primero y la oncología psicosocial después ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

A lo descrito, se suma la ayuda religioso – espiritual, las estrategias para disminuir la sobrecarga del personal que asiste a estos pacientes, entre otras áreas que han brindado valiosos aportes; tanto así, que muchos de sus criterios, se han incorporado a las diferentes escalas de calidad de vida que en la actualidad se aplican.

Los mejores ejemplos de lo que podría hacer este modelo interdisciplinario y multienfoque se dan en el “**Jacobsen’s Psychosocial, Behavioral, Palliative Care Program** en el **H. Lee Moffitt Cancer Center in Florida** y en el **Program of Cancer Supportive Services** dirigido por **Fleishman** en el **Beth Israel Medical Center in New York**.

Desde 1992, se cuenta con el Journal of Psycho oncology; en 1998 aparece el primer libro de Psico oncología de J. Holland y a partir de estos trabajos, son incontables los estudios realizados a nivel mundial en relación a la psico oncología, intervención psicosocial en cáncer, soporte psicosocial y oncología psicosocial, términos que en última instancia podríamos tomar como sinónimos.

En el país, numerosos profesionales en el campo de la psicología y la psiquiatría han pasado por el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, centro de referencia de los pacientes oncológicos de todo el territorio nacional ; reconocido a nivel internacional por la calidad de sus profesionales, la alta tecnología y fundamentalmente por el trato que se le brinda al paciente; sin embargo, el trabajo realizado, las tesis desarrolladas y las estrategias aplicadas en el campo de la Psicooncología no alcanzaron el nivel de trabajo esperado, hacerse interdisciplinario, participativo, cohesionado y trascendente.

Las razones son múltiples; sin embargo, a pesar de las dificultades, desde hace aproximadamente un año atrás se viene desarrollando la llamada Unidad de Enlace Psicosocial para el paciente oncológico, integrado por un grupo de profesionales que trata de enfocar el tema de la atención centrado en la satisfacción de la persona afectada por el cáncer; esto significa, contemplar no sólo el aspecto médico de algún medicamento nuevo o de una técnica quirúrgica reciente, sino también de la atención a sus angustias, temores, comprensión de la enfermedad, a perder el miedo para hablar de la muerte y el dolor, a conceptualizar la idea que para enfrentarse al cáncer se tiene que conocer la enfermedad, a tener menos incertidumbre y menos preguntas que pueden llevarlos al paciente y su familia a situaciones de ansiedad y angustia extremas.

Este grupo viene desarrollando las estrategias necesarias para brindar orientación grupal e individual al paciente y su familia; así mismo, apoyar al personal que se encuentra directamente relacionado a la asistencia del paciente (técnico de enfermería, enfermera, por ejemplo).

Como tal, considero que si el Instituto de Enfermedades Neoplásicas es el centro más importante de la atención para los pacientes con cáncer, quien determinan los lineamientos político de la atención

oncológica, debe reforzar aún más las estrategias del trabajo psicosocial incorporándolo dentro del trabajo cotidiano asistencial con todos los pacientes y familiares de los mismos y estableciendo los lineamientos de una VERDADERA ATENCION INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIA, que, a la larga, redundará no sólo a elevar el prestigio ya reconocido internacionalmente; sino que se ayudará en mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

Declaración ética

El presente trabajo es propiedad intelectual del autor, quien aclara no tener conflicto de interés alguno.

(*) Médico Neurólogo

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Email. oavidalp@gmail.com

TRABAJO PUBLICADO EN LA REVISTA GESTION MEDICA EN EL 2005