

Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama

Ps. Gonzalo Rojas-May.
Psicooncólogo, Magíster en Psicolingüística, Magíster en Psicología Clínica, Doctor en Psicología Clínica (c).
Instituto Oncológico, Clínica Las Condes.

Resumen

La psicooncología es una especialidad relativamente nueva en nuestro país. Quienes la ejercen, psicólogos y psiquiatras, dedican su tiempo a la prevención, el diagnóstico precoz, la evaluación de las necesidades psicosociales, el tratamiento de psicopatologías asociadas a la enfermedad neoplásica, la rehabilitación psicológica y social de pacientes oncológicos, el apoyo a pacientes y familiares que ingresan a un programa cuidados paliativos; como así también a mejorar las competencias comunicativas y de interacción de los miembros de los equipos de salud oncológicos.

El enfermar es “normal”. Todo ser humano a lo largo de su vida enfermará en múltiples circunstancias, con distinto grado de severidad y con consecuencias disímiles. El ser humano enfermo puede ser considerado y estudiado desde múltiples puntos de vista: médico, biológico, bacteriológico, inmunológico, clínico, psicológicos, social, antropológico, etc. (Schavelzon).

La Psicooncología, Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial es una subespecialidad “bisagra” de la oncología, la psiquiatría y la psicología, que entien-

de al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución. Esta ciencia centra su atención en el paciente, no en la enfermedad que lo aqueja. En otras palabras entiende al enfermo en su totalidad biopsicosocial. Apoya el cuidado clínico del paciente y sus familiares directos; se preocupa del entrenamiento del personal de salud en el manejo de problemas psicológicos; centra su investigación en los comportamientos relacionados con la prevención del cáncer, en el manejo de las enfermedades psiquiátricas y de problemas psicológicos durante todo el tiempo que dure tratamiento de cáncer, así como también en las últimas etapas de la vida del paciente.

La multifactorialidad del cáncer cobra especial significación en el cáncer de mama. Los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer (“una larga y penosa enfermedad”) hacen que continúe siendo vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes,

como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas. Si a todo esto le sumamos las hipótesis que apuntan a una supuesta psicogénesis directa del cáncer (lo cual nunca ha sido demostrado por ningún estudio científico), pero que genera una dosis importante de culpa; nos encontramos frente un escenario extremadamente complejo, donde la paciente deberá verse enfrentada no sólo a los tratamientos médicos, con sus respectivas secuelas orgánicas, estéticas, funcionales y cognitivas, sino que también a múltiples consecuencias psicosociales y familiares.

La estructura psicológica y de personalidad de la paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica de la paciente, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento diagnóstico.

La mayor parte de las pacientes diagnosticada con cáncer de mama, al igual el resto de los pacientes oncológicos, independientemente del estadio de la patología que curse, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “duelo oncológico”. Éste consiste en un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales, por los que la paciente pasa durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad. Cabe señalar que el duelo oncológico es no sólo muy frecuente, sino que también es, las más de las veces, un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir ese momento. Existen varias teorías relacionadas con el duelo oncológico, algunas de ellas dividen las etapas de éste en cinco: negación, rabia, pena, negociación y aceptación; otras subdividen estas etapas llegando a número total de entre siete

y nueve de ellas. Pese a estas diferencias conceptuales existe un amplio consenso con respecto a las cinco ya mencionadas. El proceso de adaptación vivenciado por la paciente con cáncer de mama generalmente dura alrededor de seis meses. Es importante señalar un grupo importante de pacientes inician el duelo oncológico hacia el final de los tratamientos médicos. La razón de ello sería que durante la primera etapa de diagnóstico y tratamiento, privilegian los aspectos médicos por sobre las variables emocionales tanto nivel individual como familiar.

Los principales problemas psicológicos a los que se ven enfrentada las mujeres que cursan un cáncer de mama tienen relación con la sensación de pérdida real o potencial que experimentan. Preguntas como: ¿voy a morir?, ¿voy a perder o voy a conservar mi mama?, ¿voy a seguir siendo sexualmente atractiva?, ¿va ser mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad?, ¿cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va tener para mi familia mi enfermedad?, ¿cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre?, ¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, etc.

La mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera

singularmente delicada. La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata. Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente (De Trill, 168). Los efectos del cáncer de mama sobre la autoestima son especialmente delicados, muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento es diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente.

Tomando en cuenta lo expuesto, resulta imprescindible contar con un protocolo de intervención psicooncológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes.

El esquema de intervención psicooncológica cubre cada una de las etapas de las enfermedades que cursa la paciente y su familia.

Este esquema de intervención lleva a un protocolo de atención psicooncológica para cada una de las etapas o fases de enfermedad nombradas:

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

• CON LA PACIENTE

• CON LA FAMILIA



- Fase de diagnóstico
- Fase de tratamiento
- Fase de intervalo libre de enfermedad
- Fase de supervivencia
- Fase de recidiva
- Fase final de la vida

I. Fase de Diagnóstico

Objetivo: Facilitar que la paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos.

Para ello se contemplan los siguientes objetivos específicos:

- Facilitación de la percepción de control sobre la enfermedad.
- Orientación emocional a la enferma y a su familia a través de material educativo y presentación de grupos de apoyo.
- Derivación, de ser necesaria, a un especialista en salud mental.
- Detección de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de la paciente y de su familia, para orientarlas.

II. Fase de Tratamiento

Objetivo: Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (i.e. angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, etc.) asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.

La intervención psicológica en esta fase tiene los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la adaptación a la enfermedad durante el proceso de tratamiento biomédico (incidiendo en la ansiedad, angustia, efectos secundarios de la QT, fobias a los aparatos RT, disfunciones sexuales y también en los ingresos hospitalarios).
- Fomentar estilos de afrontamiento activos: vivir las etapas del duelo oncológico, buscar orientación médica específica para el caso de la paciente, fomentar redes de apoyo social, mantenerse activa todo lo posible, etc.
- Facilitar la adhesión terapéutica a los tratamientos médicos.

III. Fase Libre de Enfermedad

Lo primero que se debe indicar es que una de las principales fuentes de estrés

para una paciente que ha cursado o cursa un cáncer de mama son los controles médicos. Cada uno de ellos es experimentado como una potencial situación de recaída, generándose un gran nivel de angustia en cada uno de ellos.

Objetivo: Ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros. También proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana

Los objetivos terapéuticos específicos en este momento son:

- Manejo adecuado de la información, ayudar a distinguir entre cancerofobia y sintomatología sospechosa que debe ser chequeada oportunamente.
- Facilitación de la expresión de los miedos y preocupaciones por parte de la paciente y su familia.
- Fomentar la buena comunicación médico-paciente.
- Estrategias para controlar cualquier alteración emocional (angustia y/o depresión) y facilitar el retorno del paciente a sus actividades cotidianas

IV. Fase de Supervivencia

Cada vez toma más relevancia, ya que muchas dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad de la paciente pueden continuar causando dificultades psicológicas y sociales.

Los objetivos terapéuticos específicos en este momento son:

- Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad.
- Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para la paciente.

V. Fase de Recidiva

El impacto puede ser más intenso que en el momento del diagnóstico inicial. Estados de ansiedad, angustia extrema y depresión son muy comunes

Los **objetivos terapéuticos específicos** a alcanzar son:

- Prevención y tratamiento psicopatológicas.
- Facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad.
- Reforzar la relación médico-paciente (pueden aparecer recriminaciones y cuestionamientos profesionales).
- Establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

VI. Fase final de la vida

Pueden aparecer reacciones emocionales muy intensas tanto en el enfermo como en su familia.

Los objetivos de la intervención psicológica en este momento son:

- Colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, náuseas, etc.
- Detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que el paciente y su familia puedan presentar.
- Diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa, delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, etc.
- Acompañar a la paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

Para cumplir con cada una de estos objetivos la psicooncología contempla los siguientes tipos de intervención:

a. Psicoeducación: charlas orientativas, folletos informativos, asistencia a grupos de apoyo formados por pacientes y ex-pacientes, cónyuges, parejas o familiares directos.

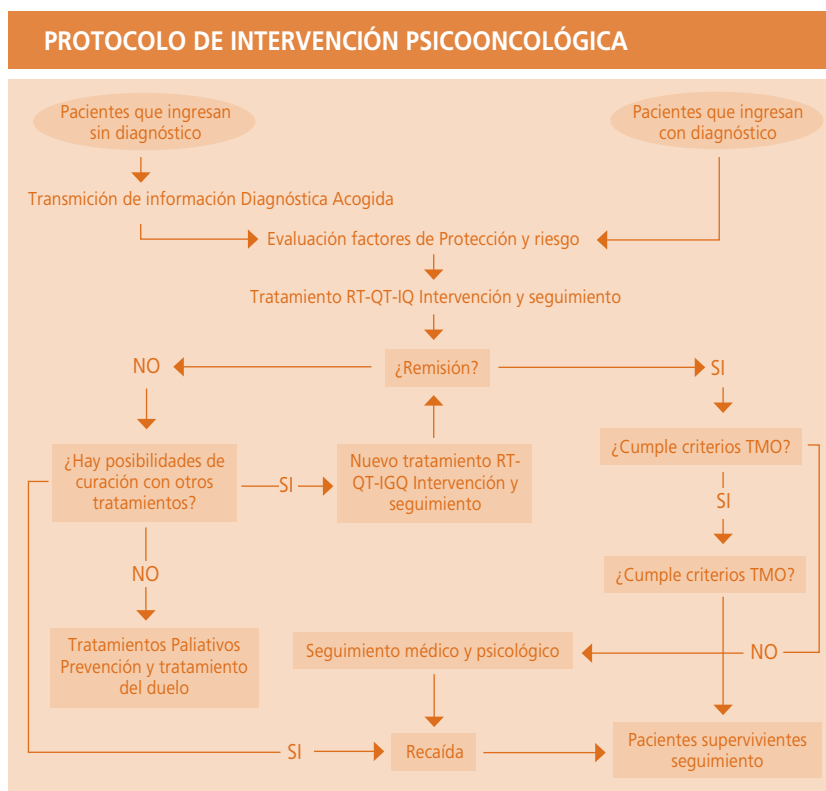
b. Consejería: reuniones individuales con personal de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, matronas) entrenado para dar respuestas específicas a las distintas necesidades de la paciente y su familia directa (i.e. consejería genética; secuelas físicas, cosméticas, funcionales, psicológicas, cognitivas y sociales del cáncer de mama y sus tratamientos; etc.).

c. Terapia Grupal: Indicada para pacientes y/o sus cónyuges o parejas. Está dirigida a tratar distintos tipos de problemáticas individuales y/o de pareja que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico y tratamiento de la paciente.

d. Terapia Individual: Indicada para pacientes que presentan problemas psicopatológicos que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico y tratamiento del cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1> Alizade, A.M. (1995) Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- 2> Bayés, Ramón (2005) Psicología Oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- 3> Carse, J. (1980) Death and Existence. New York: Wiley.
- 4> Corr C., Nabe C., Corr D. (1997) Death and Dying, Life and Living. 2nd ed., Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- 5> Chiozza, Luis (2001). Una concepción psicoanalítica del cáncer. Buenos Aires: Alianza.
- 6> De la Fuente, Ramón (1998). Psicología Médica. México: FCE.
- 7> De Trill, María (2003). Psicooncología. Madrid: Ades.
- 8> Dolto, F. (1982). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- 9> Dethlefsen, T.; Dahlke, R. (2002). La enfermedad como camino. Barcelona: Plaza, Janés.
- 10> Horowitz, M. J. Et al (2000). Pathological grief and the activation of latent self images, American Journal of Psychiatry, 137, 1157-1162.
- 11> Furman, R.(1988) Death. London: Bristol.
- 12> Guimón, José (1999). Los lugares del cuerpo. (neurobiología y psicología de la corporalidad, Barcelona: Paidós.
- 13> Guir, Jean. (2000). Psicopatología y Cáncer. Barcelona: Point Hors Ligne.
- 14> Holland, J.C. and Rowland, J.H (1993). Handbook of Psychooncology:



Psychological Care of de Patient with cancer. Oxford: University Press.

- 15> Ibañez, E., y Romero, R. (1996). Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico. En González Barón, M., Ordoñez, A., Feliu, J., Zamora, P., y Espinosa, E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.
- 16> Kollbrunner, Jürg (2001). Freud enfermo. Barcelona: Herder.
- 17> Kübler-Ross E. (1992). Sobre la muerte y los moribundos. Madrid: Monardes.
- 18> Le Shan, L. (1997). Cancer as a Turning Point New York: A Plume/Penguin Book.
- 19> Limongi, Marcia (1996) Tanatología. Revista Planeta (Brasil), número de diciembre.
- 20> Lonetto, Richard, Templer, Donald I. (1988). La ansiedad ante la muerte. México: Ed. Termis S.A.
- 21> Olbricht, Ingrid (1993). Lo psíquico y nuestra salud. Madrid: Herder.

22> Patrice Guex (1994). An Introduction to Psychooncology Routledge. London: England.

- 23> Patterson, J.T. (2003). The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture. Boston: Harvard University Press.
- 24> Pollock, G. (1991). Mourning and Adaptation. New York: Allston.
- 25> Prados Pérez F. (1986). El hombre ante la muerte. México: Ediciones Iberoamericanas Quórum.
- 26> Rojas-May, Gonzalo (2003). Loci Memoriae del Cáncer. Santiago: Edit. Norte.
- 27> Rowe, Dorothy (1989). La construcción de la vida y de la muerte. Dos interpretaciones. México: FCE.
- 28> Shuman, Robert (1999). Vivir con una enfermedad crónica. Barcelona: Paidós Ibérica.
- 29> Worden, J. William (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.