



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

920
PSI

“ Estudio Bibliográfico de Algunos Factores
Psicodinámicos Presentes en el Cáncer ”

T E S I S

Que para su examen Recepcional de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

MARIA ELENA MONTAÑO CUADRA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA



RECEIVED

UNAM 130

UNAM.130
1979

M. - 23230

psi. 536

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A mis padres.

A mi esposo.

A mis hijas.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION.
- II.- DATOS HISTORICOS.
- III.- FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ETIOLOGIA DEL CANCER.
- IV.- LA EPIDEMIOLOGIA PSICOSOCIAL DEL CANCER.
- V.- EL CANCER DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO.
- VI.- ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON CANCER.
- VII.- SINDROMES PSIQUIATRICOS DURANTE EL CURSO DEL CANCER.
- VIII.- ASPECTOS PSICOLOGICOS, EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y SOCIALES DEL DOLOR EN EL CANCER.
- IX.- REACCIONES EMOCIONALES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CANCER.
- X.- ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL MEDICO TRÁTANTE.
- XI.- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.
- XII.- BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo la recopilación de las investigaciones hechas en pacientes con cáncer y de los factores psicodinámicos que se encuentran presentes en dicha enfermedad.

Se sabe que desde que existe la medicina existe la enfermedad del cáncer y a la fecha es la enfermedad más temida. Pues el sólo oír la palabra "cáncer", inmediatamente evoca terribles pensamientos de muerte, mutilación, emaciación. La conmoción que produce la palabra cáncer para toda la gente, es lo que ha hecho que se emprendan un sinnúmero de investigaciones acerca de ésta terrible enfermedad y no sino hasta en los últimos años se empezaron a preocupar por los factores psicodinámicos que están envueltos cuando una persona es diagnosticada de cáncer y el cómo poder dar soporte a dichos enfermos.

Es evidente que el paciente reacciona ante la enfermedad según la estructura de su personalidad. Las respuestas emocionales comunes como son: ansiedad, depresión, angustia, ira, culpabilidad, regresión, negación; al oír el diagnóstico de cáncer ocurren en mayor o menor grado dependiendo de la forma de reaccionar de cada persona.

El médico debe considerar al enfermo no sólo en cuanto organismo, sino tomando en cuenta su personalidad, conociendo los trastornos subjetivos y los sufrimientos que aquejan al paciente. En la práctica, la personalidad puede considerarse como lo más peculiar y personal del enfermo y debe explorarse atendiendo sobre todo a cómo el enfermo elabora las impresiones y los estímulos.

El paciente ante la enfermedad tiene muchos mecanismos de de-
fensa los cuales se efectúan de una manera inconsciente, que le sir-
ven para proteger el yo. Dentro de éstos, negación de la realidad,
la enfermedad es negada y el paciente quiere demostrar que no pade-
ce de nada, o ésta negación puede ser parcial, en la que el pacien-
te diga que tiene una laringitis en lugar de un cáncer en la lari-
nge. Negación total cuando el enfermo niega que el médico le haya in-
formado acerca de su enfermedad. El médico debe respetar éste tipo-
de conducta defensiva del enfermo.

Existen muchos puntos de debate dentro de los aspectos psico-
lógicos referentes no tan sólo al paciente, sino también a su fami-
lia y al mismo médico en cómo van a lidiar con el cáncer.

Es indispensable que se busque el asesoramiento del psicólogo-
clínico para poder ayudar tanto al paciente como a los familiares -
a tomar la enfermedad en una forma más equánime y siempre se les de-
be mantener una esperanza que ellos mismos ya tienen, de que se púe-
dan curar y el médico deberá determinar cuando éstas reacciones psi-
cológicas de parte del paciente o de algún miembro de la familia -
son exageradas a tal grado de llegar a ser patológicas y es cuando
se necesita de un tratamiento más profundo y exhaustivo por parte -
del psicólogo clínico.

DATOS HISTORICOS

De acuerdo a los descubrimientos históricos y antropológicos - que se han revelado, el cáncer ha existido en el hombre y en los - animales desde que existe la civilización. Pero no sino hasta el si - glo XX éste llegó a ser clasificado por muchos como una enfermedad - incurable. Todavía en la actualidad a pesar de todos los avances - que se han hecho para su tratamiento, para muchos, incluyendo a al - gunos profesionales encargados del cuidado de la salud (médicos, en - fermeras, oncólogos, radioterapistas, etc.) sienten que el cáncer - es una enfermedad incurable, acompañada por un dolor intratable, - terminando solamente en la muerte. Se reconoce que ésto no es ver - dad; no todos los tipos de cáncer son incurables y en algunos casos - aún cuando la enfermedad está muy avanzada, el dolor puede no ser - un problema, pues en ocasiones no se llega a presentar. Sin embargo - cuando alguien examina a la historia del cáncer y en la evolución - que ha tenido tan lenta, uno puede entender éstas actitudes tan ne - gativas hacia dicha enfermedad.

El hombre prehistórico usó rituales y supersticiones como un - arma contra el cáncer, y en algunas culturas esto prevalece todavía - en la actualidad.

Hipócrates el padre de la medicina, reconoció a la enfermedad, - la definió con un pronóstico grave y la nombró karkinos, esto signi - fica cangrejo, nombre descrito por el aspecto que muestra el cáncer - avanzado del seno. La palabra carcinoma que viene del latín, es de - rivada del griego karkinos.

No obstante que los griegos tuvieron templos-hospitales en los - cuales el cuidado era primordialmente dado por sacerdotes, los -

pacientes con cáncer eran aislados, llevándolos a los bosques más cercanos, los abandonaban dejándolos morir. Los romanos lo hicieron inversamente, intentaron todo lo posible para poder lograr la cura, el enfermo, incluyendo sus esclavos, fueron tratados en la casa, -- siendo cuidados por la mujer de la casa.

Durante los siguientes 1,500 años, los únicos avances significantes fueron el ir reconociendo las diferentes formas de presentación del cáncer. Galeno hizo una lista de 61 tipos de cáncer pero entre ellos incluyó a la inflamación, hinchazón y la ulceración. En el siglo XVI, Giovanni Fillipo Ingrassia, profesor de Medicina y Anatomía en Nápoles, el cuál era llamado el "Hipócrates Siciliano", hizo una lista más extensa de 287 variedades de cáncer.

El tratamiento y así como la forma en que se entendía a esta horrible enfermedad, estaba basada todavía sobre las cartas astrológicas, el análisis de la escritura, y el uso de olores fuertes, por ejemplo, el ajo y la cebolla, para atrapar a los espíritus. Durante éste tiempo, el cuidado del enfermo estaba bajo la responsabilidad de grupos religiosos, principalmente de judíos y de cristianos. Todo esto parecía muy apropiado, ya que ésta enfermedad y el dolor se pensaba que eran como un castigo y que deberían de pagarlo por pecadores. Los monasterios tenían control absoluto sobre sus miembros y su principal objetivo era la moral y la disciplina espiritual de los jóvenes y adultos, de los enfermos y de los sanos, de aquellos que soportaban y de los que eran socorridos. Los cuidados de los enfermos fueron aprendidos a través de la práctica y el de tener virtudes espirituales. A causa del trabajo penoso y de las obligaciones desagra

dables, también era considerada como una forma efectiva de castigo, desarrollando en esa forma un sentido de humildad, paciencia y de otras virtudes cristianas. Algunos de estos monasterios tenían un sitio para amparo de los viajeros y éstos fueron llamados hospicios. La influencia de la religión continuó con el cuidado de los enfermos.

El primer hospital de cáncer fué establecido en Rheims, Francia a mediados del siglo XVIII por el obispo Jean Godinet, pero fué clausurado en 1778, porque el público creía que el cáncer podía ser contagioso. Y no fué sino hasta 1840 que los hospitales franceses empezaron a admitir pacientes con cáncer, pero sólo en pabellones separados. En Inglaterra a finales del siglo XVIII, fué establecido un pabellón para pacientes con cáncer en el hospital Middlesex. Sin embargo, muy poco fué hecho con respecto al tratamiento de los pacientes con cáncer, hasta 1851 fué cuando el primer hospital de cáncer fué fundado. Y éste recibió el nombre de Hospital Royal para Cáncer. En los Estados Unidos los progresos en el campo del cáncer todavía eran mucho mas lentos.

La primera institución en los Estados Unidos para el cuidado de los enfermos de cáncer fué una combinación de hospital municipal, casa de caridad, manicomio, correccional y orfanatorio. Los pacientes con cáncer fueron incluidos entre éstos. El hospital Bellevue en la ciudad de Nueva York fué un ejemplo clásico de éste tipo de institución. Los que tomaban cuidado de los pacientes eran prostitutas, alcohólicos y ladrones. Y se tardó casi cien años para reconocer que los que se deberían de encargar de los cuidados de los pacientes ten

drían que ser entrenados y éstos deberían de venir de una clase social más alta. En 1873, una de las primeras escuelas de enfermería que usó el sistema de Nightingale fué establecido en el hospital Bellevue. Desde que el cáncer tuvo el estigma de enfermedad venérea o de algunas enfermedades hereditarias, enfermos de la clase social alta fueron tratados en su casa. Ellos temían que si la presencia del cáncer era divulgada, sus familiares caerían en desgracia así como también sus descendientes.

La clase acomodada fué la responsable para el establecimiento de mejores hospitales, pero desafortunadamente, ellos impusieron su propia ignorancia y prejuicios para la admisión de pacientes con cáncer. En 1847, el hospital de Nueva York admitió 1022 pacientes con fiebre tifoidea, 177 pacientes con fracturas, 280 con sífilis, pero únicamente 4 pacientes con cáncer. Y si accidentalmente, pacientes con cáncer eran admitidos, éstos eran dados de alta como "objetos improprios" o "confusos".

No fué sino hasta que en 1898 cuando el Instituto Roswell Park Memorial fué fundado por el Dr. Roswell Park y la legislatura del estado de Nueva York votó por el apoyo y el mantenimiento de investigaciones para la búsqueda de la causa del cáncer y al mismo tiempo, para el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER

Durante los siglos XVIII y XIX muchos doctores estuvieron impresionados con la frecuencia en que ocurrían los sentimientos de tristeza y pérdida, precediendo a el desarrollo del cáncer.

Una documentación cuidadosa acerca de los cambios de la vida, precediendo al ataque del cáncer hecha por Snow en 1893, demostró que la pérdida de un miembro de la familia o de un pariente cercano fué un precedente inmediato al ataque del cáncer en un 62% de un total de 250 pacientes que fueron estudiados consecutivamente. Un número de estudios subsecuentes confirmaron ésta asociación.

Le Shan y Worthington, confirmaron la importancia de la pérdida, pero desarrollaron el concepto de ésta, ocurriendo como un evento final en un patrón de la historia de la vida que ellos pensaron que hicieron al paciente particularmente vulnerable para el desarrollo del cáncer.

Este patrón de la historia de la vida fué encontrado en un 72% de 152 pacientes con cáncer, pero solamente en un 10% de un grupo de pacientes en un estudio de comparación que tenían un buen estado de salud.

Este patrón de la historia de la vida tiene tres fases: Durante la niñez a causa de la pérdida de alguno de los padres o de ambos, o de algún hermano (a); rechazo por alguno de los padres o por ambos, o el desarrollo excesivo de la dependencia de la madre, el niño aprende que la inversión emocional hacia otra persona puede conducirlo a la deserción y al sufrimiento, es por ésto que las relaciones subsecuentes llegan a ser más superficiales. Esto resulta algunas veces en una existencia de soledad y aislamiento. Preceden-

te al desarrollo de la capacidad de pensamientos lógicos, lo cual hace que el niño frecuentemente asuma que él es el responsable por cualquier evento familiar traumático, culpándose a sí mismo. Esto puede conducir a los sentimientos de culpabilidad, auto recriminación y a un sentido de falla.

La segunda fase empieza cuando la persona supera las barreras de las relaciones interpersonales o encuentra un propósito para vivir ya sea con niños, en un trabajo o en un papel específico de la vida.

La tercera fase del patrón de la historia de la vida, empieza con la pérdida del trabajo o de las relaciones. El matrimonio termina a causa de la muerte del esposo (a), por la separación o por el divorcio; un niño muere o abandona la casa, la menopausia puede verse como la terminación del atractivo físico y del deseo sexual; el trabajo se termina cuando lo despiden a alguien de éste o porque ya no hay trabajo, o porque alguien se pensione; la muerte de un padre puede reactivar sentimientos de culpa y de hostilidad; o la persona es capaz de efectuar algún papel el cual ha representado un significado o propósito en la vida de ésta persona. Con todo lo antes descrito, un significativo número de personas con éstas características desarrollaron cáncer. En un estudio del material de protocolo (15 pacientes con cáncer y 13 pacientes control) 24 de 28 fueron diagnosticados correctamente basándose en la presencia o ausencia de éste patrón de la historia de la vida.

Greene y Miller en una serie de estudios de pacientes con leucemia o linfoma encontraron que la pérdida o la separación precede

ron al inicio del cáncer en la mayoría de los pacientes estudiados.

Parece ser que existe una asociación entre la ocurrencia del cáncer y ciertas clases de experiencias durante la niñez, de características personales y de conductas de adaptación o de ajuste, ha sido descrita, pero también frecuentemente ignorada. Es dentro de lo posible que muchos reportes acerca de la pérdida o la separación antecediendo al diagnóstico del cáncer sugieren que exista alguna asociación entre estas variables y la ocurrencia del cáncer.

Paloucek y Graham definieron tres variables psicológicas que pueden ser importantes como facilitadores o cofactores en la etiología o el momento del inicio del cáncer, nombrándoles: el patrón de la historia de la vida, eventos de la vida acumulados (pérdida, separación) y afecto (desesperación).

En un estudio de Farlan y Smalheiser usando entrevistas y el test de Rorschach, en 11 mujeres con cáncer del seno y 11 mujeres con cáncer en el cuello del útero, esta fué la primera investigación de pacientes con cáncer hecha por psicólogos clínicos. La importancia del estudio se apoya en el uso de este nuevo abordaje, más bien que en los resultados obtenidos.

Schmale e Iker llevaron a cabo el primer estudio con una perspectiva, en la cual las variables psicológicas fueron usadas para predecir la presencia o ausencia de cáncer en el cuello de la matriz. Mujeres fueron hospitalizadas para hacerles una biopsia, indicada por medio de un Papanicolau positivo clase III, éste fué sugestivo de displasia severa, carcinoma in situ y estas pacientes fueron entrevistadas. Las mujeres admitidas consecutivamente al hospi-

tal fueron invitadas a participar en el estudio, si ellas llenaban los requisitos para éste: edades entre 20 y 50 años, que no estuvieran embarazadas, por lo menos con una educación primaria, sin otro tipo de enfermedades y ausencia de cualquier otro síntoma, como serían: sangrado después del coito, dolor pélvico o sangrado intermenstrual, que podían ser interpretados por las pacientes como indicativos de cáncer. La hipótesis fué que las que han experimentado el efecto de la desesperación o teniendo una predisposición a experimentar desesperación, tendrán más posibilidad a tener cáncer, que aquellas que no han experimentado estas situaciones que les afectan. La desesperación es una clase de renunciar o de darse por vencido, se puede definir también como un sentimiento sin esperanza, un sentimiento en el cual el futuro no existe para esa persona, enteramente resultando de las acciones de la misma mujer. Ella cree que es la causa de todo lo que está pasando, pero también siente que no hay nada que ella pueda hacer para cambiar ésta situación. En la personalidad predispuesta a sentir la desesperación, la presencia de una conducta sin egoísmo de larga duración, es vista hasta el grado de que los intereses de otras personas toman precedente llegando a ser de preocupación exclusiva del propio individuo. El placer es derivado de la habilidad de un sujeto para dar a otros. La personalidad predispuesta a la desesperación también muestra ideales rígidamente sostenidos que demandan devoción a otros, como serían: del esposo, de los niños, de amistades, de la casa, del trabajo y religión, con sentimientos fuertes de culpabilidad o se avergüenzan de sí mismos cuando sus metas no pueden ser obtenidas.

La presencia de la desesperación o la predisposición a ésta - fué determinada por una evaluación global de la entrevista, usando las diferencias establecidas anteriormente. Schmale e Iker también establecieron nueve características que parecen diferenciar al pa - ciente con cáncer de otro tipo de pacientes.

El paciente con cáncer:

1) Que siempre estuvo en un estado de buena salud (aún que los reportes médicos indicaron cierto número de enfermedades).

2) Tuvo una historia pasada de tumores benignos (por lo gene - ral del seno o del ovario).

3) Fué forzada a dejar la casa o a terminar su educación pre - maturamente para ayudar económicamente a la familia.

4) Se casó con un hombre más viejo o con alguien de un nivel - socioeconómico más bajo.

5) Que trabajó mientras no se embarazaba.

6) Que fué muy perfeccionista.

7) Que tuvo una gran preocupación por el futuro de sus hijos.

8) Que se preocupó acerca de la salud de su marido o a la nega - tiva de éste a trabajar.

9) Que sus creencias religiosas personales son de gran impor - tancia (no necesariamente asociadas como miembro activo de un grupo religioso específico).

Está bien establecido que la separación, la pérdida, la depre - sión y la desesperación están asociadas con un riesgo incrementado de enfermedades físicas. Un mecanismo posible para ésta asociación - es que la inmunosupresión relativa es un factor con el cual tales -

cambios emocionales son expresados físicamente.

Esta hipótesis se enlaza junto con muchas de las variables históricas, epidemiológicas y biológicas que aparentemente no tenían relación, pero han sido implicadas con el cáncer.

LA EPIDEMIOLOGIA PSICOSOCIAL

DEL CANCER

Una definición útil de la epidemiología de una enfermedad.- Es el estudio en relación a los atributos de un grupo de personas en quienes ésta ocurre y su medio ambiente. El propósito principal de la epidemiología es el tratar de descubrir las causas o los promotores de la enfermedad, pero tratando de examinar la prevención o mejorando las medidas de la salud pública, es también un objetivo importante.

Se distinguen prevenciones primarias y secundarias. La primera significa previniendo a la enfermedad; la segunda, significa tratar de parar o el hacer más lento el progreso de la enfermedad, previniendo y reduciendo las secuelas indeseables.

La epidemiología psicosocial está interesada en las características sociales, personales y de conducta, como condiciones asociadas con un riesgo alto o bajo de adquirir cáncer y sus consecuencias en cierto tipo de población. Sin embargo, porque los investigadores tienen más o menos una buena idea acerca de la etiología de la gran mayoría de cánceres, éstas condiciones están involucradas como parte del cuadro etiológico y es difícil hacer una separación de aquellas que están asociadas con las condiciones biológicas y con el medio ambiente. No obstante que, las principales variables psicológicas pueden ser organizadas coherentemente dentro de subcategorías y algunos juicios pueden ser hechos acerca de ellas en términos de prevención. Es evidente que principios fundamentales se pueden aplicar, si no en todos los casos, si en la mayoría.

Primero.- La asociación de una condición con riesgos incrementados de cáncer, no implica que éste produce o contribuye a este ries_

go, no obstante podría ser.

Segundo.- La sola presencia de la condición con la cual el riesgo es incrementado en uno o en muchos estudios no implica que dondequiera que la condición es encontrada, el riesgo igualmente será aumentado. El aumento puede ser condicional sobre la presencia de otras variables.

Tercero.- Por cualquier variable, el descubrimiento del riesgo aumentado implica cualquiera de las grandes susceptibilidades de el huésped o de una exposición aumentada a un carcinógeno y algunas veces a ambas, a pesar de la cantidad, de la concentración o de tiempo. Finalmente, el valor de las variables psicosociales asociadas con la aparición o progresión del cáncer, que se apoyan en la posibilidad de la prevención, a la aparición y una vez que ya está presente, retardar el progreso. Por ésta razón se han estudiado grupos con riesgo alto y bajo, con la esperanza de encontrar medidas para contrarrestar exitosamente. Cuando la hipótesis etiológica es generalmente aceptada, el problema deja de preocupar al epidemiólogo investigando la etiología, hasta este momento las pruebas de la hipótesis y las pruebas de contra medida entran en función.

En la tabla 1 se hace una lista de varias de las condiciones y conductas que han sido examinadas en relación a la aparición y las consecuencias del cáncer en ambos casos, de poco riesgo y de riesgo aumentado.

Tabla 1.- Condiciones asociadas con el cáncer.

Condiciones	Rango de confianza ^a	Sitio ^b
I.- Lo que la gente es o que es lo que le sucede a su personalidad.		
A.- Características psicológicas.		
1) Personalidad.	3 - 4	Inespecífico.
2) Estados transitorios o de nuevo desarrollo.		
a) Enfermedad mental, esquizofrenia en particular.	4	Inespecífico.
b) Depresión.	4	Inespecífico, páncreas, sangre.
c) Síntomas neurológicos.	3 - 4	Inespecífico.
d) Stresses específicos en la vida.		
(1) Hipótesis: hormonas masculinas bajas; inmunosupresión-	4	Estómago, inespecífico.

Condiciones	Rango de confia_ bilidad ^a	Sitio ^b
condicionada.		
(2) Stress experi_ mental en ani_ males.	3 - 4	Inespecífico.
B.- Características físicas.		
1) Somatotipo.	4	Inespecífico.
2) Dimensiones especifi_ cas del cuerpo.		
a) Estructura.	4	Seno, inespecifi_ co.
b) Obesidad.	3	Endometrio.
c) Estatura y peso.	3 - 4	Seno, cuello ute_ rino.
3) Color del pelo.	4	Seno.
4) Complexión y color de ojos.	1 - 4	Piel.
C.- Rasgos congénitos y gené ticos.		
1) Edad de menarquia.	3	Cuello uterino, - seno.
2) Edad de menopausia.	4	Seno.
3) Historia de cáncer en la familia.	1 - 4	Seno, varios.

Condiciones	Rango de confiabilidad ^a	Sitio ^b
4) Deficiencia o anomalía congénita	1 - 4	Varios.
D.- Otras enfermedades y patologías.		
1) Por ejemplo: cirrosis del hígado, queratosis en la piel, cálculos en el riñón y la vejiga.	2 - 4	Varios.
2) Trauma, cicatrices, quemaduras.	2 - 4	Piel, esófago.
3) Enfermedades contagiosas.	2 - 4	Vejiga, sangre.
4) Irritación de los tejidos.	3 - 4	Inespecífico.
E.- Características demográficas y sociales.		
1) Sexo.	1	Varios.
2) Edad.	1	Inespecífico.
3) Nivel socioeconómico.	1 - 4	Inespecífico.
4) Casados.	2 - 4	Seno, cuello uterino.
5) Raza.	1 - 4	Varios, inespecífico.

Condiciones	Rango de confia_ bilidad ^a	Sitio ^b
6) Religión.	1 - 4	Varios.
7) Grupo étnico.	1 - 4	Varios.
8) Sitio geográfico.		
a) Mundial (ozono, ultravioleta).	1 - 4	Varios.
b) País, región.	1 - 4	Varios.
c) Urbano-rural.	1 - 4	Varios.
d) Lluvioso.	4	Inespecífico, esó_ fago.
9) Cultura.	2 - 4	Inespecífico.
II.- Lo que la gente hace de e_		
llos mismos.		
A.- Hábitos.		
1) Beber (alcoholis_ mo).	1	Boca, garganta.
2) Uso del tabaco.		
a) Fumar cigarros, masticar taba_ co, inhalar ta_ baco.	1 - 3	Pulmón, boca, gar_ ganta, laringe, e_ sófago, vejiga.
3) Café.	4	Inespecífico.
4) Mariguana.	4	Inespecífico.
5) Narcóticos (riesgo	4	Inespecífico.

Condiciones	Rango de confia_ bilidad ^a	Sitio ^b
bajo).		
B.- Costumbres y conduc_ tas culturales.		
1) Conductas cultura_ les.		
a) Culto al sol.	2	Piel.
b) Amamantar.	4	Seno.
c) Edad al casarse.	2 - 4	Seno, cuello uteri_ no.
d) Número de miem_ bros en la fami_ lia.	4	Leucemia.
e) Circuncisión.	2 - 4	Pene, cuello uteri_ no.
f) Animales domésti_ cos enfermos.	4	Leucemia.
g) Hábitos en el co_ mer.	4	Esófago.
2) Higiene.		
a) Duchas vaginales.	4	Cuello uterino.
b) Limpieza bucal.	4	Bucal.
c) Tricomoniasis.	1 - 3	Cuello uterino.
3) Coito.		

Condiciones	Rango de confiabilidad ^a	Sitio ^b
a) Temprano, con <u>di</u> ferentes perso_ nas.	1 - 3	Cuello uterino.
b) Muchas otras va_ riables.	2 - 4	Cuello uterino.

III.- Dieta.

A.- Componentes naturales deficiencias.

1) Cantidad en el co_ mer.	2 - 4	Inespecífico.
2) Grasas, proteínas.	4	Colorectal.
3) Deficiente en vita_ minas.	3	Esófago, otros.
4) Carcinógenos.	2 - 4	Varios.

B.- Efectos de procedi_ mientos.

1) Alimentos procesa_ dos y disminuídos- de consistencia.	3 - 4	Colorectal.
2) Preservativos y co_ lorantes.	3 - 4	Inespecífico.
3) Purificación de a_ gua.	4	Varios.

Condiciones	Rango de confianza ^a	Sitio ^b
IV.- Lo que se le ha causado a la gente.		
A.- Polución del ambiente.		
1) Pesticidas, herbicidas	4	Hígado, inespecífico.
2) Polución del aire.	2 - 4	Pulmón, inespecífico.
3) Polución del agua.	4	Inespecífico.
4) Radiación ionizada.	1 - 4	Leucemia, tiroide, otros.
B.- Ocupación.		
1) Carcinógeno conocido.		
a) Algunos ejemplos: Rayos X, uranio, asbestos, arsénico, cloruro de po_	1 - 4	Varios.

Condiciones	Rango de confianza ^a	Sitio ^b
livinilo, cier - tos compuestos - orgánicos, sol,- benzo (a) pireno.		
2) Conductas peli - grosas.	2 - 3	Varios.
C.- Posibles efectos ia trogénicos.		
1) Drogas	1 - 4	Varios.
2) Rayos X, terapia y diagnóstico.	1 - 4	Varios.
3) Irritación por - protesis.	3 - 4	Varios.
4) Inmunosupresión- (por ejemplo: me dicación en trans plante de órganos).	1 - 4	Varios.
5) Errores en el diag nóstico de estados precancerosos.	2 - 4	Varios.
6) Amigdalectomía.	4	Enfermedad de - Hodgkin.

- ^a Rango de confiabilidad, que la condición está asociada con riesgo alto o bajo de cáncer (juicio personal): (1) cierto, (2) alto a moderado, (3) moderado a bajo, (4) sospechoso o sin suficiente data.
- ^b Sitio (s) que están asociados con la variable.

Las relaciones encontradas no son necesariamente relaciones verdaderas. Muchas categorías forzosamente se interponen, pero cada variable ha sido asignada arbitrariamente a una categoría principal. Por ejemplo, el color del pelo ha sido situado bajo características físicas, pero es evidentemente un rasgo genético. Obviamente la lista no es completa. También no todas las variables psicológicas anotadas han sido encontradas consistentemente que se relacionen con la ocurrencia de cáncer. En algunos, la relación encontrada es nula y en otros existe un desacuerdo considerable acerca de la relación. Se trató de indicar un rango de confiabilidad en las asociaciones observadas. Por cada variable los sitios afectados por cáncer también se anotaron.

La lista de variables psicológicas dadas en la tabla 1, la cual describe las condiciones que han sido revisadas en relación con la asociación con cáncer. Estas son dadas en un intento de demostrar la larga variedad de las variables con componentes psicosociales, que se ha sospechado que pueden tener una relevancia epidemiológica en el cáncer, algunas como condiciones asociadas que pudieran proporcionar insinuaciones con potencial etiológico, como pueden ser: edad, sexo, religión, estado civil y otros como causas

posibles de un riesgo aumentado, como puede ser el comer excesivamente, o como una causa de riesgo reducido, como puede ser el comer menos, con una deficiencia de vitaminas y minerales necesarias.

En la tabla 1, la lista es sólo una posible asociación de cáncer, pero esto no implica causación de éste. Recae sobre la persona que está considerando el cambio de la conducta por propósitos preventivos a seguir las insinuaciones generales de la tabla y a determinar el consenso acerca de las variables de que las relaciones altas también son causas de cáncer. Si es esto, la pregunta de un cambio de conducta posible para la prevención puede entonces ser enfrentado.

La estimación de confiabilidad, que la condición esté asociada con un riesgo alto o bajo de cáncer, incluyen un rango de significancia dentro de una categoría, puesto que la descripción completa de cada categoría vendría a ser muy larga. Por ejemplo, generalmente se creía que la esquistosomiasis entre los egipcios producía un riesgo alto de cáncer en la vejiga (ver la tabla 1, I.D.3). En otro ejemplo encontramos que solamente es una sospecha que la mononucleosis aumenta el riesgo de ciertos cánceres de la sangre. Algunos creen que no existe una asociación del todo. Estos dos hechos conducen a la mezcla de entrada de 2-4 por las categorías de las enfermedades infecciosas.

Se tratan de discutir específicamente las variables de personalidad y de la enfermedad mental, para dar alguna idea de la variedad de puntos a ser encontrados en el área psicosocial. No se puede sentir gran confiabilidad en agregar la incidencia de que algunos -

tipos de personalidad están más inclinados a tener cáncer, que otros. La mayoría de los estudios sobre esta cuestión, en los que se han comparado pacientes con cáncer, pacientes que no son cancerosos, o con gente saludable. La implicación que hacen muchos autores, es que ellos con bastante frecuencia, explícitamente infieren de los datos, de que en las personalidades observadas existieron diferencias antes de que el cáncer se hubiera diagnosticado. Esta conclusión está sujeta a una duda seria sin una fuerte validez de los datos, preferiblemente en perspectiva. Gente que tiene cáncerson sujetos a cambio en mayor o en menor grado en perspectiva, reminiscencia, talante, sentimientos y habilidades, a consecuencia del mismo cáncer. Por ejemplo, trastornos neurológicos francos, están asociados con una alta proporción de pacientes (17 a 38% reportados con ciertos tipos de cáncer), a través de metástasis y a través de la lesión primaria; los cambios perceptuales presentes en el cáncer, como la depresión y otros síntomas (aparte de los neurológicos) psíquicos frecuentemente acompañan a algunos cánceres. Sin olvidarse también que muchos de los agentes quimioterapéuticos son neurotóxicos.

Pero aún cuando los pacientes con cáncer son distinguidos de otro tipo de pacientes, antes de que el médico sepa acerca del estado de enfermedad, esto verifica solamente el hecho de que en algunas dimensiones basadas sobre talante, reminiscencia, la actuación en una prueba; los pacientes con cáncer difieren de los pacientes no cancerosos. Es verdad que pérdidas personales tempranas o traumas sociales y una descarga emocional pobre dentro de los anteceden

tes, parece que corren a través de ciertos estudios demostrando ta les diferencias.

Datos negativos aparecen de vez en cuando, por ejemplo, en - ciertos artículos revisados no se despertó el entusiasmo acerca de dar soporte para la hipótesis en cuestión.

Estudios anterospectivos, mostrando diferencias de personalidad ó relaciones familiares poco comunes años antes de que el cáncer llegara a ser manifiesto, son posiblemente más convincentes, - pero éstos necesitarán también ser verificados. La dificultad que se puede encontrar en éste tipo de estudios, es que no son verdaderos estudios en perspectiva, sino que son tipos de estudios retrospectivos, en que la persona estudiada es elegida porque el cáncer está presente y la prueba temprana y los resultados de la entrevista entre los pacientes con cáncer y los grupos controles son entonces comparados. Solamente que, si es necesario e importante la eliminación del efecto del cáncer sobre los resultados de las pruebas, sólo así éstos podrán ser superiores a los otros. El estudio más - definitivo será eligiendo gente sobre las bases de el factor de la personalidad y determinando con éxito prediciendo el cáncer, ésto no ha sido hecho todavía. Pero es verdaderamente un tipo de investigación muy difícil.

¿Qué significa todo ésto con respecto a prevención? Primero: - Se han descubierto solamente dos estimaciones de la probabilidad - relativa que ciertas características de la personalidad están pre- sentes en los pacientes con cáncer, comparándolos con otro tipo - de pacientes: 2.5 y 1.4 veces de probabilidades por los grupos -

respectivos tanto experimentales como controles, quienes presumiblemente fueron una muestra representativa de la población. Si ésto fuera establecido de que dichas condiciones internas fueron asociadas verdaderamente con un riesgo alto de cáncer una de las formas en que dichas condiciones podrían ser usadas, ahora estarían disponibles para ser estudiadas, investigando qué condiciones corporales o externas fueron diferentes en éste grupo (no necesariamente causadas por las diferencias de la personalidad) las cuales permitieron al grupo a ser de un alto riesgo para tener cáncer. El epidemiólogo para probar la hipótesis, y el investigador biólogo entonces serían llamados para la búsqueda.

La pregunta importante de las diferencias de la personalidad conduciendo a formar o a no formar, es demasiado complicado el discutirlo, pero si pudiera ser fácil el distinguir a éste tipo de personas de alto riesgo, se aplica directamente.

¿La enfermedad mental está asociada con un riesgo en mayor o menor grado de padecer cáncer? Se han hecho demandas y se ha sospechado que las enfermedades mentales o por lo menos la esquizofrenia, protege contra el cáncer. Por lo menos tres revisiones se han hecho y existe una incidencia bastante alta en contra de la hipótesis. La razón actual que se ha encontrado, puede ser explicada sobre las bases de la estadística y cuyos efectos de las condiciones-circunstanciales sobre los reportes de la mortalidad a consecuencia del cáncer es bien conocida. Una hipótesis prometedor, la cual no ha sido bien investigada, es que el enfermo mental con rasgos paranoides, puede ser de un riesgo más alto para tener cáncer que otros

enfermos mentales.

En lugar de discutir cada una de las variables en la misma forma, quizá sería de un poco de más valor el señalar algunos de los aspectos teóricos y prácticos sobre el control del cáncer, asociados con tales variables basados en la conducta.

¿Qué características del cáncer están apoyadas sobre un control exitoso del cáncer?

La secuencia de los estados de los tejidos es normal en carcinogénesis, es mínima la transformación de la célula o displasia, lesión premaligna más avanzada, malignidad local clara y metástasis, o la extensión del cáncer hacia otros órganos. Algunas veces existe una regresión de estadios avanzados a más tempranos. Los ejemplos mejor conocidos de ésta regresión: de una displasia cervical uterina a la normalidad; y de una leucoplakia a la normalidad, esto es un fenómeno bastante bien documentado. Ocasionalmente estadios más avanzados también se han visto regresar. Aparte de estos, desde que la progresión sigue adelante, detectando una anormalidad de los tejidos, será de mucha ayuda hasta el grado de que se puede parar o regresar la progresión. Si una condición o conducta es conocida de un riesgo alto de tener cáncer, esto es claramente ventajoso, no obstante antes de que cualquier anormalidad celular se presente, para prevenir la primera aparición de ésta anormalidad o retardar la aparición de ésta, si es que no se puede prevenir. También, si una condición o substancia produce o promueve el cáncer, usualmente, lo que más se exponga a ésta, tendrá un riesgo de cáncer más grande. Frecuentemente, la prevención es más fácil, cuando es posible tener

un acceso directo al tejido involucrado, ya sea por simple inspección o por muestreo de tejido. Es decir, se sabe acerca de la progresión, en una pequeña proporción de casos de leucoplakia (manchas blancas en la membrana de la mucosa), al cáncer por la inspección directa y una muestra del tejido. En una forma similar, se toma una muestra celular del cuello del útero por medio de la prueba de Papanicolau y se pueden observar las condiciones que serán seguidas por el cáncer en una cierta proporción de pacientes; o se puede llevar a cabo un examen coloproctal y comprobar la presencia de un pólipo villosos los cuales van acompañados por el cáncer en cierta proporción de individuos. En los casos en los cuales el precáncer está oculto el problema es bastante severo.

La lista de las variables psicosociales dadas en la tabla 1, no fué organizada dentro de un acto continuo de jerarquía, pero teóricamente podría ser que se incluyera en toda la planeación del problema de ataque, sería de mucho valor el poder llevarlo a cabo. Esta estrechez de la jerarquización, se aplica a la etiología de la mayoría de las enfermedades. Se puede hacer una hipótesis acerca de las posibles causas inmediatas (por ejemplo, la ingestión de aflatoxina; la cual es un carcinógeno conocido), posibles causas intermedias (por ejemplo, entre algunos africanos el beber cerveza contaminada por la aflatoxina) y unas posibles causas remotas (por ejemplo, el medio ambiente agrícola y el desarrollo de la tribu, de formas específicas que llevaron a hacer que tomaran esa clase de cerveza). Estas causas conductuales triples son algunas veces inmediatas; por ejemplo, el uso crónico de las cajas de metal para calentarse, poniéndolas muy

cerca del estómago entre algunos grupos del Japón, les ha dado cánccer en la piel. Sin embargo, por lo general, las causas conductuales son intermediarias o lejanas, las cuales son una ventaja o una desventaja al mismo tiempo. La transmisión de los efectos de las causas remotas a las causas inmediatas pueden ser fácilmente difusos a lo largo del camino, de éste modo cede a una relación más pequeña de causas remotas a la enfermedad; por otro lado, una variedad larga de contramedidas usualmente pueden ser aplicadas a las series de las causas remotas.

Un proceso de combinación de los factores de riesgo para poner alerta a la gente, a la necesidad de las pruebas de detección han sido llevadas a cabo por el Dr. Daniel Miller, de la Clínica Strong Memorial, en Nueva York. El estableció una combinación de variables, cada una de las cuales fué asociada con un riesgo aumentado de cáncer del seno y especificó que el grado de vigilancia para ser empleado cuándo una mujer tuvo cualquiera de las varias combinaciones. Esto es, él especificó en una hoja de registro qué tan frecuentes y qué clase de exámenes periódicos deberían de ser hechos por cada combinación relevante. En efecto, él asignó las prohabilidades implicadas de tener cáncer del seno a las diversas combinaciones. Los elementos fueron: La presencia o la ausencia de excreción por el pezón, dolor, la aparición de una masa o tumorcito, antecedentes de cáncer del endometrio, antecedentes de cáncer del seno en familiares mujeres y edades de más de 35 o 45 años. Ahí no es una razón que a un procedimiento similar podría no haberse hecho para la prevención primaria para cada uno de los sitios del

cáncer. En algunos no se tendrá ningún éxito, ya que como sabemos, la gente inadvertidamente puede tener conductas inconstantes o cambiantes que pueden afectar y tener el riesgo de obtener la enfermedad (por ejemplo, cáncer en el cerebro). En otros se podría ser más exitoso, por ejemplo, el cáncer bucal, que lo han estudiado con patrones de el beber y de el fumar, por la aparición de lesiones en la boca, la edad, la dieta y hábitos en el comer. No podría ser posible el llegar a un número tal con certeza, pero ciertamente a un número aproximado del cual se podría derivar el aumento de riesgo. Para muchos otros tipos de cánceres, éste procedimiento es dudoso.

Algunos autores han tenido la impresión de que, exceptuando el cáncer del pulmón, informando al público y poniendo empeño en educarlo con respecto a poner atención a la detección del cáncer. Se piensa que muy pocos padres, por ejemplo, saben acerca de los factores importantes que acompañan a un riesgo grande de que sus hijas tengan una experiencia sexual temprana y con diferentes personas. Posiblemente, si los padres supieran ésto, ellos serían menos permisivos acerca de esa relajación sexual, la cual tiende a ser muy común en las personas jóvenes dentro de la sociedad en los Estados Unidos. Ya se ha comprobado un aumento en la erosión del cuello uterino de mujeres menores de 20 años, de las que sus experiencias sexuales empezaron muy temprano. Dicha erosión está asociada con riesgo alto de cáncer. ¿Cuántas personas saben acerca de que el fumar está asociado con riesgo aumentado no solamente con cáncer en el pulmón, sino que también en la vejiga, de la boca, de la laringe y del esófago? ¿Cuántos empleados y jefes de fábrica, saben que el ex

ponerse a ciertos materiales, usualmente dentro del trabajo, aumenta el riesgo de cáncer de 20 a 40 veces?

Existe una extensa literatura sobre los efectos de la cantidad y el tipo de dieta sobre la incidencia del cáncer y sobrevivencia entre los animales. Esto ha sido verificado repetidamente, que una dieta baja en calorías, sin minerales y deficiente en vitaminas conduce claramente a una vida más larga en ratones y en ratas, teniendo una fluctuación de un 10 a un 50% de aumento en la vida. La reducción en la incidencia del cáncer que se observó en éstos animales fué una importante contribución para la extensión de la vida. Si estas observaciones hechas en estos descubrimientos fueran aplicables en el ser humano, se tendría una ayuda muy grande en la lucha contra el cáncer. Por lo menos tan importante desde el punto de vista de un cambio de conducta, si fuera verificado en humanos; la observación es que la duración de la vida en éstos animales fué extendida, sin importar cuándo se empezó la dieta reducida. Desde luego, que mientras más tarde se comience a reducir la dieta, menor será la extensión de la vida.

Así como nuevos descubrimientos aparecen en donde existen cambios conductuales, se puede reducir el riesgo de cáncer, tres cosas deberían ser hechas. Primero. el valor de asignar alta prioridad a un estudio verificado, debe ser considerado. Generalmente los principales componentes de ésto serán: 1) El éxito probable de las contramedidas dentro de un registro de un programa control, 2) La ganancia asociada con el programa, es decir, ¿cuántos casos de la enfermedad podrían ser prevenidos? Asumiendo la alta priori-

dad, la segunda acción debería ser emprendida a verificar el estudio. ¿Es de un descubrimiento original válido? La tercera acción, si es en esta forma, las contramedidas deberían ser iniciadas activamente.

Un buen ejemplo podría ser, acerca del reciente descubrimiento hecho entre niños y adultos con leucemia, más familias de éstos pacientes han tenido pájaros y gatos enfermos en la casa; que en las familias saludables que no han tenido ésta clase de animales. No hubo diferencia alguna con respecto a las familias que han tenido ésta clase de animales caseros aunque hayan estado saludables (pájaros y gatos). Esto es todavía un descubrimiento preliminar, pero en realidad es susceptible a una acción muy concreta, dependiendo sobre la verificación del descubrimiento, si es que los animales caseros enfermos son causantes de un riesgo más alto de cáncer y finalmente sería una ganancia como ya se ha mencionado.

Uno podría preguntarse qué condiciones asociadas con un riesgo alto de cáncer podrían cambiarse y así bajar ese riesgo por alguna clase de conducta. La conducta que se siga se puede definir en dos clases: haciendo algo y no haciendo nada. Aquellas conductas que no envuelven una acción son difíciles de manejar, porque ellas podrían implicar las metas con mayor conflicto. Por ejemplo, cuando algún doctor falla en llevar a cabo una prueba de rastreo durante un examen, ¿puede el doctor ser juzgado como responsable, si el paciente vino a quejarse de algo en particular y éste fué examinado por esa queja? Si ahí están las pruebas del precáncer que implican procedimientos, los cuales el doctor al prescribirlos encontrará pacientes

que no quieren someterse a ellos (por ejemplo, la protoscopia), -
¿qué tanto se le puede exigir a el doctor el tratar de convencer al
paciente para llevar a cabo dichos estudios? Qué tanto los malos há-
bitos, por ejemplo: falla en algunas fábricas de riesgo alto en don-
de los trabajadores tienen que usar máscaras y éstas no son propor-
cionadas, ¿es debido a la ignorancia? ¿Cuánto por parte de los doc-
tores es debido a la ignorancia? Existen algunos malos hábitos que-
podrían ser corregidos si se hiciera un esfuerzo apropiado, ya sea-
por medio de reglas, o por medio de educación.

Por otro lado, haciendo algo, el problema no es menor. Primero
la gente y las instituciones tienen que ser convencidas acerca de -
el valor de la conducta que se les pide. Entonces tienen que cum- -
plir con dicha conducta. Inevitablemente ahí habrá conflicto por la
prioridad. Pero la falla al tomar cualquier medida preventiva no -
tiene excusa. Estudios hechos tienen la evidencia clara del éxito -
de dichos esfuerzos en la declinación del fumar entre doctores bri-
tánicos y el decline promedio en los cigarros fumados por las perso-
nas de éste país, empezando en el tiempo acerca del reporte del pri-
mer cirujano general dando a conocer al público sobre el fumar y la
salud. También han reportado y visto un notable aumento en el núme-
ro de mujeres que van a chequearse sobre el Papanicolau.

La tabla 2 describe aquellas características de la tabla 1, -
que fueron en las que la conducta pudo alterar el riesgo del cáncer
en mayor o menor grado, si la característica contribuyó a la causa-
del cáncer. Cada una de las condiciones que aparecen en la lista se
pensó que influyó en la aparición del cáncer. Esta suposición, des-

de luego no es necesariamente verdadera, por ejemplo, sólo se puede especular que la marihuana puede ser carcinogénica, debido a que - ahora han demostrado que los adictos a ésta se les ha encontrado - una disminución en la capacidad inmunosupresora de las células.

Tabla 2.- Condiciones asociadas con características personales o conductuales que podrían ser cambiadas por varios-agentes^a.

Condición	Conducta por			
	Individuo	Médico	Gobierno	Industria
<u>Características psico-</u>				
<u>lógicas.</u>				
0 ^b Stresses de la vida	X			X
<u>Características fisi-</u>				
<u>cas.</u>				
? ^b Obesidad	X			
<u>Otras enfermedades y -</u>				
<u>patología.</u>				
?-+ Enfermedades contagiosas.	X	X	X ^c	
0 Irritación tisular.	X			

Condición	Conducta por			
	Individuo	Médico	Gobierno	Industria
<u>Hábitos</u>				
+ ^b Beber (Alcoholis_ mo).	X	X		
+ Fumar, mascar e- inhalar tabaco	X	X	X	X
0-? Mariguana	X	X		
<u>Costumbres y cultura</u>				
+ Culto al sol	X	X		
0 Edad del casamien_ to.	X			
0 Hábitos en el co_ mer.	X	X		
0 Hábitos en el vi_ vir.	X			
? Higiene personal	X			
+ Coito, edad de i_ nicio, con varias personas.	X			
<u>Dieta, compuestos natu- rales.</u>				
+ Cantidad ingerida	X	X		
? Grasa, protefna	X	X		
+ Deficiencia vita_	X	X		

Condición	Conducta por			
	Individuo	Médico	Gobierno	Industria
mínica severa.				
? Deficiencia de <u>mi</u> nerales.	X	X		
0 Carcinógenos (e_ jemplo: aflatoxi_ na).			X	X
<u>Dieta, efectos de pro-</u> <u>cedimiento.</u>				
? Alimentos refina_ nados y con pér_ dida de consis_ tencia.	X	X	X	X
? Preservativos y- colorantes.			X	X
? Purificación de agua.			X	X
<u>Polución del medio am-</u> <u>biente.</u>				
0-? Pesticidas (pa_ ra el hogar, pa_ ra la industria)	X		X	X

Condición	Conducta por			
	Individuo	Médico	Gobierno	Industria
? Polución del aire (llantas, tubos - de escape, fábric_ cas).	X ^d		X	X
? Polución del agua (llantas, tubos - de escape, fábric_ cas, purificación)	X ^d		X	X
? Radioactividad ex_ cesiva.			X	X
<u>Ocupación</u>				
+ Carcinógenos cono_ cidos.			X	X
+ Conductas peligro_ sas (no usar más_ caras, manejo des_ cuidado de materia_ les radioactivos).	X			X
<u>Efectos iatrogénicos po_</u> <u>sibles</u>				
+ ^f Drogas carcinogéni_ cas.		X		X ^e

Condición	Conducta por			
	Individuo	Médico	Gobierno	Industria
+ Terapia de radiación y diagnóstico radiológico.		X		
? Prótesis		X		
+ ^g Inmunosupresión - (ejemplo: medicación durante transplante de órganos)		X		
+ Errores en la detección y diagnóstico del cáncer.		X		

^a Todas las entradas, ambas categorías y juicios, puntos de vista y no necesariamente representan puntos de vista oficiales.

^b+ Implica que un claro mejoramiento en el riesgo del cáncer se puede obtener.

? Implica que una cantidad dudosa de mejoramiento se puede obtener.

0 Implica que el cambio de conducta pudiera afectar un poco el riesgo del cáncer o que no le pueda afectar algo, o que el cambio de conducta es muy difícil de llevar a cabo.

^c Por ejemplo, la construcción de presas en el río Nilo aumentaron la esquistosomiasis, lo cual probablemente incrementó después el-

- cáncer de la vejiga.
- d El individuo contribuye en el sentido de que el impulso es parte de nuestro estilo de vida en el momento actual, de nuestra civilización actual.
 - e Por medio de la educación de médicos.
 - f Los ejemplos conocidos más prominentes se relacionan con drogas usadas mucho menos ahora que antes.
 - g Si ésto resulta a consecuencia de enfermedades que ponen en peligro la vida, ¿cómo debería de decidir el médico?

Un equipo adecuado y productivo, incluyendo a un epidemiólogo-psicosocial, un ecónomo, planeadores de los sistemas de salud, un educador de la salud pública, un especialista en educación médica, un administrador en la salud y otro tipo de especialistas concernientes, son necesitados. Asumiendo que la conducta que afectará a un agente etiológico, los elementos del cometido del equipo son: examinar el probable resultado de cada uno de los diferentes cambios de la conducta (incluyendo el sistema institucional, el sistema médico y las conductas individuales), sobre la incidencia y la mortalidad asociadas con los diferentes tipos de cáncer; a explorar las posibilidades acerca de cada uno de los cambios de la conducta, a determinar qué tanto cambio se podría tomar y ser traído acerca de cada uno de ellos, a determinar las prioridades de hacer la inversión y el esfuerzo; y finalmente se empieza a proceder si es considerado que vale la pena. Siempre se debe de tener en la mente, por supuesto, el problema del balance entre la ventaja asociada con la

prevención y el costo asociado con las preocupaciones por muchas personas, si descubren ellos el gran riesgo en que se encuentran.

Los obstáculos principales enfrentándose a la prevención efectiva, son bien conocidos: los conflictos entre las prioridades, haciendo la decisión en la presencia de objetivos opuestos o contradictorios, la incertidumbre y los límites sobre el tiempo, dinero y los profesionistas disponibles. En resumen, el cuadro en perspectiva no es tan obscuro como pareció antes y muchas posibilidades preventivas para la enfermedad del cáncer, existen en la realidad.

EL CANCER DESDE EL PUNTO

DE VISTA MEDICO

El cáncer puede ser definido como un grupo de enfermedades que comparten la característica común de un crecimiento celular sin restricciones en relación con el crecimiento de las células normales en los tejidos vecinos. El resultado final de este crecimiento es la formación de un tumor que invade y destruye tejidos normales. Muchos tipos diferentes de células pueden sufrir los cambios que resultan en cáncer. En un cierto número de casos, el tumor primario proviene de una célula y en estos casos, se dice, que el cáncer ha tenido un origen clonal. Los cánceres tienen tendencia a diseminarse por todo el cuerpo debido a la habilidad de las células correspondientes al tumor primario a emigrar a otros sitios y a establecer un nuevo foco de crecimiento (metástasis). Esta diseminación de las células cancerosas generalmente ocurre, ya sea a través de la vía linfática, la hemática o la transcelómica. En algunos casos, sin embargo, cánceres primarios pueden aparecer en múltiples sitios, no solamente en tejidos del mismo tipo celular, sino también en células de diferentes tejidos.

Estadísticas de cáncer.-

El cáncer ocupa el segundo lugar dentro de las causas mayores de muerte en los Estados Unidos. En 1977, 360,472 gentes murieron por cáncer en este país, lo cuál corresponde a una tasa de mortalidad de 170.5 por 100,000 de población. Al momento actual, la mortalidad por cáncer sólo es superada por las enfermedades del sistema cardiovascular. La mortalidad por cáncer ha venido aumentando consistentemente desde principios de este siglo. Un número de factores que juegan un papel en el aumento de la mortalidad, siendo uno-

de ellos, el mejoramiento en el mantenimiento de un registro más preciso de los casos con cáncer. Un segundo factor, es el aumento de la sobrevivencia, ya que muertes por cáncer ocurren con más frecuencia en personas de más de 65 años de edad. Este aumento en la sobrevivencia ha sido debido, principalmente, al mejor control de las enfermedades infecciosas en los últimos 30 años. Las cifras proyectadas indican que un miembro de cada familia se encuentra con riesgo de llegar a sufrir de cáncer. Esto es de suma importancia ya que además de la mortalidad causada por el cáncer, la morbilidad asociada trae consigo un considerable aumento en la necesidad de la atención médica y de hospitalización.

Distribución geográfica.-

La incidencia de cáncer varía geográficamente y cánceres en diferentes sitios anatómicos presentan diferente distribución en diferentes partes del mundo. La distribución mundial, se encuentra que es también diferente en hombres cuando se compara con mujeres. Por ejemplo, el cáncer del estómago se sabe que ocurre con gran frecuencia en hombres japoneses y la razón de ésto no está clara. Diferentes hábitos dietéticos podrían ser factores principales en la variación de la incidencia del cáncer del estómago en los distintos países. Dentro de los hombres japoneses emigrados a los Estados Unidos, después de una generación, la incidencia del cáncer del estómago se aproxima a la de los hombres de los Estados Unidos. También existen diferencias de acuerdo a distintas regiones dentro de un mismo país. En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad por cáncer es mayor en el estado de Maine (219 por 100,000 de pobla_ -

ción) y el más bajo es en el estado de Alaska (69 por 100,000 de población). Estos datos enfatizan el papel del medio ambiente en la etiología del cáncer. Otras diferencias significantes en la incidencia de algunos cánceres son evidentes, pero no se han podido explicar satisfactoriamente, si es que son debidas a diferencias raciales o del medio ambiente. Una incidencia alta del cáncer nasofaríngeo se ha encontrado en China, cáncer hepático primario en la tribu Bantú de Sudáfrica y cáncer del pulmón, colon, recto y endometrio en los Estados Unidos, Gran Bretaña y Dinamarca. En la distribución mundial de cáncer, considerando todos los sitios anatómicos, México ocupa el lugar 39 en rango dentro de 44 países estudiados, con una tasa de mortalidad de 72.85 por 100,000 de población de hombres y 55.10 por 100,000 de población de mujeres.

Frecuencia relativa de acuerdo a la edad y al sexo.-

La tabla 1, muestra la frecuencia relativa en hombres y mujeres en los Estados Unidos. Existiendo una incidencia más alta en hombres que en mujeres. El cáncer del pulmón es en el momento actual, la causa mayor de muerte dentro de los cánceres en hombres, aunque ésto no ha sido siempre el caso. En los últimos 40 años la tasa de mortalidad en hombres con cáncer del pulmón ha aumentado casi 20 veces más, mientras que la mortalidad por cáncer del estómago ha disminuido en más de un 50%. En hombres, la tasa de mortalidad por cáncer de la próstata y del colon ha aumentado. El número de casos de cáncer del pulmón dentro de las mujeres que fuman está aumentando en una forma proporcional. En mujeres, la mortalidad por cáncer del útero, estómago y recto ha venido disminuyendo en una forma

considerable desde el año 1930. El cáncer del seno es la causa ma_ yor de mortalidad entre los cánceres en mujeres. La tasa de mortali_ dad de éste no ha cambiado apreciablemente durante los últimos 40 a ños, a pesar de que la gente está más conciente de él. Pacientes - con cáncer del seno tienen una sobrevivencia más larga si la enfer_ medad se diagnostica más temprano, pero el mayor énfasis puesto en_ la detección temprana de éste no se ha reflejado todavía por un cam_ bio en las estadísticas más recientes de mortalidad.

Tabla 1.- Estimación de nuevos casos y muertes de acuerdo al sitio_ y al sexo para los cánceres de los sitios primarios, 1976

Sitio	Número de nuevos casos			Número de muertes		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Pulmón	93,000	73,000	20,000	84,000	65,000	19,000
Colon y recto	99,000	48,000	51,000	49,000	24,000	25,000
Seno	88,700	700	88,000	33,000	300	32,700
Utero ^a	47,000	----	47,000	11,000	----	11,000
Bucal	24,000	17,000	7,000	8,000	6,000	2,000
Piel ^b	9,000 ^b	4,000 ^b	5,000 ^b	5,000 ^c	3,000	2,000
Leucemia	21,000	12,000	9,000	15,000	8,000	7,000

^a Carcinoma in situ del cuello uterino es excluido.

^b Melanoma únicamente.

^c Melanoma, 3,500; piel (otros), 1,500

El conocimiento de la mayor o menor incidencia relativa de las diferentes formas de cáncer en los diferentes grupos de edades es importante en la práctica clínica. Leucemia y tumores del globo ocular, del sistema nervioso central, de estructuras óseas y del riñón predominan en pacientes menores de 15 años de edad de ambos sexos; mientras que cáncer del colon y del recto, del pulmón y de la próstata en hombres y cáncer del seno y del útero en mujeres se presentan con una incidencia más alta en aquellas personas de 65 o más años de edad. Aunque el cáncer es predominantemente una enfermedad de gente de edad avanzada, éste también ocupa el segundo lugar después de los accidentes, como una de las mayores causas de mortalidad en los niños.

Etiología del cáncer.-

La causa exacta por la cuál se produce el cáncer no se sabe. Sin embargo, es aparente que muchos conocimientos básicos adicionales concernientes a la biología molecular de las células animales, tanto normales como cancerosas, será necesario para poder probar finalmente que todos los agentes capaces de iniciar cáncer, actúan a través de un mecanismo fundamental común. También, es posible de que si ésto fuera verdad, el mismo conocimiento básico requerido para probarlo podría llevar eventualmente al control o a la regresión de la reacción cancerosa a través de contra medidas específicas de biología molecular. Pero a pesar de los resultados actuales, se sabe que: 1) una multiplicidad de los agentes etiológicos "secundarios" pueden iniciar la reacción de neoplasia; y 2) el problema de la prevención continuará siendo el de proteger contra o eliminar -

concentraciones efectivas de aquellos agentes del medio ambiente. - Como se han determinado en sistemas de animales de experimentación: radiaciones ultravioleta y de ionización, numerosos compuestos químicos de diferentes clases, DNA virus de ciertos tipos horizontalmente transmitidos y superinfección por viriones infecciosos de RNA virus oncogénicos de los mismos tipos exactamente como aquellos verticalmente transmitidos, en una forma de transmutación bajo condiciones naturales.

Detección y diagnóstico.-

La presentación típica es la de un tumor o nódulo en cualquier parte del cuerpo, particularmente si éste no es doloroso y que gradualmente aumenta de tamaño, la aparición de sangrado por los orificios del cuerpo, un dolor recurrente sin explicación, fiebres recurrentes, consistente pérdida del peso corporal, infecciones repetidas que pueden o no responder al tratamiento con antibióticos - en cada caso es necesario hacer un examen médico. Estos signos tempranos de cáncer han sido enfatizados en diferentes lugares y por medio de programas populares, pero el miedo al diagnóstico de cáncer puede ser un elemento que impulsa al paciente a no buscar ayuda médica inmediata. Cada médico debe de aprender a examinar a sus pacientes, principalmente a aquellos de más de 40 años de edad, dirigiendo su atención a lesiones en la piel, en el útero, boca, seno, pulmón, recto, próstata y glándula tiroide. Sólo a través de una constante búsqueda se encontrará la enfermedad localizada que se encuentra oculta en un paciente asintomático en la cual el tratamiento puede ser efectivo.

Para una detección temprana es importante enfocar en los síntomas ocultos de la fase asintomática. En algunos sitios, un examen puede hacerse muy completo (por ejemplo, el examen de Papanicolau para el cáncer del cuello uterino). Este análisis de laboratorio no tiene el mismo valor cuando se aplica en muchos otros sitios, como el pulmón, la próstata, la vejiga, etc. Otros procedimientos como el uso del gastroscopio fibro-óptico y cámara fotográfica, son muy efectivos para la detección temprana del cáncer del estómago; sin embargo, estos estudios son bastante costosos y sólo se emplean en casos específicos en los que se sospecha un alto riesgo de cáncer. La falta de métodos y la inaccesibilidad a ciertos sitios frecuentemente hacen imposible la detección temprana del cáncer. Existen dos puntos de vista que se deben de recordar: primero, la detección temprana por medio de la clínica probablemente significa que el cáncer se encuentra localizado; segundo, los cánceres pequeños localizados (2 a 3 cms.) son altamente curables por medio de métodos de tratamiento existentes.

Los procedimientos de diagnóstico incluyen: una historia clínica cuidadosa y una consulta con un especialista, si ésta es necesaria. Los síntomas sospechosos requerirán de exámenes médicos frecuentes para valorarlos más adecuadamente o de una exploración quirúrgica para poder establecer o excluir el diagnóstico de cáncer. Algo de lo más importante, es que no se debe de someter a los pacientes a estudios de investigación que no sean necesarios.

La biopsia o la resección quirúrgica es el procedimiento más importante para poder establecer un diagnóstico con firmeza ya que-

los neoplasmas pueden enmascararse como condiciones benignas o inflamatorias. Siempre que sea posible, establecer un diagnóstico histológico es esencial antes de decidir por un tratamiento radical. Una vez que el diagnóstico patológico se ha establecido, ciertos estudios adicionales son recomendados para determinar la extensión anatómica del proceso. Estos estudios son necesarios para planear el tratamiento y determinar el pronóstico.

Nuevos procedimientos de diagnóstico incluyen un aumento en el armamentario de estudios de laboratorio, radiografía sofisticada, estudios con isótopos radioactivos, estudios con ultrasonido y la tomografía computada. Al ordenar estos estudios se deberá tener en mente su costo tan alto. Una de las búsquedas más importantes es de las lesiones metastáticas así como el del tumor primario. La arteriografía selectiva puede ser de gran ayuda para el diagnóstico de tumores en el cerebro, riñón, retroperitoneo, tejido subcutáneo y sarcoma óseo. Los estudios con isótopos radioactivos no son muy específicos, pero el gallium, Bleomicina marcada con indium en cáncer del pulmón, la enfermedad de Hodgkin y sarcomas del tejido subcutáneo. Estos estudios y gamagramas de los huesos pueden demostrar directamente a estas lesiones cancerosas. La tomografía computada ha venido a establecer su gran valor en la detección de los tumores en el sistema nervioso central, así como más recientemente se está ganando experiencia para poder detectar tumores en otras regiones del cuerpo. Investigaciones recientes sobre estudios inmunológicos como la CEA, antígenos asociados con la enfermedad de Hodgkin, aunque también no son específicos, pueden ser invaluable si se correlacio

nan con otros estudios no invasivos para establecer el diagnóstico.

Principios básicos para el tratamiento.-

La finalidad del tratamiento de un paciente con cáncer demanda que la terapia se lleve a cabo sólo por aquellos quienes estén adecuadamente especializados en la materia. Habrá algunas situaciones en las que la acertada decisión en la selección de un tratamiento adecuado será crucial entre la cura y la muerte. La responsabilidad es muy grande y el juicio es crítico. Esto se ha reflejado en el surgimiento de subespecialidades virtualmente en todas las disciplinas mayores de la medicina (por ejemplo, radiación oncológica, oncología médica, cirugía oncológica, ginecología oncológica y pediatría oncológica).

El principio básico en la terapia es el de curar a el paciente y que éste quede con dificultades funcionales y estructurales mínimas. La decisión de como elegir un tratamiento radical se determina por una combinación de una serie de factores:

La agresividad del cáncer.

La predictibilidad con respecto a la diseminación del cáncer.

La morbilidad y la mortalidad de el procedimiento terapéutico.

La tasa de cura por el procedimiento terapéutico escogido.

Así como la oportunidad de cura disminuye, la tendencia a ser más radical parece ser justificada. En muchas circunstancias, desafortunadamente, no se puede llegar a la decisión que permitirá el resultado exitoso. Así que, un tratamiento conservador conducirá a la recurrencia, mientras que un tratamiento más radical puede conducir a un aumento en la mortalidad. En muchos problemas dentro de la

medicina la opción es relativa. ¿Que porcentaje de sobrevivencia es aceptable en el paciente debilitado a consecuencia de una modalidad terapéutica ya sea cirugía, radioterapia o quimioterapia? No hay otra fórmula más que la perspectiva personal. Si la cura es virtualmente imposible, el médico optará por la paliación.

Aunque existe un común acuerdo con respecto a muchos de los principios de manejo del cáncer, mucha controversia también existe sobre los diferentes procedimientos que ofrecen un éxito limitado.- El trabajo por equipo entre patólogo, cirujano, radioterapista e internista es necesario para un mejor esfuerzo. Sin embargo, este tipo de abordaje no es sustituto de una responsabilidad individual y juicio por parte de cada médico participante. El estudiante gradualmente reconciliará las diferencias y asimilará las áreas de los conocimientos generales por medio del trabajo cuidadoso con cada paciente y leyendo la literatura médica. La madurez en la decisión se basa en la experiencia clínica.

Idealmente, cada paciente con cáncer deberá ser tratado con una prescripción individual. Tratamiento óptimo está generalmente diseñado para tratar el cáncer declarado y donde hay métodos disponibles. En casos en los cuales se sospecha de lesiones cancerosas ocultas, faltará la precisión, la selección del tratamiento deberá basarse en un abordaje multidisciplinario ya que la evidencia en muchos cánceres indica que las combinaciones de tratamientos son más efectivas que el tratamiento único.

Resultados y pronóstico.-

La tasa de sobrevivencia de 5 años es la más comúnmente selec_

cionada para medir la sobrevivencia y es indicativa de la curabilidad del cáncer. Este es un parámetro complejo que depende de la accesibilidad del cáncer, el estado clínico en el cuál se detecta, la eficacia del tratamiento seleccionado y del tipo de paciente. La tabla 2, demuestra la tasa de sobrevivencia de 5 años para los sitios mayores con cáncer primario.

Tabla 2.- Taza de sobrevivencia de 5 años-
para sitios primarios.

Sitio primario.	Localizado.	Con extensión regional.
Bucal	67%	30%
Colon y recto	71%	43%
Laringe	79%	38%
Seno	84%	56%
Próstata	68%	57%
Pulmón	33%	10%
Utero	82%	44%

Algunos puntos de interés:

a) Las mujeres generalmente tienen mejor sobrevivencia (refiriéndose a sitios primarios) que los hombres padeciendo el mismo tipo de cáncer.

b) La curabilidad obtenida con cánceres localizados (refirién-

dose a sitios primarios) está disminuida por el 50% o más cuando la enfermedad presenta extensión regional (en los ganglios linfáticos).

c) Los resultados en todos los estadios clínicos, comparados con los obtenidos con los localizados y con los de extensión regional, indica que tan frecuentemente el cáncer se presenta como un proceso con metástasis.

d) Muchos cánceres son altamente curables cuando se encuentran localizados.

e) La sobrevivencia es generalmente mejor en cánceres localizados en sitios accesibles que en órganos internos. Este hallazgo indica lo importante que es la detección temprana del cáncer.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL
PACIENTE CON CÁNCER

Este capítulo es de suma importancia, ya que siempre será conveniente consultar todos los aspectos psicológicos que están presentes en pacientes con cáncer en los diferentes estadios que van presentándose en el curso de dicha enfermedad, ya que de este modo resolveremos con más facilidad cualquier contingencia que se pueda presentar como problema en un momento dado. Así mismo relacionar los aspectos psicológicos del paciente con cáncer con los aspectos psicológicos presentes tanto en familiares como en el médico tratante para que el asesoramiento del psicólogo clínico sea adecuado en cada caso en particular.

El cáncer como enfermedad plantea dos problemas psicológicos fundamentales:

1.- La adaptación del hombre a una enfermedad grave y a menudo mortal.

2.- El hecho de que se trata de una afección mítica, en el sentido de que no nos atrevemos a hablar directamente de ella al paciente.

En términos generales, la enfermedad se puede definir como la condición anormal dentro del cuerpo que afecta a una o a varias funciones de uno o más órganos. La aparición de cualquier enfermedad ya sea banal o maligna, aguda o crónica, curable o incurable, provoca una serie de reacciones emocionales, las cuales no son necesariamente anormales, sino que son parte de los mecanismos de defensa del yo y tienen como objetivo principal el de mantener la homeostasis psicológica. La magnitud de las reacciones emocionales puede ser muy variable y está supeditada al tipo de personalidad de cada

individuo.

Reacciones psicológicas ante la enfermedad.-

Conociendo el valor simbólico que se le dá a ciertos órganos - como el cerebro, el corazón y el útero, sólo por mencionar algunos, la enfermedad o las enfermedades que pueden afectar a estos órganos tienen la tendencia a inducir cambios psicológicos. No podemos separar a la enfermedad del tratamiento de la misma, por lo que nos referiremos a ambos y en particular al tratamiento quirúrgico.

Los estados psicológicos más comunes con los que un paciente - puede reaccionar ante una enfermedad o tratamiento quirúrgico son - por lo general: la ansiedad, la negación, la depresión y la regresión.

La ansiedad se puede definir como la sensación de miedo y a - prensión acerca del futuro teniendo una causa específica por el te - mor que se tiene. Desde luego, que cuando la causa del miedo se des - conoce, se le denomina como angustia. Un estado de ansiedad así co - mo de negación, de depresión y de regresión, se puede presentar en un paciente con miedo que por lo general es debido al temor natural a sufrir la pérdida de alguna de las funciones normales del cuerpo - o a la mutilación de alguna de las partes del mismo, lo cual puede - dejarlo dependiendo en un grado variable de un familiar, enfermeras o del mismo médico.

Un estado de ansiedad deberá sospecharse tanto en situaciones - en las que un paciente demuestra un miedo excesivo ante una enferme - dad banal, por ejemplo, un catarro común o ante una cirugía de tipo menor como sería la sutura de una laceración superficial de la piel

y así como también en las que un paciente no demuestra preocupación alguna ante una enfermedad crónica e incurable, por ejemplo, la cirrosis hepática o ante una cirugía de tipo mayor como sería una cirugía del corazón.

La negación a la realidad es uno de los mecanismos de defensa más efectivos y puede ser directa o indirecta. Con la directa, los pacientes se protegen por sí mismos de la verdad negándola simplemente. A éste tipo de reacción también se le conoce como negación completa y el paciente se conduce como si no padeciera ningún trastorno físico. La indirecta es menos común y es cuando el paciente intelectualiza su enfermedad, por ejemplo, el enfermo oculta la realidad discutiendo de su enfermedad como si no fuera él quien la padece. Existe un tercer tipo de negación a la realidad la cual es considerada por algunos autores como parcial, por ejemplo, el paciente declarará que está atacado de una gripe en vez de un cáncer del pulmón.

La negación a la realidad es crucial para el paciente y a éste no se le debe de privar de ella. En la mayoría de los casos la negación es una forma de esperanza.

La depresión se puede definir en dos formas:

1.- En individuos normales, se le considera como un estado de abatimiento caracterizado por sentimientos de inadaptación, hipoactividad y pesimismo acerca del futuro.

2.- En casos patológicos, es como un estado extremo sin respuesta a estímulos, un sentimiento de subestimación y depreciación, con ilusiones de inadaptación y sin esperanza. A éstos estados de -

depresión en casos patológicos ya nos referiremos más adelante.

En un principio se consideraba que la depresión solamente se presentaba en mujeres, que por lo general habían sufrido la pérdida de un órgano por medio de la cirugía, por ejemplo, después de una histerectomía. La pérdida del útero significaba infertilidad y con esto pérdida del sentimiento maternal y gran frustración. Sin embargo se ha visto que la depresión puede presentarse en pacientes de ambos sexos. En la actualidad se reconoce que la depresión puede presentarse no solamente como consecuencia de una mutilación quirúrgica sino también durante el transcurso de enfermedades, por ejemplo, en casos de influenza o en casos de hepatitis viral.

La regresión puede definirse como la conducta a niveles más primitivos que es manifestada por individuos de mayor edad, también se le considera como el regreso a niveles de desarrollo más inmaduro como el de la niñez. El paciente por lo general necesita de atención y cuidados, tanto por parte de la familia que lo rodea, así como de enfermeras y del médico. Estas atenciones y cuidados tienden a predisponer al paciente a desarrollar una conducta dependiente y al mismo tiempo el paciente mismo espera recibir atenciones y cuidados durante su enfermedad y tratamiento, propiciando un círculo vicioso. La regresión es indispensable en las afecciones graves que requieren cuidados precisos, que ponen al paciente en un estado de dependencia completa. También permite el desarrollo de las intervenciones diagnosticadas y de tratamientos y en particular de los quirúrgicos. Sin embargo la regresión en las enfermedades banales puede traer consigo preocupaciones exageradas ya sea por parte de los

familiares, de enfermeras o del mismo médico. En todo caso la regre
sión no debe ser mantenida más de lo necesario.

El paciente ante el cáncer como enfermedad incurable.-

El concepto de que el cáncer no tiene cura ha sido muy difícil
de borrar de la mente de la gente. La imágen que se sigue teniendo
del enfermo con cáncer es la de un enfermo en un estado terminal de
aspecto demacrado, anoréxico, postrado en cama y sufriendo de dolor.
Esta es una de las razones por las cuales al cáncer se le debe de -
temer más que a cualquier otra enfermedad. Obviamente algunos pa -
cientes consideran al cáncer como la calamidad más grande y le tie -
nen un miedo fuera de lo común.

El impacto y las implicaciones que el cáncer ocasiona sobrepasa -
san de manera las mismas relacionadas con otras enfermedades cróni -
cas, a pesar de que también éstas pueden ser incurables y algunas -
de ellas pueden acarrear un pronóstico todavía más grave.

La información que por medio de un sinnúmero de panfletos, car -
telones y anuncios por televisión en los que presentan datos de la
incidencia, prevención y tratamiento del cáncer sin ofrecer una es -
peranza de cura sólo han venido a incrementar la angustia del públi -
co en general. Hablando ante todo de la gravedad de el cáncer, sólo
ha venido a aumentar la resistencia de aquellos que ya tenían miedo
a ésta enfermedad, por ejemplo, cuando un familiar o amigo ha pade -
cido y muerto de cáncer. En cambio, ésta propaganda ha llevado a -
cierta cantidad de gente con personalidad neurótica a sentirse en -
fermos de cáncer.

El paciente ante el diagnóstico de cáncer.-

Todo paciente con sintomatología que sugiere la posibilidad de cáncer, suele presentar una serie de reacciones emocionales que son consideradas como "normales", pero que podrían interpretarse como patológicas si no son conocidas a priori. Desde el momento en que el paciente identifica sus síntomas con el cáncer, éste se empieza a hacer varias conjeturas: "yo sé que no es cáncer", "no creo que sea cáncer de verdad", "yo sé que no es nada", "no puede ser cáncer". Estos temores se pueden agudizar en un paciente que ha tenido familiares, amigos o compañeros que han sufrido y muerto de cáncer y su reacción frecuentemente es de negligencia en no buscar ayuda médica temprana.

Existen reacciones emocionales en el paciente durante el periodo de estudios de diagnóstico que están caracterizadas por una mezcla de ansiedad y esperanza. Pero el paciente al oír el diagnóstico de cáncer inmediatamente responde con sorpresa y al principio no lo cree cierto. Después, el paciente temporalmente sufre de enojo, presenta un ánimo deprimido, pierde el apetito y padece de insomnio. Kubler y Ross ha encontrado que éste tipo de reacciones emocionales carecen de especificidad y lo mismo pueden presentarse en pacientes antes de morir. Es importante el reconocer la falta de especificidad de éstas reacciones emocionales, así como su aspecto transitorio, los cuales forman parte de una respuesta "normal" ante una profunda pena o "dolor" que se siente cuando se enfrentan a una posible pérdida.

Finesinger et al han encontrado que en un alto porcentaje de -

pacientes con cáncer existen sentimientos de culpa y de inferioridad. Estos pacientes se han avergonzado de sufrir ésta "espantosa enfermedad", sintiéndose ellos mismos responsables por padecer de cáncer. El miedo a la muerte les despierta pensamientos de soledad, de separación de sus familiares más queridos, pérdida del trabajo, abandono del estudio, alejamiento de los amigos y compañeros, en resumen, un sentimiento de pérdida de la imagen corporal.

Estas reacciones emocionales que se presentan en pacientes con cáncer son de tipo agudo y tienden a desaparecer en cuanto el paciente llega a adaptarse a saber que tiene cáncer, o una vez que se les ofrece un plan de tratamiento en el cual ellos pueden cifrar sus esperanzas de cura.

El paciente ante la evolución clínica del cáncer.-

Estudios psicológicos de pacientes con cáncer han prestado gran atención en el ajuste mental ante el proceso incurable del cáncer hasta culminar con la muerte. Existen pacientes, los cuales son curados del cáncer y viven más tiempo, existe otro tipo de pacientes que también viven bastante tiempo deteniéndoles un poco el proceso de la enfermedad, pero el foco de atención deberá estar enfatizado en los grupos de pacientes sufriendo bastante por diferentes procesos o reacciones psicológicas. Todas éstas reacciones se esbozarán mejor si definimos al stress en relación con el curso de la enfermedad. Podemos definir stress como un estado forzado o de esfuerzo ya sea físico o psicológico.

Uno de los métodos clínicos conducidos a una cura probable del cáncer se ha descrito característicamente por un diagnóstico muy a-

tiempo y designando el tratamiento del proceso por medio de un procedimiento quirúrgico, de radioterapia o de quimioterapia. Cualquiera tratamiento o incluso la pérdida de una parte del cuerpo puede ser tolerado, si el paciente cree que con esos procedimientos puede existir alguna cura. Cuando en el transcurso del tratamiento, la enfermedad va respondiendo, puede asumirse una cura probable. La opinión sobre la cura probable tiene un periodo de tiempo variable, pero por lo general se considera de 5 años. Comúnmente los pacientes regresan a sus mismos patrones, no obstante el miedo a que la recurrencia del cáncer siempre está presente. Sin embargo reacciones de desajuste pueden aparecer en aquellos pacientes en los que el cáncer es curado y que permanecen psicológicamente inválidos o en aquellos que existe un miedo enorme, lo que les impide a desarrollar un buen funcionamiento "normal".

Otro de los métodos clínicos que participa en el diagnóstico temprano como ya lo habíamos mencionado, es el que ya sea que la respuesta al tratamiento sea satisfactoria y que ésta se pueda mantener por muchos años, también existe un tipo de pacientes en los que la enfermedad los hace incapaces o en los que los síntomas tienen un progreso muy despacio tendiendo a la cronicidad, pero siempre está presente el miedo. Los problemas psicológicos generalmente se asocian con el mal crónico. Respuestas ajustadas a los síntomas promueven los esfuerzos para alcanzar una rehabilitación y una máxima capacidad funcional. Respuestas desajustadas al mal crónico con dependencia excesiva, con ira y una actitud negativista, o sea el paciente no coopera para su rehabilitación. Todas estas respuestas-

no son muy diferentes en ninguna forma de los pacientes con cáncer, - con aquellos que padecen de enfermedades que tienden a ser crónicas.

La reacción aguda de aflicción se observa al tiempo en que el - médico dá a conocer el diagnóstico y se agudiza cuando aparece la re - currencia, es decir, cuando aparece el tumor metastático o secunda - rio. Optimo manejo psicológico y soporte emocional son críticos para el médico con el paciente cuando en éste el mal recurre. Un plan de - tratamiento en la nueva fase de recurrencia del mal, será, el enfati - zar el compromiso del médico de continuar al cuidado del paciente, - ya que éste puede sentir miedo al abandono. La tensión durante la en - fermedad que sigue progresando en gravedad es de gran importancia y - preocupación. Estas tensiones varían de acuerdo a la enfermedad del - paciente dependiendo en que si ésta es controlable o no, existen po - sibilidades en que ni el tratamiento llega a llevarse a cabo en cir - cunstancias en las cuáles el diagnóstico se ha hecho cuando ya está - muy avanzada la enfermedad.

La depresión en pacientes con cáncer es desafiante para los - científicos de la conducta. Es difícil determinar anticipadamente - los límites de una aflicción o pena "normal" particularmente en un - tipo de cáncer avanzado e incontrolable y algunas veces la depresión requiere tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Es de suma importancia el identificar a aquellos pacientes en - los que los síntomas depresivos son tan severos que requieran inter - vención. Se han hecho muchos estudios en pacientes con cáncer calcu - lando la depresión (mejor definida como síntomas depresivos) se pre - senta en un 20 a un 58%. Craig recientemente encontró en 30 pacien -

tes que la mitad de ellos estuvieron de moderada a severamente deprimidos. Pacientes referidos para consulta psiquiátrica en un 40% se diagnosticó la depresión. De 100 pacientes con cáncer que fueron atendidos en consulta externa un 58% fueron diagnosticados con depresión.

En el paciente con cáncer avanzado, los síntomas de anorexia, el insomnio, la fatiga, la pérdida de peso y la apatía son esperados. Es interesante que éstos síntomas disneurovegetativos también se han encontrado en pacientes que han atentado el cometer suicidio. Los síntomas psicológicos de depresión y los síntomas disneurovegetativos en el paciente con cáncer deberán ser bien evaluados y tomarse muy en cuenta.

Efectos psicológicos de los pacientes durante el tratamiento quirúrgico.-

Cuando un paciente es admitido al hospital para someterse a un procedimiento quirúrgico, ya sea electivo o de emergencia, éste se encuentra con miedo. Y en este mundo extraño y esterilizado, en el que cada quien excepto el paciente parece ser ultra-eficiente (mientras él no lo es) y saben lo que se debe de hacer y porque. En este momento, el paciente se siente abandonado y al argarete. No obstante que el médico le informe en detalle acerca de la cirugía, cuando el día de la operación se acerca, el paciente puede encontrarse en un estado de pánico. Sus miedos parecerán cosas banales al médico pero éstos son reales para el paciente. Aunque éste tenga en su mente numerosas preguntas acerca del procedimiento quirúrgico su propio estado de tensión emocional le impedirá el hacerlas. Más que nada, el pa

ciente desea tener fé en el cirujano, en la habilidad de éste y en el beneficio que le va a proporcionar por medio de la cirugía.

Los pacientes tienen tendencia a imbuir de sus doctores con la misma semejanza del Dios que todo lo sabe y es todopoderoso, como cuando niños, ellos alguna vez tuvieron la misma asociación para con sus padres. Se sabe que la reacción de transferencia que ocurre durante tratamiento psiquiátrico, también se manifiesta durante la relación del paciente con el cirujano, aunque más intensamente, siempre es de más breve duración. La ansiedad de el paciente quirúrgico tiene su origen en la operación propuesta. Para disminuir ésta ansiedad, sentirse incólume y seguro, su reacción de transferencia hacia el cirujano será como para un ídolo. El papel que el cirujano juega dentro de las fantasías en la vida del paciente (por ejemplo: el papel del padre dispuesto, bondadoso y todopoderoso y en el extremo opuesto, el castigador y punitivo), de éste depende en gran parte el comportamiento de el paciente durante el preoperatorio y el postoperatorio.

Baudry y Wiener en estudios de pacientes entrevistados durante el estado preoperatorio han encontrado lo siguiente:

- 1.- Un paciente que ha tenido operaciones previas sin complicaciones es más apto a no presentarlas.
- 2.- Pacientes esperan sufrir destinos semejantes a los que han sufrido sus familiares o amistades, principalmente si los resultados de la cirugía han sido desafortunados.
- 3.- Mientras más grandes, irrealistas y "mágicas" son las esperanzas de un paciente, éste tiene más tendencia a desarrollar compli

caciones cuando aquéllas no son logradas.

O'Neil ha encontrado que los pacientes frecuentemente tienen miedo, problemas familiares y conceptos falsos acerca de la cirugía. De aquí viene el concepto de que "cuando un paciente es admitido al hospital la familia también es hospitalizada". Obviamente, cualquier ansiedad de los miembros de la familia con respecto a una mutilación quirúrgica, la cuál implica abandono y separación, pueden afectar directamente al paciente. Y es de suma importancia el conocer los aspectos psicológicos de la familia del paciente con cáncer a los cuáles nos referirémos más adelante.

La respuesta psicológica ante una mutilación o desfiguramiento quirúrgico varía de paciente a paciente. Algunos pacientes reaccionan con un enojo exagerado ante alteraciones mínimas resultantes de la cirugía y otros se adaptan muy fácilmente ante alteraciones severas. Procedimientos quirúrgicos mutilantes y de transplantes, alteran el esquema físico del paciente en cada caso. La reacción emocional de cada paciente diferirá de acuerdo con la interpretación personal del trauma psicológico. Esto sólo representa un substrato el cuál se agregará a los mecanismos de reacción de el paciente ante la enfermedad. Todos éstos mecanismos psicológicos complejos indudablemente influirán para la administración adecuada de la terapia contra el cáncer.

El tratamiento quirúrgico de el paciente con cáncer en la cabeza y cuello se puede considerar en casos seleccionados, como uno de los tratamientos que pueden resultar en mutilación y desfiguramiento muy severo, el cuál indudablemente producirá un shock emocional muy-

grande en el paciente. Para ilustrar la magnitud de la invalidez, la cuál puede llegar a presentarse en un paciente con cáncer de la cabeza y cuello, el siguiente caso es presentado:

El paciente J.B. nació en 1901. En el año de 1960 desarrolló un carcinoma escamoso de los tercios anterior y medio de la lengua con extensión al maxilar inferior. Adicionalmente, tenía involucrados - los ganglios linfáticos cervicales. La operación necesaria para ex-tirpar el cáncer involucraba una glosectomía total con resección de la parte anterior del maxilar inferior y vaciamiento radical del lado derecho del cuello. En ese tiempo quirúrgico, no fué considerado que fuera apropiada la reconstrucción del maxilar inferior.

Su recuperación fué lenta, con dificultad en el reaprendizaje - del acto de deglución. Eventualmente, sin embargo, él aprendió a deglutir adecuadamente y recuperó un grado de lenguaje que fué satisfactorio para poderse comunicar con otras personas. Se estimó que a pesar de la extensa resección lingual, éste retuvo un 70 a un 80% de inteligibilidad en el lenguaje. El pudo regresar a su previa ocupación como granjero y vivió una vida útil por más de una década, finalmente murió de cáncer del pulmón, el cuál no se relacionó con el cáncer de la lengua por el que fué tratado.

Este paciente sirve para ilustrar una incapacidad mayor secundaria a la resección quirúrgica con una buena adaptación de parte de - él mismo y una recuperación exitosa, en términos de rehabilitación - social y ocupacional.

Ahora discutiremos con un poco de detalle las implicaciones derivadas de éste tipo de mutilación quirúrgica:

El tegumento.- En cáncer de la piel de la cabeza y el cuello sucede con frecuencia de que un tratamiento adecuado requiere que se resequen áreas de la piel de tamaño considerable. Esto es particularmente cierto de los pacientes que han sufrido de extenso daño secundario a tratamientos de radiación aplicados a la piel de la cara. Los defectos son reconstruídos con injertos libres o con pedículo, dependiendo de las circunstancias. En algunos casos la resección completa de la nariz o del oído puede ser necesaria. El defecto cosmético resultante es impresionante y las medidas de rehabilitación pueden involucrar en el caso de la nariz, ya sea cirugía reconstructiva o de prótesis maxilofacial. En el caso del oído, una prótesis plástica es una solución satisfactoria. Cualquiera que sea utilizada, el objetivo es el restaurar el área alterada lo más cercano que sea posible a una apariencia normal.

El sistema músculoesquelético.- El músculo esternocleidomastoideo es sacrificado durante la disección radical del cuello y resulta en una incapacidad modesta, la cual es bien tolerada por la mayoría de los pacientes. El músculo trapecio, por lo general es denervado durante la disección del cuello y esto resulta en dificultad para el movimiento del hombro. El efecto resultante de la combinación de la pérdida de las funciones de éstos músculos altera significativamente la función del cuello y de el hombro, un precio que la mayoría de los pacientes acepta como parte de la cura del cáncer. La denervación de éstos músculos también resulta en un adelgazamiento del cuello y del hombro, al mismo tiempo que el hombro dá la apariencia de estar caído.

La resección del maxilar superior es necesaria en cáncer que se extiende hasta el seno maxilar. Al final de esta operación, el colgajo de la mejilla es aplicado con un injerto de piel con el objeto de reducir la contractura y una prótesis es usada para sustituir la ausencia del paladar y ocluir la ventana oro-naso-antral. Cuando se reseca el maxilar inferior, éste puede ser reconstruido si se tiene cuidado en poner atención a los detalles quirúrgicos de las técnicas reconstructivas. Sin embargo, un gran porcentaje de pacientes que se les reseca el maxilar inferior son de edad avanzada y en este grupo de pacientes son pocos los que solicitan que se les reconstruya el maxilar inferior quirúrgicamente.

El sistema respiratorio.- La laringe es una estructura valvular que sirve para emitir la voz y es importante en el acto de la deglución. La falla más notoria que se encuentra después de la resección de la laringe, es en el lenguaje hablado, pero otras fallas se detectan también. Durante el acto de la defecación se requiere de la presencia de la laringe con oclusión de la glotis, el paciente sin laringe no puede cerrar la glotis obviamente. Interferencia con el olfato, porque el paciente sin laringe no puede olfatear. La traqueotomía que es necesaria en estos casos, elimina el efecto de filtro que es una de las funciones de la nariz. En otros casos la resección de la laringe es parcial, lo que implicará varios grados de incapacidad en las funciones ya mencionadas, las cuales necesitarán distintos grados de rehabilitación, en cada caso en particular.

El sistema cardiovascular.- Un cierto número de pacientes requerirán la ligadura de la arteria carótida interna, para el manejo

del cáncer de la cabeza y cuello. Aquellos pacientes que sobreviven la ligadura aguda de alguna de estas arterias, sufrirán hemiplegia permanente. La rehabilitación en este grupo pequeño de pacientes, será similar a la de aquellos que sufren hemiplegia debido a otras causas. Problemas relacionados con la ligadura de la arteria carótida externa son extremadamente raros. Se ha reportado que si se liga la arteria carótida externa bilateralmente, podría causar necrosis de la punta de la lengua.

Incapacidad relacionada al sistema venoso es lo más impresionante en algunos pacientes, quienes requerirán disección radical del cuello bilateral simultánea, que presentarán agudamente edema de las estructuras que tienen drenaje venoso en el sistema de las venas yugulares. La resección de linfáticos también contribuye a la formación del edema. En la mayoría de los pacientes, este edema tiende a resolverse con el tiempo. Se han reportado casos de ceguera bilateral después de la disección radical del cuello bilateral simultánea.

Los sistemas hemático y linfático.- Estos se verán afectados particularmente cuando después de una cirugía del cuello aparece una fístula que drena linfa del conducto torácico. Esta complicación acarreará pérdida de fluido rico en proteínas y linfopenia. Este problema llegará a ser de serias repercusiones en aquellos casos en los cuales la fístula no cierra espontáneamente y permanece abierta por largo tiempo.

El sistema digestivo.- La cabeza y cuello como componentes del sistema digestivo contienen la parte alta de este tracto, en

esta área la ingestión de alimentos y la respiración de aire están interrelacionadas muy cercanamente. También se considerarán como funciones importantes, el beber, la masticación, la deglución, la salivación y la articulación del lenguaje hablado.

La resección del labio (s) afectará el acto de beber y con este habrá incontinencia de saliva de grado variable. Un gran número de pacientes con cáncer de la cabeza y cuello son edentulos previamente, sin embargo, aquellos que tienen dientes y muelas, los cuales tendrán que ser quitados como parte del tratamiento, tendrán dificultades en la masticación. La masticación se afectará más seriamente en casos en los que requieren de la resección de la mitad del maxilar inferior. La cavidad que deja la resección del seno maxilar también representará un obstáculo para la masticación, sin embargo, una prótesis disminuirá esta incapacidad hasta cierto grado. En la deglución participan mecanismos neuromusculares muy complejos y no es sorprendente que tanto el cáncer como el tratamiento quirúrgico puedan afectar estos mecanismos en un grado muy variable. Si el cáncer requiere resección considerable del tercio posterior de la lengua, la alteración de la función lingual será tal que broncoaspiración crónica, puede ocurrir. Algunos pacientes después de la glossectomía requerirán de una traqueotomía permanente y de alimentación por vía de una sonda nasogástrica. Salivación en exceso estará supeditada también a la dificultad en la deglución. Las alteraciones en la articulación y resonancia del lenguaje hablado puede ser desde mínima hasta muy severa. Esto dependerá directamente de la magnitud de la resección necesaria para la extirpación del tumor, así como -

de la topografía anatómica del tumor mismo. Por ejemplo, si el tumor se encuentra invadiendo la lengua, labios, paladar, que son estructuras importantes en la articulación y resonancia de la voz.

El sistema endócrino.- La resección de la glándula tiroide o de las paratiroides pueden representar problemas clínicos, sin embargo, sustitución hormonal adecuada, calcio o vitamina D, pueden evitar estas complicaciones. Aunque en algunos pacientes una regulación glandular satisfactoria puede llegar a ser difícil de manejar.

El sistema nervioso.- Extensión dentro de la órbita, puede ocurrir en casos de cáncer del seno maxilar avanzado y una resección quirúrgica adecuada requerirá del vaciamiento de la órbita. No sólo el problema cosmético es severo, sino que también la visión monocular como resultado de la operación causará pérdida de la percepción, de la distancia por medio de la visión. Algunos pacientes en los cuales el globo ocular se puede salvar, pero el piso de la órbita se tendrá que resecar, el descenso del ojo, será causa de visión doble o diplopia. Los pares craneanos III, IV y VI, pueden ser afectados en casos de cáncer avanzado que se encuentra invadiendo la base del cráneo. En estos casos, parálisis oculares de grado variable pueden acompañarse de diplopia. Dolor en la distribución de una o más de las ramas del nervio trigémino, puede presentarse como resultado de la invasión del mismo por el cáncer. Cáncer de la glándula parótida, puede afectar el nervio facial y el resultado será el de una desviación marcada de la comisura bucal e inhabilidad para poder cerrar los párpados del mismo lado de la cara que se encuentra afectada. Desde luego que ulceración de la córnea es una de las com

plicaciones más temidas, debido a que puede acarrear pérdida de la visión. Otros nervios tales como el glossofaríngeo, neumogástrico, - espinal e hipogloso mayor pueden ser afectados por el cáncer mismo, así como el tipo de procedimiento quirúrgico que estará indicado para la extirpación del cáncer.

Efectos psicológicos de los pacientes durante la terapia de radiación.-

Un mínimo de 350,000 pacientes al año reciben terapia en hospitales de los Estados Unidos. ¿Qué es lo que estos pacientes saben - antes de comenzar el tratamiento de radioterapia? ¿Estos pacientes - confunden lo que puede causar la radiación sin control, con los efectos de la radioterapia controlada en su organismo? ¿Estos pacientes saben que la radioterapia puede ser curativa, o ellos creen que es puramente paliativa? Gottschalk et al, en su estudio compararon los efectos desencadenados por la radiación real y por la radiación placebo que los pacientes recibieron en toda la superficie del cuerpo y en la mitad de la superficie corporal. Estos investigadores encontraron un incremento agudo de la ansiedad antes del inicio del tratamiento, ya sea real o placebo, sin afectarse las funciones cognitivas. Sin embargo, para poder conocer a fondo las respuestas psicológicas del paciente durante la terapia de radiación, Peck y Bolland en un estudio prospectivo, entrevistaron a 50 pacientes antes del inicio del tratamiento y después de la terminación del mismo. - Estos investigadores concluyeron que los pacientes se encontraban - muy sorprendidos durante su primera visita con el radioterapeuta y no hacían preguntas. También aparentaban no recordar o no compren-

der las explicaciones que les habían dado. Por ejemplo, se les dijo que el aparato de radiación (Betatron) hace ruido, sin embargo los pacientes negaron el haber sido informados al respecto. Cuando se les dió la oportunidad de hacer preguntas se encontró que los pacientes se animaron a hacerlas. Pero generalmente, se observó que ellos prefirieron preguntarles a sus familiares y amistades acerca de las dudas que tenían con respecto a las reacciones de la radioterapia. Aquellos pacientes que tenían familiares que también habían sufrido de cáncer, tuvieron tendencia a fincar su pronóstico con bases en los resultados que sus familiares con cáncer habían obtenido con los diversos tratamientos contra el cáncer. En este grupo de pacientes, una minoría tuvo familiares los cuales tuvieron un resultado exitoso con el tratamiento que recibieron contra el cáncer; para la mayoría del resto de los pacientes, el cáncer significaba muerte irrespectivamente del pronóstico médico.

Los pacientes interpretaron la necesidad del tratamiento de radiación como si fueran malas noticias y creyeron que la radioterapia sólo se usa contra el cáncer. Con este pensamiento no les quedó esperanza de creer que no padecían de cáncer. Y esto también significaba para ellos que la cirugía no había podido curar el cáncer. Y ahora ellos tenían que recibir un tratamiento secundario, refiriéndose a la radioterapia, que es reservada para los casos avanzados o con poca suerte. La terapia de radiación también fué asociada con daño de radiación potencialmente grave, como causa de cáncer mismo o en otra forma letal. La mitad de estos pacientes estudiados hicieron preguntas con respecto a si la radiación podría ser la causa de

que se les desarrollara otro cáncer.

ninguno de estos pacientes rehusó o discontinuó su tratamiento de radiación. ¿Porqué es que estos pacientes en su mayoría aceptan completar el tratamiento? La alternativa que ellos esperan, es la diseminación del cáncer llevando a una muerte lenta y dolorosa, esto es tan temido, que cualquier tratamiento es mejor que ninguno. A ellos les han dicho que la radioterapia es el mejor tratamiento y este es aceptado sin oposición. Además, el paciente tiene miedo de arriesgar el perder la buena voluntad del radioterapeuta, si ponen en duda los resultados derivados del tratamiento de radiación por medio de preguntas, sin importar si el mismo paciente tiene dudas al respecto. La mayoría de los pacientes ha recibido muy poca o ninguna información con respecto a las reacciones de la radiación antes de iniciar el tratamiento. La información recibida casi siempre fué la que los familiares o amistades les proporcionaron. El conocimiento acerca de estas reacciones es casi siempre inexacto, pesimista y alarmante. Cuando se les proporcionó una lista con el tipo de reacciones asociadas con la radiación como son: quemadura, dolor, cicatriz, causa de cáncer, disminución de la libido y causa de esterilidad; los pacientes sintieron más temor hacia la quemadura, dolor y cicatriz. Ellos no alcanzaron a comprender cómo es que un tratamiento que los hizo sentirse más mal, pudiera en cierto sentido ser más beneficioso para su alivio. Aquellos a los que no se les informó acerca de la posibilidad de las reacciones asociadas que podrían presentarse durante el tratamiento de radiación, los pacientes manifestaron enojo y frustración y aunque se les tratara de dar

una explicación no quedaban satisfechos.

Al final del tratamiento cuando las reacciones, tanto locales como sistémicas, asociadas con la radioterapia se encuentran al máximo, sin lugar a duda, estas incrementan el grado de ansiedad y de presión, las cuales ya existían desde antes de iniciarse el tratamiento. La experiencia por la que pasan estos pacientes durante el tratamiento de radiación presenta un gran desafío para el médico, que tiene que lidiar con el stress en el momento en el cual se encuentra, ya que los mecanismos psicológicos de defensa del paciente se encuentran grandemente disminuidos por las situaciones por las cuales pasó previamente durante los exámenes del diagnóstico clínico del cáncer. Esto es evidente, por el hecho de que mientras en un 60% de los pacientes estudiados manifestaron un estado de ansiedad antes de iniciarse el tratamiento de radiación, en un 80% manifestaron dicha ansiedad después de terminar el tratamiento.

Efectos psicológicos de los pacientes durante la quimioterapia.

La quimioterapia produce por lo general, períodos anticipados de molestias asociadas con efectos colaterales que pueden durar por varios días. Dentro de los síntomas estresantes con consecuencias psicológicas mencionaremos los siguientes: náuseas, vómito, efectos en el sistema nervioso central, alopecia, fatiga y debilidad, interrupción del trabajo, labores del hogar y estudios.

Las náuseas y el vómito son significantes durante el tratamiento con ciertos agentes: cytoxan, derivados de la nitrosourea, adriamicina, régimen con MOPP, compuestos de platino y actinomicina D. - Estos agentes antitumorales, se cree que van a activar zonas quimio

receptoras alrededor del IV ventrículo. Técnicas psicológicas se deben de investigar en un intento de controlar el estado de ansiedad - que puede presentarse con gran anticipación en algunos pacientes, - los cuales aún no han recibido la dosis de quimioterapia. Se ha observado que en estos pacientes las náuseas y el vómito son estimulados mucho antes de lo esperado.

Efectos neurotóxicos.- Varias drogas tienen efectos colaterales que afectan al sistema nervioso central y periférico, produciendo síntomas y signos neurológicos. Los pacientes no sólo temen a estos trastornos neurológicos, sino que también tienen temor de que - estos lleguen a ser irreversibles. Los agentes principales que pueden llegar a producir estos efectos son: L-asparaginasa, 5-fluorouracilo, metotrexate intrarraquídeo, procarbazona y vincristina-vinblastina. La L-asparaginasa produce trastornos mentales de confusión, delirio, depresión y ondas lentas en el electroencefalograma. El 5-fluorouracilo produce trastornos neurológicos con menos frecuencia, pero puede afectar al cerebelo produciendo ataxia, disartria y vértigo. El metotrexate, por lo general no cruza la barrera-hematoencefálica cuando es administrado por vía endovenosa, pero - cuando es administrado por vía intrarraquídea puede producir una - meningoencefalitis con signos focales de irritación meníngea, paraparesia y confusión mental. La procarbazona que se emplea para tratar la enfermedad de Hodgkins y el linfoma maligno, actúa como inhibidor de la monoaminoxidasa. Puede producir neuritis periférica y alteraciones del estado de vigilia, el cual puede variar desde un - estado adormilado hasta un estado de coma. Algunas veces será necesario

sario discontinuar la droga. La vincristina y la vinblastina producen alteraciones del funcionamiento del sistema nervioso central y periférico de grado variable: efectos autonómicos (produciendo constipación, cólicos gastrointestinales e impotencia), convulsiones, alteraciones de las funciones mentales y parálisis de los nervios craneales. Efectos neurotóxicos colaterales son en gran parte reversibles, pero pueden causar alteraciones en las funciones del organismo del paciente durante el tratamiento.

Los corticosteroides, los cuales son empleados frecuentemente durante el tratamiento por medio de agentes antitumorales, pueden producir efectos colaterales estresantes, tales como cara de luna llena, acné, hiperfagia, obesidad, hiperactividad e insomnia. Mientras que durante el período inicial del tratamiento con corticosteroides, estos pueden producir euforia e hipomanía, durante la fase tardía o crónica, pueden producir depresión y en algunos casos pueden inducir psicosis. Trastornos psicológicos pueden aparecer después de usar cualquier dosis de tratamiento y también después de la supresión súbita de ésta. Una reacción psicótica por lo general se mejora cuando se disminuye la dosis, pero si esto no produce resultado, tratamiento psiquiátrico será necesario.

Alopecia.- La pérdida del pelo, tanto en la cabeza como en el cuerpo, ocurre frecuentemente con el uso de la quimioterapia. La alopecia total es particularmente estresante en aquellas personas en las cuales la apariencia física es lo más importante: en mujeres, en adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos. Adolescentes que a su edad es tan importante parecerse a sus compañeros y en quienes -

el ridículo y el admitir la enfermedad son muy temidos, teniendo gran dificultad para adaptarse a estos efectos colaterales. La preparación para sufrir la pérdida del pelo y el asegurarles de que ésta puede ser transitoria servirán de gran ayuda psicológica.

La fatiga y debilidad.- Estas pueden ocurrir con algunos agentes de quimioterapia, lo que llevará al ausentismo y dificultad para mantener la calidad en el trabajo y en la escuela, agregando estress social. Las modificaciones de los horarios en el trabajo son de gran ayuda para estos pacientes, los cuales son mejor tolerados y a la larga recompensan al patrón y al mismo paciente al ganar control de la enfermedad y una supervivencia más larga.

Efectos psicológicos del paciente durante la inmunoterapia.-

Esta modalidad de terapia contra el cáncer se ha venido utilizando con mayor frecuencia en estos últimos años. La adaptación a éste modo de tratamiento a veces es difícil cuando el paciente llega a presentar lesiones cutáneas rojas, bastante extensas y dolorosas, que son una reacción ante el antígeno que se les ha administrado por medio de inyecciones intradérmicas múltiples. Estas lesiones causan molestias, son difíciles de explicar a sus familiares y amistades y algunos pacientes no pueden apegarse a sobrellevar el tratamiento, el cuál casi siempre es largo.

Efectos psicológicos del paciente ante ambientes artificiales-de aislamiento.-

Al momento actual y como resultado de los tratamientos por medio de agentes antitumorales que tienen como efectos colaterales el deprimir el sistema hematopoiético y la respuesta inmunológica, es-



tos pacientes se encuentran más expuestos a adquirir infecciones, - pero recientemente es más la frecuencia en que se hace, son cuartos cubiertos con plástico para mantener corriente de aire en lámina, - se está usando para disminuir el riesgo de infecciones. Mientras - que éste sistema de aislamiento ha dado buenos resultados, éste tipo de tratamiento requiere forzosamente de un aislamiento físico - completo del paciente. El aislamiento es tolerado psicológicamente por la mayoría de los pacientes, pero algunos de éstos se quejan a - margamente de la soledad y de los sentimientos de lejanía que se - despiertan por el hecho de que ellos no pueden tocar o ser tocados - directamente por otra persona, incluyendo el médico tratante.

SINDROMES PSIQUIATRICOS DURANTE

EL CURSO DEL CANCER

Existen muchos y significantes síndromes psiquiátricos, que pueden desarrollarse en el transcurso de la enfermedad del cáncer y en su tratamiento. Estos caen dentro de las áreas mayores: 1) La disfunción del sistema nervioso central, que está asociada con el cáncer y su tratamiento; 2) La concurrencia o complicaciones de enfermedades psiquiátricas; 3) Perturbaciones emocionales serias en la respuesta a la enfermedad, al manejo médico o a los problemas familiares; 4) Ocurrencia de la ansiedad, agitación o riesgos de suicidio. El diagnóstico, el manejo, el uso de drogas psicofarmacológicas y la indicación para consulta serán delineados.

La disfunción del sistema nervioso central.- Existe un número de términos relacionados los cuales son usados intercambiamente con alteraciones mentales orgánicas: delirium, la confusión, el síndrome agudo cerebral y la encefalopatía metabólica. El delirio, es un término amplio usado para cualquier síndrome de sensación perturbada, percepción, memoria, pensamiento o juicio como un resultado del funcionamiento cerebral alterado. La presencia de una perturbación mental aguda o el cambio repentino de personalidad en un individuo emocionalmente sano, que tiene cáncer, es debido a una disfunción cerebral secundaria relacionada con la enfermedad o con su tratamiento. El principio de una enfermedad psicótica, como la esquizofrenia en una persona sin antecedentes históricos psiquiátricos no es frecuente, aún bajo el stress emocional del cáncer. Una etiología orgánica deberá ser sospechada si están presentes: alucinaciones visuales o auditivas, un grado variable de desorientación, una confusión transitoria o somnolencia. Un cuidadoso trabajo en el pa

ciente utilizando: la historia clínica, exámenes físicos y neurológicos y resultados de laboratorio incluyendo la examinación del líquido cefalorraquídeo, pueden ser necesarios para establecer la causa. Un electroencefalograma de ondas lentas difusas, es una evidencia confirmatoria.

La disfunción del sistema nervioso central puede ocurrir en el cáncer por muchas causas. Los efectos directos pueden ser debidos a una extensión local del cáncer, infiltración en el cerebro o en las meninges en enfermedades hematológicas neoplásicas y por la invasión metastática. Las metástasis en el cerebro son las más comunes con el cáncer de ciertos sitios, particularmente en el pulmón y en el seno. Efectos indirectos no metastáticos del cáncer en el sistema nervioso central son menos entendidos. La degeneración cerebelar subaguda, ha sido observada principalmente con el carcinoma del pulmón, del ovario y del seno. Ataxia, disartria, funciones intelectuales deterioradas y el desarrollo de alteraciones en la memoria pueden aparecer durante un tiempo de semanas o meses y algunas veces pueden aparecer antes del descubrimiento del tumor o neoplasma. El aumento en linfocitos y proteínas en el líquido cefalorraquídeo ocurre en la mayoría de los casos.

Dos tipos de encefalopatías o de encefalitis están asociados con carcinoma, las cuales han sido descritas como: encefalitis observada por Corsellis, principalmente en pacientes con cáncer del pulmón y leucoencefalopatía multifocal progresiva la que ocurre principalmente como una complicación de enfermedades neoplásicas de los sistemas linfático y reticuloendotelial. La leucoencefalopatía-

multifocal progresiva se ha pensado que es causada por un virus que en otras condiciones no sería patógeno en el ser humano y se ha asociado con una disminución de la vigilancia inmunológica del paciente. Ambos síndromes producen una demencia significativa y alteración del pensamiento, lo cual debe ser sospechado en pacientes con cáncer, en los que las alteraciones en la memoria y los defectos cognitivos se manifiestan sin un signo que pueda relacionarse a una lesión metastática.

Otras causas comunes de delirio en el cáncer son el resultado de un sangrado que puede producir hipovolemia con disminución circulatoria y anemia cerebral, en la hipoglicemia, hipocalcemia, insuficiencia hepática y renal. Un cambio moderado en las funciones mentales frecuentemente ocurre antes de descubrir alteraciones físicas o cambios en los resultados de laboratorio, particularmente en sangrados ocultos o en un desequilibrio metabólico. Así es que la presencia de delirio en el paciente con cáncer, merece un inmediato y cuidadoso trabajo de diagnóstico.

Enfermedades psiquiátricas concurrentes o coincidentales.- Un paciente que ha tenido historia pasada de enfermedad psiquiátrica puede experimentar una exacerbación de síntomas mentales en el curso del cáncer. Una enfermedad psiquiátrica mayor, como un episodio esquisofrénico, enfermedad maniaco-depresiva o la depresión psicótica, deben ser tratados como enfermedades concurrentes y es una razón o causa para consulta y manejo psiquiátrico.

Perturbaciones serias en relación a la enfermedad.- Algunos pacientes pueden, ya sea por su personalidad o por sus formas de ajuste

te o adaptación en el stress, es incapaz de adaptarse a la enfermedad, al tratamiento o a la rehabilitación, obteniendo menos beneficio con respecto a óptimos resultados del tratamiento, el cual requiere un alto nivel de cooperación y de participación. Una actitud hostil, una dependencia total, conducta manipuladora o demandas excesivas por atención, pueden comprometer el cuidado médico y requiere de la consulta psiquiátrica. Cada persona demanda de una evaluación y de un sistema para el manejo de los pacientes. La invalidez psicológica, que no puede darse por vencida a la dependencia adquirida a través de la enfermedad, ocurre tanto en el cáncer como en otro tipo de enfermedades. El paciente ansioso puede requerir de consulta por una ansiedad desmoralizante debido a las punciones endovenosas o de la médula ósea o de las desagradables curaciones de las heridas.

Manejo de la ansiedad, la agitación, la depresión o el riesgo del suicidio.- El manejo de un paciente que llega a ponerse irracional, agitado, con tendencias suicidas o violento algunas veces puede requerir de un control inmediato para prevenir daños en el mismo paciente o daños a otros y también para prevenir el agotamiento. Este cuadro frecuentemente ocurre en sumo grado en los estados de delirio. Un asesoramiento cuidadoso de la etiología es necesario, pero un control de la conducta debe efectuarse rápidamente. El diazepam (Valium) es rápidamente efectivo, por cualquier vía, intramuscular o endovenosa y es más seguro que los barbituratos. El diazepam por vía endovenosa. 5 a 10 mgm, tiene un efecto rápido y con pocas complicaciones, aunque un equipo de resucitación siempre deberá es

tar disponible. El haloperidol, es un butirofenone, controla efectivamente conductas agitadas, por vía intramuscular en dosis de 0.5 a 1.0 mgm., su acción es rápida y cuando el control es logrado, éste puede substituirse por una dosis similar en líquido concentrado que tiene una larga acción.

La agitación, la cuál es menos aguda, debe ser controlada con medicamentos por vía oral, usando un tranquilizador mayor. El trifluoperazine (Estelazine), de 1 a 2 mgm. dos veces al día, es efectivo, inclusive en individuos ancianos y frecuentemente reduce la confusión sobre las bases de la disfunción del sistema nervioso central. La toridazine (Mellaril), de 25 a 100 mgm. por día, es también efectiva. Debe mantenerse en mente que ambas drogas bajan el umbral de convulsiones. Los hipnóticos pueden exacerbar el delirio y por lo tanto deben ser evitados.

El uso de drogas psicofarmacológicas.- Se debe tomar precaución para prescribir drogas psicotrópicas hasta que la etiología de un síntoma mental sea claro. La droga puede ocultar síntomas de un síndrome orgánico cerebral en desarrollo, el cuál se trata mejor si se identifica la causa que lo produce.

El dolor es un problema crítico en el tratamiento del cáncer, que puede ser notablemente intensificado por el miedo, la ansiedad y por un estado deprimido. Las fenotiazinas son de valor cuando se usan en combinación para controlar el dolor, debido a que disminuyen los componentes relacionados con las situaciones de tensiones emocionales.

El uso de las drogas psicotrópicas es de mucho valor en el tra_

tamiento del cáncer, se pueden clasificar por su acción principal en: hipnóticos sedantes, antidepresivos y agentes antipsicóticos.

Los hipnóticos sedantes.- Este grupo de drogas son depresores del sistema nervioso central, los que en dosis bajas, sirven para disminuir la ansiedad y en dosis altas producen sueño.

Sedantes durante el día.- Drogas contra la ansiedad y tranquilizantes menores son de mucho valor cuando se usan en el paciente que está sumamente ansioso, durante evaluaciones clínicas, cuando existe la probabilidad de estudios de laboratorio incómodos, que son necesarios y durante las crisis en las cuales el curso de la enfermedad es incierto o alterado. Mientras que generalmente se emplean estas drogas, estudios adecuados de control para corroborar la eficacia definitiva en enfermos, particularmente con cáncer, no se han hecho. Las benzodiazepinas parecen crear menos adicción y son más específicas en su efecto contra la ansiedad, produciendo menos sueño. El diazepam (Valium), en dosis de 5 a 40 mgm. por día, es efectivo en la mayoría de los individuos. El clorodiazepóxido (Librium) puede darse en dosis de 10 a 100 mgm. por día. Ambas drogas son metabolizadas lentamente y la acumulación de sus productos activos puede ser prolongada. El diazepam tiende a ser de corta duración porque es muy soluble en lípidos y por su rápida absorción en los tejidos, pero esto es una falsa impresión y así es que debe usarse con precaución cuando se llega a usar en dosis altas. El diazepam, de 5 a 10 mgm. por vía intramuscular o endovenosa, es una premedicación efectiva y segura, para el paciente ansioso, antes de los procedimientos como serían: la punción de la médula ósea, de la sigmoi

doscopia o de una biopsia.

Los barbituratos, propanedioles y los antihistamínicos no son recomendados, es preferible el usar las benzodiazepinas. Solamente en la presencia de un síndrome psiquiátrico concurrente o de una ansiedad incapacitante, la cuál se presenta con taquicardia, sudores, palpitaciones y agitación, se deberá considerar la prescripción de un agente bloqueador beta-adrenérgico.

Sedantes antes de acostarse.- El derivado de la benzodiazepina, el fluorazepan, no potencia los efectos de otras drogas, no deprime la respiración y no tiene un efecto significativo sobre el sueño normal, si se dá en una dosis de 30 mgm. Estas son unas ventajas distintivas sobre los barbituratos los cuáles deprimen el sueño normal, deprimen la respiración, dejando una resaca en la mañana siguiente y son potentes inductores de una enzima, debido a la estimulación de la actividad de las enzimas de los microsomas de las células hepáticas encargadas de metabolizar estas drogas. Los anticoagulantes, cuando son requeridos en un paciente que está recibiendo barbituratos, deben administrarse en dosis más altas para que sean efectivos. Ya que la dosis excesiva de barbituratos es muy peligrosa, una precaución extrema debe tenerse cuando se administran en cantidades altas a pacientes con cáncer que se encuentran deprimidos.

El tuinal contiene 25 mgm. de secobarbital (de corta acción) y 100 mgm. de amobarbital (de acción intermedia), es particularmente peligroso en dosis excesivas. Cuando se requiere de la administración de un barbiturato, 100 mgm. de secobarbital o de pentobarbi-

tal, es efectivo y puede ser aumentado a 200 mgm.

El hidrato de cloral es usado frecuentemente, siendo efectivo en una dosis de 1 a 2 gm. dándosele al paciente antes de acostarse. Es detoxificado a etanol triclorico, el cual es ligado a una proteina. Adicionalmente, irritación gástrica puede ocurrir. La glutetimidina tiene una solubilidad muy alta en lípidos y tiene un efecto de presor respiratorio bastante acentuado por lo que no tiene ventajas sobre otras drogas ya que es altamente peligrosa en dosis excesivas.

Antidepresivos.- La reacción a la enfermedad la cual es una amenaza a la vida, como lo es el cáncer, frecuentemente produce en el paciente un estado de depresión. Una valuación realista de las funciones alteradas y una perspectiva que conduce a la ansiedad, a la disforia y a la aflicción, que son normales por la amenaza potencial de las pérdidas que puedan resultar. Los antidepresivos son menos efectivos en este tipo de pacientes, el soporte emocional y una restauración del ánimo o de confianza, son más efectivos. Cuando una depresión es significativa e interfiere con el tratamiento médico en el paciente con cáncer, terapia con antidepresivos deberá ser considerada, se deberá consultar al psiquiatra. La depresión mientras más de cerca semeja una enfermedad endógena (lo opuesto a reactiva), mejor será la eficacia de la terapia con drogas.

Los tricíclicos antidepresivos contienen dos grupos mayores: los derivados de la dibenzazepina (imipramina y disipramina) y los derivados de la dibenzocicloheptadina (amitriptilina, nortriptilina y protriptilina). La amitriptilina tiene un efecto adicional sedante y puede ser administrada antes de la hora de acostarse en lugar de-

un hipnótico. Una dosis de 50 mgm. a la hora de acostarse y 25 mgm. durante el día, que puede ser incrementado a 150 mgm. por día, durante una semana. La imipramina debe ser administrada en dosis divididas durante el día, empezando con 7.5 mgm. por día. Estos tienen un efecto acumulativo y requieren de 7 a 10 días de tratamiento para demostrar cualquier cambio en el talante. Los efectos anticolinérgicos contraindican su uso en pacientes con oclusión intestinal, glaucoma y enfermedad de la próstata.

Los inhibidores de la monoamino oxidasa deberán ser considerados muy rara vez en el paciente con cáncer, debido a los efectos colaterales serios. En depresiones las cuales son una amenaza a la vida y el tratamiento del cáncer es difícil, el electroshock debe ser considerado, éste se debe dar bajo anestesia general con succinilcolina, la que ayudará a modificar las convulsiones causadas por el electroshock.

Conducta de adaptación y el suicidio en el cáncer.- Ya que se considera de mucha importancia el suicidio dentro de las personas enfermas, creemos pertinente ampliarnos con respecto a los riesgos de suicidio en el paciente con cáncer.

El suicidio constituye la reacción más frecuente de tipo antisocial de la patología mental. Por ello, en psiquiatría, se habla con frecuencia de las "ideas de suicidio". Pero éstas "ideas" son la expresión de un trastorno instintivo-afectivo muy profundo, en donde se imbrican la angustia y el delirio.

Como sucede en la guerra, el cáncer es una clase de perturbación última, que nadie o muy poca gente desea, pero nadie es comple

tamente capaz de prevenirla. Declaraciones atestiguan que esto es indeseable y deplorablemente inefectivo, algunas de estas pueden ser a consecuencia de la violencia de el hombre y la destrucción así mismo, es una clase de suicidio social. Pero el cáncer es como la guerra en otro aspecto también. Los desenlaces fatales todavía son más frecuentes que las soluciones o las curas, a pesar de los esfuerzos más grandes. Hasta que se encuentre una solución biológica final a el cáncer, cada significado racional a la identificación de la enfermedad, detener su extensión y aliviar las tensiones serán necesarias.

El diagnóstico del cáncer puede aterrorizar a las gentes, evocando la imagen de el invalidismo, incapacidad y muerte, a pesar de el pronóstico y tratamiento disponibles. Sin embargo, sin minimizar las ganancias y la dedicación de la gente comprometidos en esfuerzos para el control del cáncer, cáncer es la muerte y los efectos catastróficos sobre la gente no pueden ser adecuadamente medidos sólo por estadísticas. En una palabra, cáncer es todavía muy serio para ser dejado solamente a cargo de los médicos.

Cuántos pacientes con cáncer se ajustan o fallan a ese ajuste con problemas psicosociales en los diferentes estadios de la enfermedad, los que serán todavía de preocupación por muchos años. Se debe considerar también a la destrucción y a la muerte y el grado de suicidio en nuestra población. Hasta ahora es una de las diez principales causas de muerte, aumentándose la incidencia en la gente más madura. El cáncer y el suicidio son literalmente materias urgentes de la vida y de la muerte. Esto es una combinación de ambos con

los cuales existe una gran preocupación, porque el suicidio y la vulnerabilidad, un aspecto del suicidio, puede ofrecer todavía otra avenida para mejorar el manejo de los problemas psicosociales relacionados con el cáncer.

A pesar de las actitudes personales hacia el suicidio, si es un derecho inherente o una ofensa imperdonable, es claro de que algunos pacientes con cáncer, enfrentándose a un austero o a un futuro incierto, optarán por terminar con sus vidas. Una autodestrucción puede ser pensada como una solución última y como una forma de inadaptación con problemas. De cualquier forma, sólo el cáncer es considerado como el prototipo de una enfermedad fatal, el suicidio representa el paradigma de vulnerabilidad social y emocional.

Incidencia de suicidio en el cáncer.- Danto señaló que existe muy poca información acerca de la incidencia actual de la conducta suicida entre los pacientes con cáncer. Reportes aislados demuestran una frecuencia más alta de suicidios entre hombres viejos con cáncer, que en la población en general de edad y sexo comparables, -ésto es cierto, sin embargo, en mujeres con cáncer, el suicidio es menos frecuente. Campbell simplemente comparó la prevalencia de el cáncer con el suicidio, checando nombres en los registros de salud pública. No obstante, ella encontró un número muy pequeño de suicidios consumados, excluyendo a aquellos pacientes con cáncer de la piel, lo cual implica que una persona con cáncer curable no cometería suicidio. Además, en éste estudio no se incluyeron en la lista suicidios por ingestión de drogas. Ya se sabe que la gran mayoría de los suicidios se cometen por ingestión de una dosis excesiva de

medicamentos, es razonable el asumir que Campbell someramente aludió a el suicidio y a el cáncer, sin llegar a dar una estimación completa. Achte y Vauhkonen encontraron que un número menor de un 50% de suicidios en general ocurrió en pacientes sufriendo cáncer terminal y este estudio se llevó a cabo en hospitales particulares en Finlandia. Sin embargo, Farberow et al, trabajando con estadísticas de la administración de veteranos, descubrieron que como en un 25% de suicidios ocurrieron en pacientes con neoplasma en hospitales generales y con especialidad quirúrgica; una sobrerrepresentación por un 12% de las poblaciones del hospital. Ellos encontraron que la tendencia hacia el suicidio no fué asociada con un tipo de cáncer en particular, todos los pacientes con cáncer fueron vulnerables. Lo más importante que se encontró fué que el suicidio ocurrió cuando los pacientes no se encontraban hospitalizados. Los métodos letales que se usaron, fueron por medio de armas de fuego, ahorcándose y brincando desde una determinada altura, tácticas que son difíciles de descuidar por el personal médico. Una vez más, la ingestión de dosis excesiva de medicamentos no fué reportada como un método común de atento de suicidio.

Dorpat et al, señalaron que entre hombres y mujeres viejos, enfermedades físicas incluyendo al cáncer, fueron comunes, no obstante la correlación entre los atentos de suicidio, excedieron a los suicidios llevados a cabo que fueron uno de cada quince, pero nadie estuvo completamente seguro el porqué se encontró discrepancia en los reportes, equivocación entre los atentos de suicidio, negación de la intención después del hecho y falla para reconocer la conduc

ta atentando contra la vida.

Letalidad y vulnerabilidad.- No es que el suicidio y los atentados de suicidio podrían ser más frecuentes que lo que es reportado o diagnosticado, pero la letalidad es simplemente un ejemplo extremo de cómo muchos pacientes con cáncer son vulnerables. Los atentados de suicidio son síntomas trágicos de tensiones psicosociales que algunos pacientes con cáncer son forzados a sufrir o a soportar.

Abrams describió muchas crisis con las cuales pacientes con cáncer lidian y se ha demostrado que las intervenciones psicosociales efectivas podrían ser para los pacientes con condiciones emocionales de angustia.

Letalidad podría ser definida como la disposición de que uno mismo se quite la vida, no obstante, algunos investigadores difieren entre ellos mismos del rango de conducta letal. Así también, no se dispone de un medio efectivo con el cual se pueda predecir el suicidio, ni siquiera están de acuerdo de el porqué ocurre el suicidio. Sin embargo, la conducta letal se puede clasificar dentro de: - a) atentados abiertos de suicidio; b) pensamientos, amenazas e impulsos de suicidio, por ejemplo, ideación suicida; c) conducta de amenaza de la vida, en la que una persona pone en riesgo la supervivencia física a través de un acto potencialmente destructivo; y d) vulnerabilidad, que es establecida por rasgos de carácter y síntomas de angustia que frecuentemente se encuentran entre la gente considerada con riesgos suicidas.

En el diagnóstico y el manejo de la vulnerabilidad, aún en ausencia de las otras tres formas de conducta letal, es un desafío pa

ra los oncólogos. Obviamente, una tristeza profunda, inhabilidad para establecer relaciones permanentes, una ansiedad intensa y prolongada, un control pobre de la frustración y de la ira, fallas de ajuste con los problemas previos, métodos destructivos para neutralizar las tensiones, interacciones regresivas con la realidad que son frecuentemente suficientes para poner un alerta de suicidio. De muchos reportes concernientes a riesgos altos de suicidio se han seleccionado 13 rasgos de carácter, llamados "variables de vulnerabilidad" (Tabla 1) que pueden ser reconocidos rápidamente, calificados y comparados con los opuestos a ellos.

Tabla 1.- Variables de Vulnerabilidad.

Desesperación	Indigno / auto-regañar
Confusión	Aislamiento / abandono
Frustración	Negación / evitación
Desaliento / depresión	Truculencia / amargura
Abandono / impotencia	Repudio de otros
Ansiedad / temeroso	Cerrado a la perspectiva del tiempo
Agotamiento / apatía	

Adaptación y vulnerabilidad.- Identificando a el paciente con cáncer con una vulnerabilidad alta, no es el propósito primario como significativo para encontrar un riesgo de suicidio. Esto ayuda -

también a descubrir formas en las que una conducta de adaptación está deteriorada, así es que las intervenciones psicosociales pueden ser iniciadas en aquellas personas que más lo necesitan. Sin embargo, existen algunos pacientes quienes podrían ser juzgados emocionalmente inestables o vulnerables por la mayoría de los criterios clínicos y éstos son los que aceptan el diagnóstico de el cáncer, que continúan con el tratamiento adecuado a la enfermedad y que no sufren una recaída psicosocial.

La adaptación es un proceso de el problema a resolver, el cual si es efectivo, conduce a el consuelo, a la recompensa, a un descanso y al equilibrio. Ciertamente, la conducta en general es motivada, la adaptación consiste en tomar medidas activas para sobreponerse y hacer esfuerzos aversivos para evitar o minimizar amenazas específicas. Si una persona no puede adaptarse efectivamente, entonces los grados variantes resultan en confusión, angustia, frustración, desesperación y sufrimiento. El intento común, por lo tanto, de todas las estrategias de adaptación, es que contienen un problema reconocido. A menos de que el paciente identifique un problema amenazador y pueda informar al personal médico acerca de cómo éste manejó el conflicto sucedido, nadie puede asegurar si lo que es observado constituye una conducta de adaptación. En otras palabras, se debe enfocar primero a un problema específico, entonces encontrar lo que un paciente está haciendo o lo que ha hecho acerca de éste problema. A falta de esta clase de información, lo que la mayoría de los clínicos pueden hacer es observar la conducta, la cual puede ser defensiva y el poder discriminar amenazas y síntomas de -

vulnerabilidad.

Cada individuo, ya sea paciente o no lo sea, tiene características distintivas de personalidad que ayudan a determinar la conducta de adaptación. Procesando la información, los juicios acerca de prioridades entre problemas, las percepciones de los valores y las necesidades y de los reajustes efectivos por las diferencias entre los problemas anteriores y los actuales, son probablemente inherentes en cada instancia de la conducta de adaptación. Sin embargo, en la adaptación cotidiana, existe una mezcla de elementos incongruentes como serían: de selección y de supresión, de confrontación y de evitación, de aceptación y de negación, de reconocimiento y redefinición, que constituyen una situación extremadamente compleja para los clínicos y para los investigadores.

La relación a la dificultad de la conducta de adaptación no debería ser construída como una recomendación a la sumisión. Después de todo, a pesar de las dificultades conceptuales, se lidia para la adaptación con los problemas cotidianos, entre una resolución efectiva y una vulnerabilidad significativa. Esto es posible y práctico para la adaptación mediante un convenio complejo y colocando sobre las observaciones de que los pacientes comúnmente hacen o fracasan para hacerlo en el curso de lidiar con los problemas relacionados con el cáncer. La tabla 2 presenta 15 estrategias diferentes de adaptación, que no son tan generales para su aplicación práctica, ni tan específicas para hacer una comparación de paciente a paciente. No obstante, si éstas estrategias pueden sobrepasar en algún grado, entonces éstas pueden ser suficientemente distintivas para-

ser usadas.

Tabla 2.- Estrategias comunes de adaptación.

-
- 1.- Buscar información.
 - 2.- Hablar con otros para aliviar la angustia.
 - 3.- Refirse.
 - 4.- No hay porqué preocuparse, hay que tratar de olvidar.
 - 5.- Poner la mente en otras cosas.
 - 6.- Una acción positiva y constructiva basada sobre el entendimiento del presente.
 - 7.- Aceptar, pero levantarse más alto, encontrar alguna cosa favorable.
 - 8.- Aceptación estóica de lo inevitable.
 - 9.- Hacer algo o nada, sin embargo en una forma audaz, impráctica, - etc.
 - 10.- Hacer lo que ha funcionado en otras ocasiones.
 - 11.- Reducir la tensión mediante la bebida o las drogas, etc.
 - 12.- Huír de sí mismo.
 - 13.- Culpar a alguien o a algo por la condición presente.
 - 14.- Buscar consejo y hacer lo que han aconsejado.
 - 15.- Culparse a sí mismo, expiar, sacrificar.
-

Casos de cáncer y de suicidio.- No obstante que cáncer y suicidio ocurren juntos, los estudios de casos de los individuos son reportados raramente en profundidad. El Proyecto Omega, nombrado después -

de la letra griega simbolizando el final de la vida, ha estudiado a pacientes hospitalizados que son preterminales, que han sido suicidas en un pasado reciente o ambos. Inicialmente, el énfasis fué en desarrollar la autopsia psicológica para un mejor entendimiento de estos casos. Algunos de estos tópicos en la fase preterminal fueron, por supuesto, pacientes con cáncer. Como ellos se adaptaron con una muerte incipiente que fué útil en la reconstrucción de el contexto psicosocial del ser humano que está muriendo.

Los objetivos presentes se han derivado del entendimiento de los estilos de muerte están determinados por los estilos de vida. Aún también en el cáncer terminal, el cual es solamente una posible consecuencia de la enfermedad crónica llamada cáncer, se cree que una data posible y práctica puede ser encontrada comparando pacientes con un diagnóstico reciente de cáncer y con pacientes con cáncer más avanzado, según las estrategias de su adaptación y de vulnerabilidad.

Durante la primera fase de este trabajo, cerca de siete pacientes fueron admitidos con la combinación de cáncer y con un intento de suicidio reciente. Cada paciente fué examinado usando entrevistas clínicas, tests psicológicos, asesoramiento de la situación social y autopsia psicológica. Muchos otros pacientes fueron vistos simplemente en consulta o accidentalmente encontrados durante otro estudio.

Un hombre con enfermedad terminal de Hodgkin brincó o se cayó desde una ventana de el hospital, sin dar ningún previo aviso. Los otros seis pacientes atentaron suicidio (una mujer informó a otra -

de atentar suicidio mientras estuviera hospitalizada) antes de que fueran admitidos al hospital. Tres pacientes suicidas se encontraban en un estadio temprano de cáncer o que estaba controlado: un hombre de 67 años de edad con una resección quirúrgica reciente por carcinoma del colon, una mujer de 50 años de edad con una mastectomía radical, que se sobredosificó con medicamentos para inducir sueño, muy cerca de la terminación de la terapia de radiación; y una mujer de 31 años de edad, con problemas psiquiátricos de larga evolución, incluyendo preocupación con suicidio, que hizo un intento subletal con sedantes. Su enfermedad de Hodgkin se encontraba inactiva y no estaba bajo tratamiento.

Los tres pacientes restantes fueron preterminales. Una mujer de 37 años de edad con metástasis en el cerebro y en el pulmón, le dijeron que necesitaba terapia de radiación en el cerebro. Seis días después, estaba sufriendo tanto de confusión como de ansiedad y así como también de dolor, ésta ingirió una pequeña cantidad de meperidina (Demerol) y de fenobarbital. Un hombre de 75 años de edad con dolor severo por carcinoma pancreático avanzado, intentó ahorcarse y muchos días después, se ahogó antes de ser hospitalizado. Una mujer de 34 años de edad con un cáncer gástrico extenso, hizo dos intentos, uno con alcohol y el otro con medicamentos y hubo un tercer intento, en éste último ella se tiró a las ruedas de un automóvil pero también fué ineficaz.

Análisis detallados de éstos y de otros pacientes que han atentado suicidio solamente en el pasado remoto están fuera del alcance de ésta presentación. Sin embargo, dejando a un lado la pregunta de

que el hombre que ha encontrado la muerte después de tirarse desde la ventana del hospital, solamente dos de estos pacientes explícitamente desearon morir. Aún cuando en estos pacientes, así como en otros que estaban deprimidos, según pensaron los psiquiatras, el decaimiento no fué claramente genuino: la cólera, sentimientos sin valor, confusión, apatía y el aislamiento doloroso fueron fácilmente reconocidos. Dos pacientes revelaron conducta de amenaza contra su vida. Cinco pacientes demostraron temas prominentes de negación, de muerte, de soledad e ira en el test de Apercepción Temática (TAT), a pesar de lo que ellos pudieron haber dicho durante las entrevistas psiquiátricas. Solamente un paciente previamente atentó el suicidio; cuatro pacientes estuvieron muy enfermos durante el tiempo que atentaron suicidio, a pesar de el pronóstico de su enfermedad. Según a el "ex post facto", la evaluación de la vulnerabilidad, hecha después de la autopsia psicológica, seis pacientes fueron de un rango alto a moderado alto. Solamente un paciente fué considerado de un rango bajo moderado y este paciente demostró mucha negación.

¿Que se puede decir de estos pacientes? Las series fueron, por supuesto, muy pequeñas para llegar a sacar conclusiones más concretas. Además, otros pacientes que han pensado en el suicidio en el pasado, no atentaron hacerlo durante su enfermedad, aún en la fase final. En su despecho de incapacidad física, no hubo una conexión obvia entre el diagnóstico de el cáncer y el intento de suicidio, excepto a través de las variables que intervinieron sobre los problemas familiares, la ira que no se solucionó, el abuso del alcohol (tres casos), la confusión y el dolor. Se notó en el TAT la preva-

lencia de la negación, depresión, soledad e ira. Los síntomas psiquiátricos previos no fueron significativamente correlacionados con una alta vulnerabilidad en estos pacientes, pero en un grado extremo, la negación parece ser lo más típico de los pacientes suicidas que tuvieron síntomas tempranos de depresión. Una paciente que no se incluyó en estas series de estudio, cuando ella descubrió que sus síntomas, incluyendo el dolor, fueron a consecuencia de cáncer del riñón, trató de matarse, intentó ingerir pastillas para dormir, pero antes de que pudiera ingerirlas se durmió profundamente a causa de que le habían inyectado un narcótico; cuando se despertó a la mañana siguiente las pastillas para dormir todavía estaban en su mano. ¿Fue ésto un atento de suicidio o un intento de suicidio solamente?

Cáncer y vulnerabilidad.- La investigación de una angustia suicida alta o los pacientes con cáncer que en su mayoría tienen solamente una consideración de suicidio en una forma pasajera, esto ha dejado un pensamiento en la mente de los investigadores, acerca de la letalidad como un subordinado para el concepto general de la vulnerabilidad, no de lo contrario, como lo habían pensado originalmente. En otras palabras, el suicidio es una estrategia aberrante de adaptación, que es usado solamente por un número muy pequeño de pacientes con cáncer, considerándose con una vulnerabilidad alta a éstos pacientes, que de ninguna manera podrían en pensamiento o en acción ser suicidas. Por lo tanto, el foco principal es en cómo puede ser reconocido rápidamente el paciente vulnerable, así que intervenciones psicosociales apropiadas, no alertas de suicidio, pueden

ser instituidas.

Worden et al, desarrollaron cocientes de regresión que permiten la comparación de lo observado con el tiempo de sobrevivencia esperado, con la muertes por cáncer, cuando son corregidas por la edad, el sexo, la situación, la condición en la que se encuentran y por el tratamiento. Estos pueden ser usados midiendo cocientes de sobrevivencia solamente y cocientes de sobrevivencia usados para hacer una evaluación de el efecto de factores psicosociales sobre la duración o calidad de la vida en el estadio terminal. Weisman y Worden, encontraron por ejemplo, que los pacientes terminales que mantuvieron o desarrollaron cooperación y relaciones de conformidad hacia el final de la vida, dirigiéndose no solamente a sobrevivir más tiempo, sino que también a tener mejores muertes, usando la criterio para una muerte apropiada. En contraste, los pacientes demostrando apatía, depresión, deseos de muerte y relaciones mutuamente destructivas de larga duración, los años sobrevividos fueron más cortos que los períodos estimados.

El factor de la negación es difícil de asesorar en el aislamiento, aparte de otras consideraciones. La mayoría de los pacientes están concientes de su diagnóstico, especialmente en la fase terminal, ya sea que hayan sido o no informados expresamente con anterioridad. Pocos de aquellos militantes y negadores inflexibles durante el período terminal también tuvieron una larga duración de miedos hacia los doctores y vinieron al hospital en estadios avanzados de la enfermedad. Ellos fueron antagonistas o paradójicamente despreocupados en hablar acerca de su enfermedad. Muchos expresaron

solamente el miedo a sufrir dolor de larga duración, como es verdad, ésto es difícil para cualquiera, el no hablar sobre algo que le aqueja.

En un esfuerzo para explorar el estado existencial en los pacientes a los cuales se les ha dado el diagnóstico de cáncer, en 5 sitios diferentes (cáncer del pulmón, de el seno, de el colon, la enfermedad de Hodgkin y melanoma maligno), Worden y Weisman encontraron que las magnitudes de vulnerabilidad fueron moderadamente altas prácticamente en cada paciente nuevo, pero fueron asesorados, en su mayoría se adaptaron bastante bien durante los primeros 3 meses. Además, preocupaciones existenciales acerca de la quejas de la salud (local, dolor, sistémico) fueron el origen de más perturbaciones, excepto en hombres con síntomas severos relacionados con el cáncer de el pulmón. Mujeres con cáncer del seno fueron vulnerables en proporción a los tratamientos requeridos. Los tratamientos que se dan corresponden al pronóstico, porque lo más serio de este pronóstico en ciertos tipos de cáncer de el seno, el tratamiento es lo más intensivo. Cuando una mujer es considerada que no se le puede operar, le dan tratamientos de quimioterapia y de radiación, éstos son aptos a producir complicaciones de más larga duración que las que produciría la misma cirugía.

Cerca de el 10% de pacientes recién diagnosticados de cáncer en estas series de admisiones consecutivas, reportan haber estado bastante desesperados en el pasado para haber pensado que la vida no tenía ningún valor el vivirla y que el suicidio era una posibilidad, aún antes de el diagnóstico de cáncer, la atmósfera terapéuti

ca es usualmente optimista y las condiciones de el tratamiento son las más favorables. Los pacientes que se consideraron ellos mismos que eran habitualmente pesimistas, demostraron más rasgos de carácter de vulnerabilidad, cuando ellos llegaron a ser pacientes con cáncer. El destino de la vulnerabilidad cuando viene la recaída, la recaída o las respuestas refractarias tardías, esto es todavía un problema a ser estudiado sistemáticamente.

Usando un análisis multivariado de las cantidades de vulnerabilidad en 189 pacientes con cáncer recién diagnosticado, seguidos por 3 o 4 meses después de el diagnóstico, de el tratamiento inicial y asesoramiento primario de factores personales y psicosociales, se encontró que las 13 variables de vulnerabilidad (Tabla 1) se agruparon dentro de 4 factores bajo los términos de: negación, aniquilamiento, enajenación y disforia destructiva. Sin embargo las estrategias de adaptación usadas por los pacientes con una cantidad alta de vulnerabilidad, tendieron a ser aquellos que tenían repudiación, evitación, supresión, desafío o una simple apatía, lo cual por sí mismo es un signo de futilidad y de extenuación. La negación fué una estrategia común para la adaptación y a una forma de vulnerabilidad. La explicación sugirió que la negación es frecuentemente utilizada por períodos cortos, a condición de que ésta no contradiga la realidad en una forma demasiado notoria. Por otro lado, pacientes que inicialmente negaron la seriedad de el diagnóstico y si verdaderamente, ellos aceptaron éste totalmente, fueron también los que tuvieron cantidades altas de enajenación, la que quería decir una repudiación hacia los demás, así como también el doloroso aisla

miento.

Como es verdad el uso y el abuso de el alcohol, la eficacia de la vulnerabilidad y de la adaptación pueden caer dentro de límites normales o ser el precursor de una incapacidad acumulativa. Por ejemplo, quién no se ha sentido alguna vez deprimido, enojado, enajenado o disfórico. La negación no solamente es usada algunas veces, sino que también es necesaria probablemente para agregar otras estrategias y recursos para tomar acciones más positivas. No se necesita un debate más largo, sin embargo, si la negación debería o no ser alentada en cada paciente dependiendo de la duración de la enfermedad. Esto es un factor independiente de vulnerabilidad bastante fuerte aún en los primeros meses de el cáncer. Un paciente informado, resulta ser un mejor paciente. Aquél que entienda la incertidumbre y pueda compartir preocupación, seleccionando y reajustándose, es capaz de adaptarse más efectivamente, que alguien que simplemente evita, perturba y descarga las tensiones construídas por los hechos y las complicaciones de la enfermedad y los problemas psicosociales relacionados.

Nadie tiene un repertorio ilimitado de estrategias de adaptación para todas las ocasiones. Obviamente algunas personas son más vulnerables y menos hábiles que otras. Ninguna forma de adaptación es infalible, ni puede ser entendida sin conocer el problema o el contexto en el cual ésto es activado. No obstante, no es considerado lógico el instituir una rehabilitación psicosocial y en planear contribuciones conductuales para continuar con el cuidado de el cáncer, a menos que fallen la capacidad de reforzar algunas estrate -

gias de adaptación y el desanimar a otras estrategias.

Los pacientes que tienen más problemas para adaptarse efectivamente son frecuentemente aquéllos que se sienten más impotentes, frustrados, dolorosamente aislados y tienden frecuentemente a la su presión, a la negación y a la evitación. Otros pacientes que su adaptación es pobre, son aprensivos al pensar en que lleguen a ser abandonados, al mismo tiempo repudian esfuerzos de ayuda. Ellos esperan muy poco de sí mismos, consecuentemente esperan mucho menos del mundo y prácticamente nada de el futuro.

No existe duda de que el éxito y el tratamiento temprano en el cáncer es un gran tónico para la vulnerabilidad. Hasta que la visión de utopía de una ayuda universalmente disponible venga a ser realidad, la tarea o el cometido será el referir métodos de reconocimiento de alta vulnerabilidad y baja capacidad de adaptación. Se tienen indicaciones de que los factores psicosociales influyen en la duración de la sobrevivencia, pero los que trabajan concienzudamente sobre el cáncer, creen que la duración de la sobrevivencia no es solamente un objetivo suficiente de el manejo de el paciente.

Los pacientes que mejor se adaptan son aquellos que escapan de la fuga, que se enfrentan abiertamente a los problemas de alta prioridad, buscan una ayuda competente y la usan efectivamente. Esto parece una redundancia, pero es solamente por el estímulo efectivo de las estrategias de adaptación, que son probablemente efectivas. Aunque se buscan sistemas de soporte que disminuyen el sufrimiento y la incapacidad en cualquier enfermedad crónica, de algún modo éstos es más imperativo de hacer para los pacientes con cáncer.

La investigación de el suicidio no es irrelevante para el estudio de el cáncer, porque se debe de aprender a detectar los signos de vulnerabilidad entre los pacientes con cáncer, aún si los atentados de suicidio actualmente son infrecuentes. Y ésto es posible sólo por intervenciones apropiadas para prevenir los atentados de suicidio que pudieran ocurrir. La enajenación social, la autodestrucción y la desmoralización son amenazas que no solamente atormentan a los pacientes con cáncer, sino que también a los que trabajan con éste tipo de pacientes. Una colaboración bien informada entre conductistas y oncólogos es tan importante como la colaboración bien informada y la aprobación entre el médico y el paciente.

Los objetivos presentes y los propuestos para el futuro indican una creencia de que el propósito es el hacer una contrafuerza psicossocial para mejorar la calidad, tanto como la duración de la vida de los pacientes con cáncer, La negación, la enajenación, la aniquilación y la disforia destructiva, son aptas a diferir de persona a persona en los diferentes estadios del cáncer y con las diferentes clases de tratamiento que existen. Por ejemplo, ¿cuándo el médico decide que cualquier paciente debe esperar solamente paliación y no cura? Seguramente, si los resultados de cualquier tratamiento son problemáticos, entonces algunos pacientes están recibiendo solamente tratamiento paliativo en una forma tardía. Otros pacientes que han tenido más razón de ser optimistas son desanimados por los médicos, quienes son los que deciden que el tratamiento probablemente es fútil a menos de que la enfermedad sea extirpada en su totalidad.

Recomiendan una aclaración de la realización de incertidumbre, pero una que se apoye en cualquier recurso disponible. Cualquier cu ración práctica incluye una intensificación psicosocial de adapta_ ción y reducción de vulnerabilidad. Muy pocos pacientes terminales piden una cura, solamente piden por un sentido de consuelo y por un sentimiento de que alguien se preocupa por ellos. Los médicos debe_ rían adaptarse también a conocer el desafío y la negación con una_ fiel preparación en esperar por una ganancia pequeña y no esperar - una cura absoluta, para que éste no caiga en el abandono de el pa_ ciente que no puede adaptarse completamente.

Los sistemas de soporte en el campo del cáncer son necesarios_ tanto para el paciente como para el médico. No se puede sobreesti_ mar el precio exacto que pagan los médicos y los pacientes en ten_ sión emocional y psicosocial. Algunos pacientes con cáncer atenta_ rán suicidio pero no a causa del cáncer. Sufrimiento secundario, un concepto parcialmente cubierto por lo que se llama vulnerabilidad, - es una consideración existencial que puede comprometer las mejores_ estrategias. Luego el pesimismo podría ser mal encausado, porque el ser un paciente con cáncer no necesariamente implica tener un futu_ ro sombrío. Aún en un futuro sombrío, no significa la capitulación_ a lo inevitable, pero solamente una aceptación que desafía la compe_ tencia para adaptarse.

No existe ninguna duda que esto es compasión por humanidad la_ cual ha despertado el interés en una preferencia autónoma concer_ - niente a la muerte y al morir. Esfuerzos sostenidos para mejorar a_ un grupo de pacientes con cáncer en cada estadio de la enfermedad, -

incluyendo la fase preterminal, esto significa solamente que cada uno de los que trabaja es dentro de un tiempo limitado y son incapaces de hacer todo lo que podrían desear a consecuencia del tiempo.

El deseo de vivir es un acto bondadoso hacia el tratamiento humano de los pacientes quienes están fuera del alcance de la paliación o por lo menos de poder regresar a su función parcial. Esto es un intento a la reprensión y a restringir a aquéllos quienes quieren substituir triunfos técnicos por esfuerzos de rehabilitación realista y cuidado psicosocial. Expertos mejor entrenados en la rehabilitación, que tienen su fundamento en los hechos y los factores relevantes para el tratamiento comprensivo de los individuos, no solamente a la cura de los tumores, que están preparados para compartir decisiones con los médicos y con los pacientes, harán mucho para aliviar los miedos de los pacientes con cáncer. El deseo de vivir no es un documento enteramente legal. Pero el gran interés mostrado por el público seglar implica en estos objetivos, que por la vulnerabilidad inherente que mucha gente siente con respecto a el cáncer y otras enfermedades serias, ellos están dispuestos a firmar un documento legal o lo que en otras palabras es una nota de suicidio.

La mejor estrategia de adaptación para lidiar con todas las formas del cáncer no es la negación, el rendirse o las declaraciones grandiosas. Más bien ésto es una apreciación realística de problemas psicosociales como también físicos en el cáncer. Generaciones venideras confrontarán, redefinirán y negociarán con estrategias disponibles.

1.- El suicidio es pequeño, pero es una estrategia estadísticamente significativa para la adaptación con el cáncer. Como es verdad que mucha data suicida es poco reportada y poco investigada.

2.- Aparte de los atentados de suicidio actuales, existen otras formas letales demostradas en pensamientos, impulsos, conductas de amenaza contra la vida y en signos emocionales y psicosociales conocidos como vulnerabilidad.

3.- Desde el punto de vista de el manejo de el cáncer, es de más importancia el reconocer los signos de vulnerabilidad que los letales. La vulnerabilidad puede ser entendida como una combinación de rasgos de carácter o como un producto de cuatro factores: negación, aniquilación, enajenación y disforia destructiva.

4.- Los pacientes con cáncer que son considerablemente más vulnerables, pero no necesariamente suicidas, tienden a usar estrategias de evitación y de repudiación, retirándose dentro de el doloroso aislamiento y el miedo a la destrucción de algo de origen externo. En contraste, los pacientes que se adaptan más efectivamente con el cáncer, son los que aceptan el diagnóstico, que buscan más información, comparten más sus preocupaciones con las personas que son significantes para ellos, externalizan sus necesidades, redefinen y se rebelan por encima de las amenazas que ellos encuentran en su condición.

5.- Hasta que la solución biológica final a el cáncer sea encontrada, los factores conductuales merecerán de una investigación cuidadosa y de una inteligente aplicación de éstos. La angustia de ser un paciente con cáncer, no es necesariamente una catástrofe.

Las fallas de adaptación con los problemas psicosociales en el cáncer pueden, sin embargo, reducir seriamente el tiempo de sobrevivencia y el valor de el tratamiento.

6.- La comprensión de los factores psicosociales en el suicidio, como también de los estadios terminales del cáncer, podrían ayudar a clarificar y a mejorar las estrategias para la adaptación de el cáncer en cualquier estadio.

ASPECTOS PSICOLOGICOS, EMOCIONALES,
CONDUCTUALES Y SOCIALES DEL DOLOR
EN EL CANCER

Se ha estimado que el cáncer es el responsable de un 20% de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países del occidente, incluyendo la Gran Bretaña. Aproximadamente el 50% de 30,000 pacientes que han muerto de cáncer en la Gran Bretaña han tenido dolor y de los cuales en un 25% este dolor fué bastante severo e incapacitante. El dolor es usualmente crónico, pero su severidad es fluctuante, siendo influenciado por muchos factores, algunos físicos y otros psicológicos, éstos últimos que son de particular importancia e interés y que todavía en la actualidad son frecuentemente olvidados por aquellos que toman cuidado de el paciente.

Siempre se debe tener presente que el cáncer es una enfermedad y el dolor es un síntoma. Es importante que estos conceptos se deban mantener en la mente cuando se habla de aspectos emocionales de la enfermedad maligna dolorosa, por la forma en particular de su desarrollo de esta enfermedad. Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, cuando el diagnóstico de la enfermedad se sabe, los sufrimientos son significantes, produciendo cambios en sentimientos, en la conducta, los cuales también se alteran por la presencia del dolor. Además los estados emocionales producidos por la influencia de la enfermedad, la severidad del dolor y cualquier cambio precedente se reflejará en el futuro. La forma en la que un individuo responde a la enfermedad y en particular a la enfermedad crónica dolorosa y potencialmente fatal, es determinada por sus características emocionales premórbidas, sus experiencias con las enfermedades previas y sus actitudes hacia enfermedades que han tenido entre sus familiares y el grupo cultural al cual esa persona pertenece.

El papel de la personalidad en el desarrollo del cáncer.-

Una cantidad considerable de tiempo y energía ha sido dedicada a analizar la posibilidad que se atribuye a que ciertas personalidades se predisponen hacia el desarrollo del cáncer, concepto en el cual si se está correcto tendrá implicaciones importantes para la prevención y el tratamiento de este grupo de enfermedades.

Antes de seguir adelante es preciso definir lo que es la personalidad. La personalidad ha sido definida de acuerdo a las diferentes escuelas. Allport define a la personalidad como la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psíquicos - que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

Rassidakis y otros son de la opinión que ciertas características de personalidades premórbidas están asociadas con el desarrollo del cáncer, apareciendo tales conflictos en la edad de la niñez y de un sentido de aislamiento a través de la vida, de la inhabilidad de expresar sentimientos hostiles, dificultades en las relaciones interpersonales, pérdida de una relación cercana, la cual produce depresión y desesperación.

Existen circunstancias en la vida que conducen a los sentimientos de desesperación como puede suceder cuando se padece una enfermedad orgánica. Ciertamente que en una situación de esta clase, así como después de un luto, la incidencia de todas estas formas de salud-enfermedad es significativamente grande, por ejemplo, entre viudas durante el primer año después de la muerte del esposo y mujeres que no han enviudado, estas comparaciones se han hecho en estas mujeres a edades similares.

La enfermedad puede ser mental en lugar de orgánica y ésto ha sido demostrado por Brown, que la enfermedad depresiva puede ocurrir cuando un individuo desarrolla sentimientos de abandono, una autoestima muy baja, secundaria a la pérdida de un ser amado o a un importante valor de los principios de la vida.

Perris y Pierre, siendo muy críticos en su análisis de la literatura, establecieron que las investigaciones hechas para encontrar un tipo de cáncer con una personalidad premórbida característica, en éstas no fué posible distinguir entre las características psicológicas, las cuales podrían ser factores causantes, con aquellas que podrían ser reacciones típicas ante cualquier enfermedad grave y con las que demostraron ser puramente variaciones accidentales.

En una revisión tratando de ver las posibles precipitantes psicológicas del cáncer, Surawicz dice que la búsqueda por personalidades específicas causogénicas, no fué fructífera, aunque ya se han hecho estudios al respecto cuyas conclusiones no han sido sostenidas. Sin embargo, es generalmente aceptado que individuos que tienen una adaptación precaria tanto psicológica como física, pueden desarrollar una de las enfermedades orgánicas severas, incluyendo el cáncer, presentándose antes de su ataque estados de ansiedad o estados predominantes de desesperación y abandono.

Hanay, comentó otro aspecto sobre este punto de debate y señala que en los eventos de la vida, en una situación con tensiones, también determinan el grado en el que cada persona presta atención a su cuerpo y la conducta natural de un individuo cuando está enfermo, ésto es, la forma en que éste percibe, evalúa y actúa sobre men

sajes y sensaciones de su cuerpo, es decir, que el paciente ha notado una conducta de enfermedad y esto difiere de persona a persona, una vez que se le ha establecido el padecimiento.

Al parecer hay una posibilidad de que los individuos que desarrollan el cáncer, puede ser después de un período de tensiones emocionales que producen sentimientos de desesperación y abandono. La misma combinación emocional, también produce depresión, un estado de la mente, la cual produce capitulación y resignación y que está asociado con niveles incrementados de dolor cuando éste está presente y la habilidad se reduce para poder controlarlo.

En las emociones generales de los efectos del cáncer se han hecho estudios de las características emocionales de pacientes con cáncer que revelan varios puntos interesantes. Primero, en aquellos pacientes en general con enfermedades malignas; segundo, específicamente en aquellos pacientes que también tienen dolor. Enfermedades crónicas, cualquiera que sea su forma, son vistas por la mayoría de los individuos con pronóstico menos obscuro, pero el cáncer en particular es asociado en las mentes de muchos, con dolor, destrucción, pérdida y casi siempre con la muerte. Los individuos no sólo están preocupados acerca del resultado eventual de sus enfermedades, sino que también con la posibilidad de sufrimientos futuros, especialmente al dolor severo, antes de que sus vidas terminen. Esto es lo que denomina a esta enfermedad con un sentido de irremediable, sentimientos de una total inhabilidad para controlar los eventos, viendo sus vidas sin significado y acarreándoles dificultades para tolerar el dolor, el cual en sí mismo no tiene propósitos biológicos, refi_

riéndose frecuentemente a éste como "dolor incapacitante".

Dolor: Es una sensación desagradable, la cual es el resultado de la estimulación de las terminaciones nerviosas en tejidos dañados.

Específicamente con las ansiedades nace el miedo de la separación de la familia y amistades, pérdida del trabajo, pérdidas de las metas de la vida y otras consecuencias debidas a la enfermedad. Los pacientes con el miedo incrementan su dependencia y pérdida de sus facultades y mutilación después de la cirugía. En el caso del cáncer del seno, del que la gente está conciente y miedosa porque se asocia con dolor severo cuando la enfermedad está muy avanzada. La morbilidad psiquiátrica empieza tan pronto como la aflijida mujer nota un tumorcito en el seno. Se han estudiado este tipo de pacientes y en un 52% han estado de moderada a severamente ansiosas y solamente en un 8% dijeron estar libres de cualquier ansiedad.

Varios autores recomiendan que los pacientes deben vivir con el conocimiento de que ellos tienen una enfermedad, que es potencialmente fatal y tienen que lidiar con sus miedos de que ésta puede recurrir después del tratamiento e invadir otras áreas del cuerpo, causándoles dolor y muchos otros síntomas desagradables. Ellos también deben lidiar con los efectos y consecuencias del tratamiento como serían: mutilación, efectos de la anestesia, calvicie, fallas de la función de la vejiga y perturbaciones mayores de otras clases.

La presencia del dolor crónico, ya sea que provenga de una enfermedad benigna o maligna, es la causa que llega a hacer que los

individuos se aparten y el deprimirlos neuróticamente. Muchas de las hostilidades y enojos demostrados, que son emociones importantes, Pilowski y Spence han demostrado que los pacientes que tratan de reprimir sus enojos, son los que tienden a tener más perturbaciones afectivas, que aquellos que tratan de expresar sus emociones. El dolor causa una agudización de las preocupaciones con otros síntomas físicos, en otras palabras, éste conduce a las personas a la hipocondría. Se han hecho estudios en los efectos del dolor crónico sobre la personalidad, utilizando el inventario multifásico de la personalidad (MMPI), en éste revelan que en las causas del dolor hay un incremento en los niveles de neuroticismo y este nivel de neuroticismo se disminuye cuando se alivia el dolor.

Como una consecuencia de la debilidad y la movilidad disminuidas a causa del dolor, existe menos contacto con amistades y hay una reducción significativa o nula de actividades sociales. El patrón de la conducta adoptada por cualquier persona varía dependiendo de sus características de personalidad premórbida; por ejemplo, algunos llegan a ser más dependientes de sus familiares y amistades en un grado sumamente grande, mientras que otros procuran hacer más de lo que es compatible con su estado físico y emocional.

Las dificultades impuestas por la naturaleza del dolor en enfermedades malignas, que es agotador y estresante, desanima a muchos de los que están trabajando con pacientes de este tipo de enfermedad y como resultado existen relativamente pocas investigaciones en relación con las características psicológicas de pacientes con cáncer que tienen dolor. Sin embargo existen estudios hechos

con pacientes que padecen de dolor crónico debido a enfermedades benignas, pero los que más sufren de dolor son los pacientes con cáncer, los cuales tienen niveles más altos de neuroticismo.

Algunos autores como Kissen y Eysenck y Bond y Pearson, han reportado que hombres con cáncer del pulmón y mujeres con cáncer en el cuello del útero, que respectivamente no tuvieron dolor, han tenido muy bajos niveles emocionales. Estos autores argumentan que esto es debido al funcionamiento de los mecanismos mentales que condujeron a la negación por parte del paciente, de las tensiones intolerables impuestas por la enfermedad que ellos sufren, esto no es un cambio permanente, pero se ha observado que los niveles altos de neuroticismo en algunos pacientes con cáncer que tienen dolor intratable, estos niveles descienden después de aliviar éste por medio de cordotomías cervicales percutáneas. Los pacientes con altos niveles de neuroticismo, demostraron una baja en esos niveles después de la cirugía, dejando sobre todo la impresión de que los factores de personalidad son distorsionados por la presencia de enfermedades severas, por el dolor y puede haber alguna restauración en dirección a la "normalidad de la personalidad", si se obtiene un alivio de éste.

Woodforde y Fielding, examinaron pacientes con cáncer que tuvieran dolor y pacientes sin dolor, usando el índice médico de Cornell, encontraron que los que tenían dolor, estaban significativamente más perturbados emocionalmente que los que no tenían dolor, respondieron menos al tratamiento del cáncer y murieron más pronto. La causa principal de la morbilidad emocional, se encontró que es la -

depresión, aunque también fueron registrados hipocondrías y síntomas psicósomáticos. Se ha comentado que la combinación del dolor intratable y la depresión, representan síntomas que indican un estado de sentimientos de abandono e inhabilidad para lidiar con la enfermedad, daño en el cuerpo y una amenaza a la pérdida de la vida, estas respuestas aparecen durante una enfermedad progresiva y potencialmente fatal. La implicación de estas observaciones, es que la seguridad de cada individuo y su autoestima pueden ser restauradas a través de la provisión de metas y alternativas apropiadas, en esa forma el nivel de sufrimiento puede ser reducido.

Con respecto a la hipocondrías, es una condición de la mente en la que está la absorción de síntomas tanto físicos, como mentales, es decir, es la preocupación exagerada de la salud. Kenyon, sugiere que la palabra hipocondrías implica un rasgo de carácter, síntomas, ideas y miedos, con lo cual se manifiesta que hay una preocupación mórbida de las funciones mentales y corporales o del estado de salud. Otros autores dicen que hipocondrías es el establecimiento de actitudes específicas hacia la salud y se ha demostrado que los pacientes con cáncer, tienen altos niveles de hipocondrías, más que las personas sanas y que los pacientes psiquiátricos.

Niveles altos de hipocondrías en pacientes con cáncer con dolor, fueron registrados por Bond, en pacientes quienes también tuvieron niveles altos de neuroticismo, fueron medidos por medio del inventario de personalidad de Eysenck, se demostró también que niveles bajos de hipocondrías fueron encontrados en pacientes con

cáncer sin dolor, quienes mostraron niveles bajos de emociones. El grado de dolor y neuroticismo, no importando la forma en que se presenten, se correlacionan altamente, entre más neurótico sea el paciente su dolor es más grande. Esta relación es bien conocida y es fundamental a los métodos psicológicos y farmacológicos que se emplean para el alivio del dolor, basados sobre la reducción de tensiones emocionales.

Las consecuencias del tratamiento físico sobre las emociones en pacientes con cáncer.-

Los tratamientos físicos disponibles para los pacientes con enfermedades malignas con dolor, incluyen drogas de varias clases y en particular analgésicos, cirugía, terapia de radiación y quimioterapia.

Cada forma de tratamiento tiene sus riesgos y éstos se incrementan cuando se usan terapias múltiples o de combinación. Existen relativamente pocos estudios en la literatura acerca de las consecuencias emocionales en el tratamiento del cáncer y todavía existen menos investigaciones especificando las necesidades emocionales y sociales de los pacientes durante el tratamiento y después del mismo.

A causa de la cirugía, no cabe la menor duda de que si es exitosa aliviando el dolor y otros síntomas agregados, esta forma de tratamiento disminuirá las tensiones emocionales del paciente y las reacciones hacia su enfermedad. Sin embargo, es muy frecuente que no se tome en cuenta que existe un número considerable de pacientes que tienen síntomas emocionales persistentes y desafortunadamente -

éstos suelen ser desatendidos. Por ejemplo, Lee y Maguire reportaron que después de cirugía para cáncer del seno, tantas como un tercio de las pacientes tuvieron niveles significantes de ansiedad, problemas conyugales y dificultades sexuales, que se incrementaron durante el año después de la cirugía. Estos autores demostraron también que los esposos de estas mujeres mostraron un nivel aumentado de perturbación emocional al igual que el de sus esposas.

Devlin et al, hicieron comentarios similares acerca de pacientes que tuvieron cirugía para cáncer ano-rectal, se observaron efectos adversos emocionales y sociales a consecuencia de la colostomía. Así es que se ha hecho una estimación de que por lo menos 1 de cada 4 pacientes que han tenido cirugía para cáncer del seno o del recto, desarrollan enfermedades depresivas, neurosis de ansiedad, problemas sexuales y dificultades en su matrimonio.

En el caso de la terapia de radiación, Peck y Boland encontraron que de 50 pacientes estudiados a sólo un 60% se les dijo que tenían cáncer, todos llegaron al tratamiento sin haberles explicado acerca de éste y como consecuencia ellos creyeron que el tratamiento de radiación era muy mala experiencia, que fué potencialmente peligroso, dañino y que podría causar cáncer y rara vez creyeron que podría producir una cura. Después del tratamiento, solamente un tercio de éstos sintieron haber tenido alguna mejoría en su salud considerando que en un 60% tuvieron con anterioridad evidencia de depresión y ansiedad, ésto se incrementó inmediatamente en un 80% después del tratamiento.

Las consecuencias de las interacciones entre el cuerpo médico-

y el paciente sobre las emociones y el dolor.-

Estas observaciones, naturalmente conducen a la consideración del paciente, en cómo siente acerca de aquéllos que son responsables por su tratamiento, en términos de sus relaciones con sus ansiedades y fantasías acerca de su enfermedad y tratamiento que se les está administrando. Mitchell y Glicksman, entrevistaron 50 pacientes y encontraron que en un 52% de ellos fueron inadecuadamente preparados para terapia de radiación, estos pacientes no creyeron que el doctor o técnico a quienes fueron referidos, los que les dieron el tratamiento, fueran personas con quienes ellos pudieran discutir sus preocupaciones y miedos. Maguire reporta actitudes similares entre las mujeres con cáncer del seno y comenta acerca de dos de sus pacientes y éste asume que son los sentimientos de muchas estando en la misma situación. Una de las pacientes dice: "sentí que no tenía derecho de ser una carga para ellos con mis preocupaciones" (refiriéndose al personal médico y al de enfermeras); la otra paciente dijo: "ellos no parecieron realmente interesados en lo que sentí". Estas expresiones son de las pacientes en el momento de su tratamiento, con respecto a quienes les aplican éste. Parece que solamente en un 5% de pacientes con este tipo de enfermedad con dolor, les preguntaron acerca de sus emociones después de la cirugía, tal parece que los cirujanos están renuentes a explorar las emociones de sus pacientes y frecuentemente fallan para poder apreciar su profundidad, si ellos están concientes de cualquier angustia.

Se han hecho estudios cuidadosos de las interacciones entre el personal médico y los pacientes y revelan que los tratamientos en -

los cuales están envueltos los analgésicos para el dolor, están sujetos a la influencia de las actitudes culturales determinadas tanto de los pacientes como del personal médico.

Ciertamente, en los estudios clásicos de Zborowski y otros, llegan a la conclusión de que el factor gobernando la conducta de los individuos frente al dolor, parece ser que es el nivel de aprobación por la sociedad y por las expresiones de las emociones del público. Bond, ha hecho estudios en hospitales británicos y escoceses y encontró que los pacientes independientemente del origen de su dolor, todos creyeron que ellos deberían soportarlo hasta donde fuera posible. También en otro estudio se encontró que los pacientes que se quejaban de dolor y pedían analgésicos, según el criterio de las enfermeras no era necesario que los tomaran, existe la evidencia de que en algunas ocasiones drogas fuertes que fueron prescritas por el médico, las enfermeras tendieron a darles a los pacientes drogas de baja potencia, sin preocuparse siquiera en dar soporte emocional a dichos pacientes. Por otro lado, cuando decisiones independientes fueron hechas por las enfermeras, en casos en los cuales existe la necesidad de drogas poderosas, frecuentemente se les debe de indicar (por parte del médico) que ellas apliquen su propio juicio acerca de las necesidades de los pacientes cuando sea más apropiado, de acuerdo al nivel del dolor. Y no es de sorprenderse que a consecuencia de esto, ellas fallan en muchas ocasiones para darse cuenta de que las quejas de los pacientes acerca del dolor, tienen un propósito más general, de que éstos tratan de demostrar su angustia no solamente acerca de su molestia física, sino

que también sus problemas emocionales y sociales.

Las emociones que se despiertan por la presencia del cáncer, son muchas y muy variadas y todas éstas son exacerbadas por la presencia del dolor. Esto es bien reconocido, aunque no es del todo bien manejado por parte de los doctores y de las enfermeras, excepto en aquellos centros en los que existen programas específicos de entrenamiento oncológico.

Todavía se le dá menos reconocimiento y atención a las dificultades emocionales persistentes en los pacientes con cáncer que tengan dolor y de los que no tengan, quienes han tenido tratamiento y han salido de los hospitales a vivir fuera de éste. Este es un punto de suma importancia el cual merece ser atendido en el futuro.

Aspectos psicológicos y conductuales del dolor en el cáncer.-

El propósito de ésto es el ofrecer un marco conceptual para el manejo de pacientes con cáncer con dolor que estimula la interacción biomédica con terapia biosocial.

El dolor frecuentemente emerge como un problema severo para los pacientes con cáncer avanzado. Visto desde la perspectiva biológica, ésta es una experiencia aversiva sensorial que señala la progresión de la enfermedad y es mejor controlado destruyendo vías del dolor o por la administración de medicamentos analgésicos. Desde el punto de vista de la ciencia de la conducta, sin embargo, el dolor es parte de una respuesta total humana a la enfermedad. En parte, el dolor refleja la forma en la que: la experiencia del paciente hacía los procesos patológicos, lo que significa la enfermedad para él y en como afecta este significado a su interacción con otras per

sonas. Ambas perspectivas ofrecen abordajes valiosos para el manejo del paciente que está sufriendo, pero es lo biológico lo que domina la práctica del curso médico.

El modelo biomédico.-

Engel, recientemente describió el modelo biomédico de la enfermedad que determina el curso de la práctica médica. Este modelo que tiene la posición de un dogma en la medicina occidental contemporánea, sostiene que la enfermedad es una desviación del tipo de regla de las variables biológicas. Dentro de este modelo, aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad, son irrelevantes. Como se aplicó al manejo del dolor, se requiere que el dolor sea visto como un derivado de desequilibrio de los procesos bioquímicos o neurofisiológicos que existen independientemente de los factores conductuales y sociales. Un reconocimiento reciente de la incidencia epidémica de las perturbaciones del dolor crónico, sugieren un marco de trabajo biomédico, a pesar de sus brillantes ejecuciones, ha fallado para poder resolver el problema del dolor persistente.

Una limitación fundamental del modelo biomédico, es que éste debe de interpretar los problemas del dolor, de como provienen las consecuencias a la enfermedad y que tales problemas se apaciguarán cuando la enfermedad es curada o controlada. Esta perspectiva no es incorrecta, pero más bien es incompleta. Teorías contemporáneas del dolor, enfatizan que la sensación, la emoción y el significado de éste son partes intrínsecas de la experiencia.

En el desarrollo del cuestionario del dolor de Mc Gill, Melzack y Torgerson, distinguieron entre lo sensorial, lo afectivo y-

las dimensiones evaluativas del dolor. El modelo biomédico se queda atrás o se mueve lentamente de los conceptos contemporáneos del dolor. Además, como Fordyce y otros, han enfatizado que los procesos de aprendizaje pueden ocurrir cuando la conducta de la enfermedad es reforzada y los factores sociales tales como: compensación financiera, pueden algunas veces forzar al paciente dentro de situaciones en donde la conducta de la enfermedad sostiene los intereses invertidos en el paciente, mejor que la conducta sana. En tales casos, las quejas del dolor pueden persistir cuando la barrera sensorial que causa dolor desaparece. Cuando esto ocurre, como algunas veces sucede en pacientes que tienen dolor crónico sin malignidad, el modelo biomédico llega a ser enteramente inapropiado en el cuidado de los pacientes.

Factores psicológicos del dolor en el cáncer.-

La literatura indica que las perturbaciones psicológicas son importantes en casi todas las clases de perturbaciones médicas, así como los problemas relacionados con el cáncer con dolor. Stoeckle, Zola y Davidson, estudiaron la angustia psicológica en pacientes. Revisando la literatura en esta área, ellos notaron que en la mayoría de los casos en los consultorios de los médicos, entre un 5 y un 40% de los pacientes demostraron un notable aumento de enfermedades psiquiátricas.

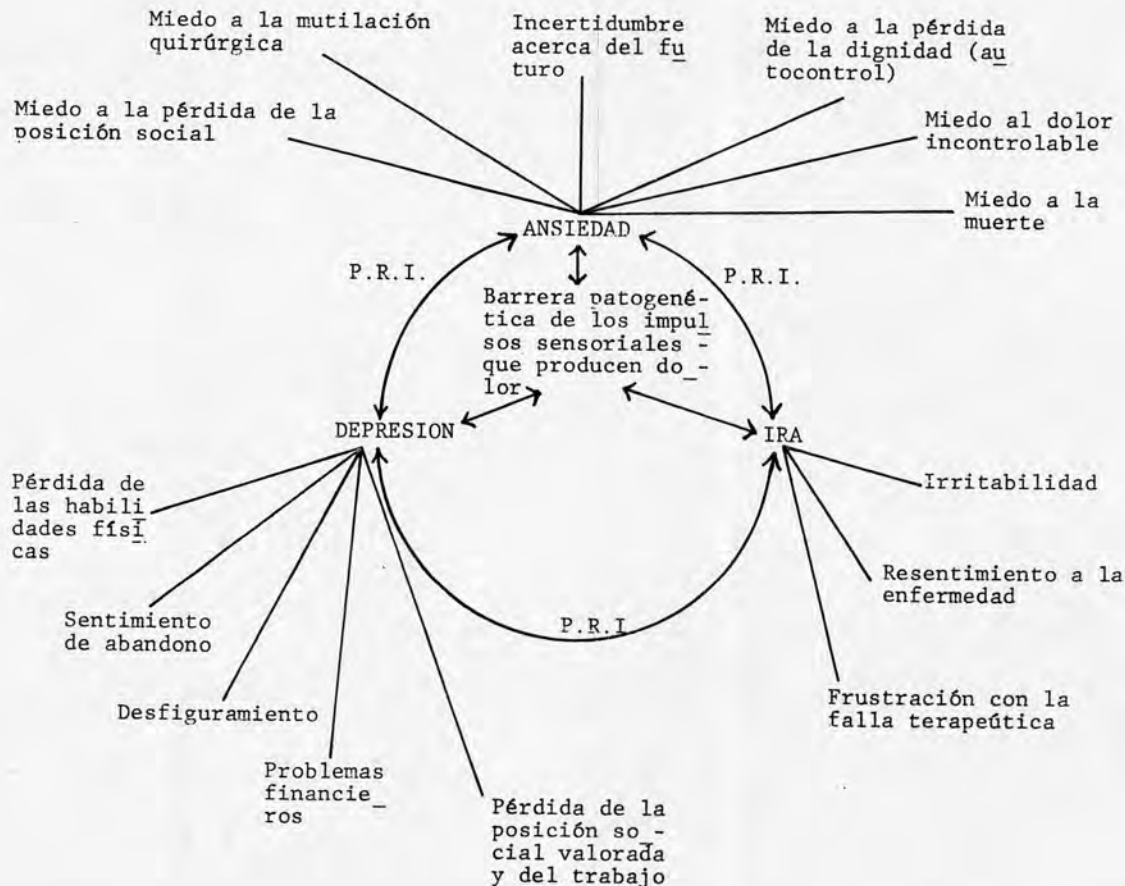


Figura 1.-

Figura 1.- Dimensiones de la experiencia con el dolor en el paciente con cáncer avanzado. La ansiedad, la depresión y la ira, están presentes por propósitos de visualización como tres componentes independientes de la experiencia de los pacientes, pero se debe reconocer que estos tres problemas se apoyan mutuamente y se alimentan unas con otras. La relación entre las tres dimensiones es definida como: el proceso racional imaginativo (P.R.I.).

Cuando el concepto de la angustia psicológica fué extendido a incluir la tensión de las perturbaciones, quejas psiquiátricas y problemas psicósomáticos, la figura se eleva tan alto como en un 70% o más. Verdaderamente, en todas las formas de enfermedades significativas, problemas psicológicos pueden resultar, los cuales reflejan la angustia física ocasionada por la enfermedad y el impacto de la enfermedad sobre el modo de vivir de un paciente. Cuando el diagnóstico de cáncer se hace conocer al paciente, la situación viene a ser todavía más complicada. El paciente es confrontado con la realidad de que él tiene una terrible enfermedad y posiblemente terminal. Respuestas de miedo, resentimiento, ira y frustración son muy probables que ocurran. Todos estos factores entran dentro de la experiencia del dolor y contribuyen a la conducta de los pacientes con dolor.

La figura 1, presenta un modelo asociado con el dolor por cáncer avanzado. La construcción básica de esta experiencia del dolor es la barrera de los impulsos sensoriales que producen dolor, que surge en los tejidos enfermos o dañados. Mientras que la barrera -

nociceptiva puede ser un derivado de la enfermedad neoplásica para el paciente con cáncer avanzado, como también puede ser generada por otras etiologías. Enfermedades iatrogénicas, por ejemplo, no es muy fuera de lo común en individuos que han sido sometidos a cirugías muchas veces, que han sido sujetos a radiación o quimioterapia y aplicándoseles otras drogas poderosas. En adición, desequilibrios neurológicos dolorosos pueden ocurrir consecuentemente a la terapia de cáncer. El herpes zoster, por ejemplo, comúnmente atormenta a los pacientes que han estado sometidos a terapias inmunosupresoras. Esta enfermedad es mucho muy dolorosa en su ataque y a través de todo su curso. La neuralgia post-herpética puede permanecer como un problema severo y debilitante por un período de tiempo indefinido. El problema es aún más complicado, puesto que en su estadio invalida a los pacientes, que puede conducir a cambios severos en los niveles de actividad, cambios posturales y otras fuerzas que pueden generar dolor de origen muscular.

Ansiedad.-

La barrera de los impulsos sensoriales que producen dolor, da un resurgimiento a la experiencia consciente del dolor, solamente después de que ha sido filtrado por mecanismos de atención a niveles altos centrados y amplificados por varios factores psicológicos. Uno de los principales contribuidores a la experiencia del dolor en los pacientes con cáncer, es la ansiedad. Una vez que el paciente sabe que tiene cáncer, ahí existe un miedo o un sentido de temor a la experiencia de la muerte. El miedo de los pacientes a la pérdida de la posición social, que es una consecuencia en el aumen

to del invalidismo, una pérdida posible del control con la progresión del proceso metastático, el incremento en la medicación y una posible mutilación quirúrgica.

Muchas de las experiencias de los miedos que caracterizan al paciente con cáncer es una función de la incertidumbre, un factor que ha sido vinculado a la ansiedad fisiológicamente, despertando patrones en la literatura psicológica.

La ansiedad crónica es conocida como un resultado en las perturbaciones de la función autónoma y endócrina y puede conducir a una variedad bien conocida de síntomas psicósomáticos complejos como la cefalalgia por tensión emocional, la úlcera péptica o el colon espástico. Los pacientes psiquiátricos con problemas de ansiedad, se inclinan a tener un gran número de quejas de dolor.

La presencia de impulsos nociceptivos alimenta el estado de ansiedad del paciente con cáncer, porque ésto puede ser una señal de la extensión de una enfermedad a una nueva región. La ansiedad tiene un impacto sobre los mecanismos de atención, así que el paciente llega a ser hiporreceptivo a las señales que causan dolor, que pueden indicar cambios en el proceso de la enfermedad. La ansiedad y la nocicepción se presentan recíprocamente, formando un círculo vicioso, como está indicado por la flecha bidireccional en la figura 1. Ciertamente, muchos pacientes experimentan un miedo intenso con cualquier molestia o dolor, asociado con la vida normal, porque tales sensaciones podrían posiblemente ser síntomas de que la enfermedad se está extendiendo.

Depresión.-

Así como el paciente llega a estar más y más alejado de su funcionamiento social normal e incrementándose su dependencia sobre los que lo cuidan y de el establecimiento médico, se le desarrolla un sentido de abandono. Así como la enfermedad progresa y alcanza estadios avanzados, típicamente el paciente evita repetidos encuentros de sentimientos de abandono a un tema general de desesperanza y desesperación. Tal depresión puede ser incrementada por problemas financieros a los cuales su familia se enfrenta, por su inhabilidad de poder trabajar y los costos médicos. Un sentimiento de autopena es frecuentemente evidente en estos pacientes, puesto que ellos sufren una pérdida severa de la posición social y de su trabajo y pierden ciertas habilidades físicas asociadas con la buena salud. Muchos, especialmente mujeres, como consecuencia a un desfiguramiento quirúrgico asociado con la amputación del seno, amputación de algún miembro del cuerpo o de cirugía facial. Los cambios biológicos asociados con la depresión, están bien documentados en la literatura psiquiátrica. Teorías actuales sostienen que el medio ambiente precipita la depresión, puede estar asociado con el agotamiento de sustancias neurotransmisoras críticas como la serotonina. Tales perturbaciones bioquímicas alteran la habilidad del cuerpo, para modular los estadios del dolor. Von Knorring, Singh y otros, han demostrado que el dolor puede emerger como una queja mayor en pacientes psiquiátricos deprimidos, aún cuando no existe una enfermedad orgánica específica.

Ira.-

Porque los pacientes perciben e interpretan su propio sufrimien-

miento y las pérdidas asociadas con el progreso de la enfermedad, muchos tienden a responder con ira, la cual toma diferentes formas. No es raro que los pacientes se pregunten ¿Porqué a mí? El resentimiento y la amargura pueden desarrollar en los pacientes un sentimiento sin esperanza. Tal ira es consecuencia en parte, a la frustración con las fallas terapéuticas, repetidamente el paciente encuentra que se le da esperanza por parte de su médico, solamente para conocer que todavía otra falla ha ocurrido y que la enfermedad ha eludido otra vez al tratamiento. Cuando la ira se vierte en el interior, esto conduce hacia la depresión. Esto es representado por las flechas bidireccionales conectando la depresión y la ira, como se ve en la figura 1. Los cambios psicológicos durante la ira son similares a aquellos asociados con la ansiedad, que pueden ayudar a contribuir a la información, procesando el estímulo sensorial productor de dolor. La ira puede conducir a la ansiedad cuando el paciente empieza a temer frustraciones futuras que pueden provocarle la ira y la irritabilidad.

Debe ser enfatizado que la ansiedad, la depresión y la ira, descritas en la figura 1, no son necesariamente anormales o respuestas neuróticas. Tales reacciones del stress tan grande a causa de la enfermedad terminal, son consideradas como normales y razonablemente apropiadas, cuando son consideradas desde la perspectiva de los pacientes. Por supuesto muchos pacientes tienen tendencias neuróticas y éstas conducirán a sublimar los problemas con ciertos aspectos de los patrones de las respuestas psicológicas, tales problemas necesitan de ser tratados por medio de psicoterapia.

Procesos de pensamiento o juicio.-

La figura 1, incluye un factor que representa las interrelaciones dinámicas entre la ansiedad, la depresión y la ira, las cuales son señaladas por el proceso racional imaginativo (P.R.I.). Este proceso envuelve a las interpretaciones racionales de el paciente, de su problema dentro de su propio marco de entendimiento y de la interacción de su interpretación con su imaginación, acerca de los resultados terapéuticos y el progreso de la enfermedad. El concepto representa los procesos de pensamiento o juicio que están sucediendo y ésto va a través de tales mecanismos de pensamiento, que los estadios de la ansiedad ayudan a alimentar perturbaciones en el talante y visceversa. Mientras que la mayoría de las terapias contemporáneas se dirigen al control farmacológico de la ansiedad y de las perturbaciones del talante, la manipulación de los procesos racionales-imaginativos, pueden proveer una alternativa viable. Los procesos de pensamiento del paciente son sensibles a proveer la información para los profesionales que están al cuidado de la salud y en verdad, la ira, la ansiedad y la depresión, pueden responder al asesoramiento o a la apropiada intervención psicoterapéutica. Más importante, en el paciente con cáncer, el control profiláctico-psicoterapéutico, puede ser obtenido.

Mal, enfermedad y dolor.-

Conceptos básicos.- Uno de los esquemas conceptuales de más utilidad lidiando con los problemas del manejo de los pacientes con cáncer, puede ser derivado, no desde un marco psicológico, pero sí desde uno antropológico. Este marco de trabajo ha sido más claramen

te articulado por los médicos como Kleinman y sus asociados. Estos investigadores han ofrecido una distinción conceptual entre enfermedad y mal. la cual puede ser aplicada con mucha utilidad a los pacientes con cáncer. Una enfermedad es definida dentro de este contexto como: una anomalía en la función o la estructura de los órganos del cuerpo y los sistemas. Esto envuelve un mal funcionamiento o desajuste de ciertos procesos biológicos en el paciente. En contraste, un mal es construido en la reacción personal del paciente hacia la enfermedad y la asociación de las molestias. El mal puede tomar una variedad de formas dependiendo de los factores culturales que gobiernan la percepción, la clasificación y la explicación de las experiencias de las enfermedades. Desde el punto de vista de las ciencias de la conducta, el mal se refiere a una forma de enfermedad, en como la persona la percibe de acuerdo a sus experiencias y a la explicación de sus enfermedades. Dichas reacciones se reflejan no solamente en la evaluación de el individuo, sino que también en las reacciones de la familia, en el medio social inmediato al paciente y la cultura.

El mal, como lo definieron Kleinman et al, incorpora las creencias y las actitudes acerca de como es tomada la enfermedad por el paciente, así como también por sus familiares y sus compañeros. Los pacientes se comportan durante su enfermedad, en formas que son consistentes con las conceptualizaciones que ellos tienen acerca de sus problemas. Ellos presentan sus síntomas, incluyendo sus quejas de dolor, en una forma que es relacionada racionalmente a las preocupaciones de su mal, las interpretaciones de los síntomas y de las

creencias personales. A la extensión de que el paciente depende de su doctor por una explicación de lo que está erróneo en la salud, el doctor asigna las expectativas de la conducta en el mal para el paciente y por lo que éste está haciendo determina la conducta del paciente en su papel social. Pero como Kleinman et al, han señalado que frecuentemente existe una discrepancia entre la perspectiva de los profesionales al cuidado de la salud y la perspectiva de los pacientes, de sus familiares y amistades. Verdaderamente, ahí puede haber un conflicto significativo o divergente en las creencias, actitudes y la interpretación entre esta gente por un importante problema de la salud. Dichos conflictos resultan en una pobre condescendencia por parte del paciente e inclusive van por una búsqueda de remedios por parte de charlatanes y caen solamente en una frustración general de ambos, tanto por parte del médico, como por parte del paciente.

La perspectiva del médico.-

Desde el punto de vista del antropólogo, el médico se comporta en la forma en que lo hace, porque éste ha sido socializado de acuerdo al modelo biomédico. Están entrenados a mantener la perspectiva biomédica los médicos y otros profesionales al cuidado de la salud, comparten una única subcultura biomédica que difiere de las actitudes hacia la enfermedad, compartidas por el resto de la sociedad. Además, ellos comparten un lenguaje de términos técnicos, que pueden ser inentendibles por las demás personas que están fuera de la subcultura médica. Aún cuando el paciente se esfuerce por tratar de entender la perspectiva de los médicos sobre algún problema en -

la enfermedad, él puede encontrar un obstáculo por una barrera en el lenguaje. Esto no es sorprendente, por lo tanto, que el paciente y el doctor frecuentemente construyan las experiencias de la enfermedad en diferentes formas.

En general, el enfoque del médico es intensamente sobre los procesos de desequilibrios biológicos y con miras por formas para aplicar tecnologías modernas, así que esas tendencias destructivas pueden ser detenidas o abolidas. En contraste, el paciente está preocupado con las formas en las que la enfermedad y sus tratamientos alteran su vida normal y su identidad social. Los problemas en la enfermedad envuelven perturbaciones en la rutina normal, limitación de actividades, experiencias de tensiones psicológicas tales como: la ansiedad, la frustración o un sentimiento sin esperanza y una posible pérdida de la posición en la sociedad, debido a las limitaciones impuestas por la enfermedad.

La perspectiva de los pacientes.-

Para el paciente con cáncer se encuentran frecuentemente las preocupaciones relacionadas a el miedo a la muerte, perturbaciones en la vida familiar y miedo a el desconocido curso de la enfermedad y al dolor incontrolable. Los pacientes necesitan de ayuda con éstos y otros problemas en la enfermedad. Dificultades futuras incluyen cambios en status sociales premórbidos y el papel social sancionado de una cierta clase del papel de la enfermedad, problemas financieros relacionados con el primer ataque de la enfermedad, problemas relacionados con las tensiones familiares que se han desarrollado fuera del episodio de la enfermedad y los problemas relacio

nados a las creencias de los pacientes y la familia acerca de la causa y significado de la enfermedad.

La mayoría de los pacientes esperan ayuda de la comunidad médica en lidiar con estas dificultades. Verdaderamente, dichos eventos pueden elicitarse más preocupación para el paciente que los mismos síntomas físicos, que éstos son críticos para el doctor. En otros casos, el paciente y su familia no se dan cuenta que estos problemas necesitan de atención. Identificando los problemas de la enfermedad es un paso muy importante para ayudar a los pacientes y a sus familiares y las consecuencias en un término largo para la familia lidiar con dichos problemas antes de que la muerte ocurra, son particularmente de beneficio. Las crisis familiares frecuentemente emergen después de una enfermedad prolongada, sufriendo y la muerte de un miembro de la familia con cáncer, pero esto puede ser advertido en la mayoría de los casos si los problemas de la enfermedad se enfrentan y se resuelven mientras el paciente todavía vive.

Perspectiva racional para una conducta.-

La implicación de un marco médico antropológico para el manejo del paciente con cáncer, es que ambos problemas de enfermedad y mal necesitan ser reconocidos y manejados. La importancia de aplicar todas las ventajas de la tecnología médica a los problemas enfrentados por el paciente con cáncer, no pueden ser negados, pero la perspectiva de la medicina ha sido limitada por el modelo biomédico, así que los problemas de la enfermedad del cáncer no han sido propiamente apreciados y tratados como en la mayoría de las otras enfermedades.

El modelo biomédico es incapaz de calcular la complejidad perceptual de el dolor, sólo como una visión fisiológica no puede explicar una apreciación para poder comprender sobre una pintura maestra, la fisiología del dolor es inadecuada para poder calcularse por la misma naturaleza de el dolor asociado con el cáncer terminal. La percepción es una experiencia psicológica que envuelve más que la información de la transmisión del sistema nervioso.

Creencias de los pacientes y el dolor en el cáncer.-

El proceso racional imaginativo en la figura 1, enfatiza la importancia de las creencias y actitudes de los pacientes determinando la naturaleza de la experiencia a el dolor.

Kleinman, enfatizó que tanto pacientes como familiares tienen modelos explicativos (MEs) por la ocurrencia de la enfermedad. Estos modelos son sistemas de creencias y actitudes que expresan lo que la gente puede entender de la causa, de el curso y de la naturaleza del problema de la enfermedad. También incorporan la forma en que estos individuos asignan un significado a el problema, así como también a las metas de el tratamiento que ellos mantienen. Los modelos explicativos (MEs) de el paciente son esquemas conceptuales que se derivan parcialmente de la cultura de el paciente, de su experiencia educacional y de su historia familiar. En general los modelos de la gente americana y los del occidente europeo con respecto a la enfermedad, son aproximaciones solamente de el modelo biomédico sostenido por el médico, pero algunas veces estas aproximaciones son más bien pobres.

El doctor generalmente explica su modelo por el proceso de la-

enfermedad a el paciente y a los familiares, pero éste es presentado algunas veces en un idioma técnico, el cual no puede ser entendido por los pacientes. Esto particularmente es problemático, si existe una diferencia socioeconómica o cultural entre el médico y el paciente, frecuentemente, poco o nada de valor es comunicado en tal intercambio.

En el manejo de el cáncer con dolor, el modelo explicativo (ME) de los pacientes es un factor extremadamente importante, porque éste determina su entendimiento a la situación, sus esperanzas para el futuro, sus miedos y por lo que todavía se le espera. Algunos de los sufrimientos observados en los pacientes con cáncer avanzado, es debido a la confusión y a la incertidumbre en los pensamientos de éstos y su inhabilidad para entender el modelo explicativo (ME) de el doctor. Por ejemplo, algunas veces existe una marcada discrepancia entre los modelos explicativos (MEs) de el paciente y la familia, los cuales son todavía más estresantes para el paciente. Algunas veces y particularmente en subculturas étnicas, los miembros de la familia interpretan la enfermedad en términos de creencias populares o religiosas, criticando al paciente por su dependencia en el médico y en los hospitales.

Una comparación cultural.-

Un modelo explicativo (ME) fundamental cultural de contraste en el manejo del paciente con cáncer, se centra alrededor del punto de debate de que si o no debería de decirse a la víctima que tiene cáncer. Ahí están basadas las diferencias culturalmente en la práctica entre varios países del mundo. Por conveniencia, esto es -

interesante a comparar los Estados Unidos con Italia. En los Estados Unidos, a la mayoría de los pacientes se les dice cuando el cáncer es diagnosticado. Sin embargo, existen excepciones a esta regla, esto es generalmente considerado a ser el derecho de los pacientes a saber acerca de su diagnóstico. Esta noticia viene a ser para la mayoría de los pacientes un golpe muy fuerte y los efectos psicológicos sobre los pacientes de prosperidad son profundos. La mayoría de los médicos americanos, hacen grandes esfuerzos para explicar a los pacientes acerca de la situación en la mejor forma que puedan, esto es, ahí existe un esfuerzo para poderse adaptar tanto al modelo explicativo (ME) del paciente, como al modelo explicativo (ME) del médico. Pero frecuentemente todo esto desafortunadamente falla, la popularidad de las terapias de dieta y los remedios comunes y corrientes de toda clase, sostienen un silencio testimonial a este problema. Recientemente, por ejemplo, la infatuación de pacientes americanos con la droga laetrile, conduce a una demanda pública que viene a ser un mejor resultado en toda la clase de medicina que practiquen los americanos.

Un contraste en el manejo del paciente con cáncer puede ser observado en Italia, en donde en la mayoría de los casos el paciente no es informado que tiene cáncer, cuando éste es diagnosticado. Usualmente la familia es informada y los doctores tratan de dar su ayuda en una forma activa, pretendiendo desencaminar al paciente dentro de una creencia de que él no tiene una enfermedad maligna. El médico y los familiares ayudan al paciente al desarrollo de un modelo explicativo (ME) para su problema que excluya cualquier posi

bilidad de cáncer, inclusive si el paciente es admitido a un hospital para cáncer. Sobre un nivel cubierto el paciente puede o no puede creer lo que se le ha dicho, pero en un nivel abierto éste es forzado a cooperar, reconociendo que el problema de su enfermedad no es cáncer. Las creencias verdaderas de los pacientes siguen los dictámenes de la familia y del médico y solamente tienen una consecuencia muy pequeña, porque el paciente no se ocupará en conductas inconsistentes con las creencias que se le dan a él de parte de su familia y de las autoridades.

Esto es considerado de mucha significancia el citar las ventajas relativas de estas dos prácticas en el manejo de el paciente, más bien por sus patrones culturales de la conducta que por estrategias terapéuticas. El contraste, sin embargo, sirve para ilustrar la importancia central de los modelos explicativos (MEs) de el paciente en la experiencia del cáncer.

Consideraciones para el diagnóstico de el dolor y la terapia.-

Kleinman, sugirió que las aportaciones de el cuidado médico podrían ser mejoradas por: a) incluyendo una evaluación paralela de los problemas del mal y la enfermedad en el diagnóstico; y b) tomar intervención de ambas, tanto de el mal y de la enfermedad. La tabla 1, proporciona una lista paralela de el dolor en el cáncer relacionada con los problemas de el mal y de la enfermedad. Esta lista es incompleta, pero solamente sugestiva, ésta ilustra cuanto en un abordaje podría ser desarrollado. Este abordaje podría ser empleado en un problema orientado en un registro médico.

Saunders proporcionó un ejemplo de que tan importante puede -

ser lo que se menciona en el primer renglón de la lista de el problema de la enfermedad. Ella describió a una mujer de 54 años de edad, con un carcinoma avanzado de el cuello del útero y metástasis en la vulva. El dolor fué la queja mayor, unos pocos días después de que ésta paciente fué admitida, confió una preocupación con culpabilidad y sus creencias de que su enfermedad fué relacionada a el pasado desde que ella se había separado de Dios. Se le llamó a el sacerdote y ella fué capaz de apaciguar exitosamente sus miedos. Como resultado, ella pasó sus últimos días en una tranquilidad y aceptación que nunca falló hasta el final y fué la admiración para todo el personal de el hospital. Dichas intervenciones en el mal claramente tienen un lugar en el cuidado de el paciente que está muriendo.

Tabla 1.- Consideraciones en el diagnóstico de el dolor en el cáncer.

Problemas de el mal	Problemas de la enfermedad
Creencias conflictivas acerca de la causa, naturaleza y significancia de la enfermedad.	Progresión metastática.
Angustia familiar.	Cirugía iatrogénica.
Pérdida de la posición social y el status.	Terapias relacionadas con la enfermedad (como el herpes zoster).

Problemas de el mal	Problemas de la enfermedad
Dificultades financieras.	Complicaciones de la radiación y de la quimioterapia.
Comunicación insatisfactoria con los que los atienden (médicos, enfermeras, etc.).	
Miedo a la muerte.	

Las intervenciones de el mal y la enfermedad deben ser planeadas conjuntamente como se sugiere en la tabla 1. Algunas intervenciones en la enfermedad se podrían llevar a cabo por el cuidado primario del médico, pero otros pueden requerir de el cuidado por especialistas o de otros servicios de expertos en la comunidad, tales como asistencia legal. El mejor abordaje, es que exista un grupo multidisciplinario que diagnostique y planee un tratamiento comprensivo para los problemas de el dolor.

Las siguientes preocupaciones son básicas en las intervenciones de la enfermedad, que serían de beneficio para la mayoría de los pacientes de cáncer con dolor (son basadas en Kleinman).

1.- Una presentación en un lenguaje simple de el modelo explicativo (ME), de el médico sobre la enfermedad y el dolor.

2.- Una comparación de los modelos explicativos (MEs), tanto de el paciente como de el médico, con una negociación entre los dos puntos de vista.

3.- Terapia familiar.

4.- Asesoramiento financiero y una asistencia planeada.

5.- El monitoreo que está sucediendo de que no hay condescendencia o de el descontento con el cuidado médico.

6.- Asesoramiento dirigido a resolver miedos de muerte y morir.

Pero aliviando las aflicciones psicológicas de ansiedad, de depresión e ira, estas intervenciones pueden substancialmente contribuir a el control de el sufrimiento y a la queja de el dolor en el paciente con cáncer avanzado.

El dolor es una experiencia perceptual compleja que no puede ser reducida a un problema de perturbaciones fisiológicas en un paciente con cáncer. El impacto de una enfermedad prolongada, sobre el estado de salud psicológica de el paciente, es enorme y las tensiones impuestas sobre su familia por su invalidez se agregan a su pena. Las creencias que el paciente sostiene acerca de su enfermedad, al curso de ésta, la causa del dolor y su futuro, contribuyen íntimamente momento a momento a la percepción de las perturbaciones de el dolor.

La dicotomía entre el mal y la enfermedad discutidos previamente es en algunas formas un poco artificial. Esto es importante de reconocer que la mayoría de las intervenciones terapéuticas tienen un impacto en ambos, en el mal y en la enfermedad. El tratamiento con el placebo, por ejemplo, es una intervención en el mal, presentado en simular la intervención de la enfermedad. Pero a tal grado que al recurrirse al placebo, a los recursos y resistencia del pa-

ciente a la enfermedad, esto viene a ser una terapia para la enfermedad. Recíprocamente, el bloqueo de los nervios, procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones directas sobre la enfermedad, frecuentemente tienen un impacto incidental sobre las actitudes y las creencias de los pacientes, de este modo afectando el mal. Sin embargo, la dicotomía puede servir de un propósito útil en el manejo de el paciente de cáncer con dolor, desde que estas ayudas aseguran que el mal no necesita ser observado, no tratado o inapropiadamente tratado por las intervenciones de la enfermedad. Además, si la dicotomía es empleada en el diagnóstico, puede garantizar una ayuda de que los problemas de el mal del paciente estarán directa y agresivamente tratados, más bien que incompleta e incidentalmente tratados, así como se asienta que están presentes. El dolor es frecuentemente el foco de atención de el paciente que está sufriendo enormemente y el manejo de el paciente de cáncer con dolor que está muriendo, requiere de un tratamiento tanto de los procesos de enfermedades orgánicas como de los problemas de el mal de la conducta.

Los efectos sociológicos del dolor en el cáncer.-

La perspectiva sociológica circunda, en como los estados internos del individuo afectan sus relaciones y sus interacciones con su medio ambiente social. La gente interactúa con muchos medios ambientales sociales, en un grado tal que incluye desde la familia, hasta otros medios más grandes, como también medios impersonales y las burocracias.

Los problemas de el paciente que tiene con la comunidad y con instituciones grandes, son problemas que existen en estas áreas y -

algunos son muy fácilmente observados. Como un ejemplo, el paciente con cáncer se enfrenta a una posible pérdida de su trabajo, de los beneficios y prestaciones, si su jefe sabe acerca del diagnóstico de éste.

Así como la industria está aprendiendo que es frecuentemente menos costoso el rehabilitar a un alcohólico, que el reemplazarlo, la industria podría encontrar algunas formas beneficiándose de las destrezas de los empleados que tengan cáncer con dolor, que van a reducir gradualmente su tiempo de trabajo y a morir. Ciertamente que aquí si existe la necesidad para la educación y exploración en esta área.

Existen preocupaciones con los factores que pueden impedir o restringir las relaciones de los pacientes, especialmente con su familia y con sus amistades cercanas. Algunos factores significantes:

1.- Diferencias entre los pacientes con dolor relacionando actitudes y conductas, aquellas que son esperadas por parte de él y por parte de otros.

2.- Ajustes del papel cambiante.

3.- Las expresiones de los afectos como son la ira y la depresión.

4.- La lucha entre la dependencia y la independencia.

Estudios antropológicos y sociológicos han demostrado claramente que, en la vida de la gente, muy tempranamente empiezan aprendiendo espectaciones culturales específicas y detalladas concernientes al dolor y estas espectaciones pueden diferir grandemente de un grupo sociocultural a otro. Estos descubrimientos son clínicamente-

relevantes, pero no es por ésta razón de que dichos estudios nos digan de como una persona de un grupo sociocultural en particular, responderá ante el dolor. Más bien estos estudios revelan el gran número de actitudes y respuestas concernientes a el dolor, que puede estar presente en algún grado en cualquier persona a pesar de sus antecedentes culturales. Por ejemplo, Zborowski, encontró que un hombre irlandés estaba orgulloso de haber sido capaz de manejar el dolor por sí mismo y tuvo la tendencia de ir a través de un período largo luchando con su dolor, antes de que éste buscara la asistencia de un médico. Sin embargo, este tipo de respuesta puede ser demostrada por un paciente, que no posea nada de sangre irlandesa. Además, los familiares y amistades cercanas a este tipo de pacientes, que son miembros del mismo grupo sociocultural, pueden tener puntos de vista opuestos.

Cuando las personas importantes para el paciente en el medio ambiente que lo rodea, no comparten con éste sus actitudes y creencias acerca de su conducta relacionada con el dolor, sus interacciones interpersonales pueden ser severamente dañadas. Las gentes tienden a ver sus respuestas aprendidas acerca del dolor como correctas y normales. Las respuestas que son diferentes de las que ellos tienen, son frecuentemente consideradas por éstos como impropias, anormales y equivocadas, por lo tanto, los miembros de la familia y amistades quienes difieren con el paciente con respecto en como éste debe de manejar el dolor, usualmente encuentran difícil el poder entender, el compadecerse e inclusive el tolerar las conductas del paciente.

Las discusiones y el aislamiento social, están entre los posibles resultados de las diferentes creencias relacionadas con el dolor. Una característica previamente descrita asociada con el hombre irlandés, sirve como un ejemplo.

Considerando a la mujer, la que llora fácilmente acerca del dolor y siente que ésta es una respuesta natural, la que necesita no ser reprimida. Amistades quienes valoran una expresión mínima a el dolor, pueden empezar a evitar el ver a dicha mujer, por muchas razones. Por ejemplo, ellos pueden querer el evitarle a ella la pena que sienta cuando llore en presencia de ellos. Por otro lado, si ella siente que llorando es pueril y aunque haga esfuerzos para controlarse no puede evitar el llorar, ella puede temer que los familiares o amistades se disgustarán o se sentirán incómodos con ella. Consecuentemente, ella puede imponerse su propio aislamiento.

El grado en el cual una persona discute y comparte sus problemas, es también determinado parcialmente por sus expectativas culturales. Esto es particularmente significativo por el paciente con cáncer con dolor, desde la discusión de los tópicos relacionados con la muerte, que tienden a ser especialmente un tabú.

Un estudio demostró que muchos pacientes con dolor, dicen que no les gusta discutir acerca de su dolor con otras personas o con los que son ambivalente acerca de éste. Pero usualmente la razón que los pacientes dan por esta reticencia es que ellos sienten que otras personas no están interesadas acerca de su dolor. Por ejemplo, un paciente con cáncer metastático comentó: que él siente que nadie está realmente interesado en su dolor o si las personas están

interesadas, pero no tan interesadas como él quisiera. Pues las personas también tienen sus problemas, probablemente el paciente dice que porqué él va a ser una carga para otros con sus problemas. Los pacientes con cáncer parecen estar especialmente concientes de su estigma social en sus quejas acerca del dolor. Este estudio demostró que cuando los pacientes hablan acerca de su dolor, la persona con quien ellos más frecuentemente lo hacen es con la esposa (o). Cuando el dolor es de larga duración y asociado con el cáncer y la muerte, el esposo (a) obviamente tendrá necesidades personales y por lo menos ocasionalmente encontrará dificultades para hablar con el paciente.

El cambio del papel que una persona está desempeñando, representa otra área del rompimiento en las relaciones interpersonales. La enfermedad y el dolor que dura por pocos días, puede interferir con la función del papel. Este problema es enormemente incrementado cuando el dolor y la enfermedad son prolongadas y que conducen a la muerte.

Los papeles varían en su curso, de persona a persona, pero lo más importante es que los papeles del paciente tienen una variación significativa para él y para aquellos que lo rodean. Algunos de los papeles que se desempeñan en la vida son de una inversión emocionalmente pesada, considerando que otros papeles son de una naturaleza más práctica. Por ejemplo, un hombre puede encontrar que el cáncer y el dolor le impiden a éste para poder cumplir con su papel de proveedor financieramente, para él mismo y para su familia. Esto, prácticamente lo pone en una situación con problemas económicos serios-

para la familia entera. Pero en adición a ésto, el trabajo puede haber sido de una actividad muy gratificante para el paciente y de contribución más positiva para el concepto de sí mismo.

Un estudio de pacientes con metástasis ósea de cáncer del seno se encontró, que las limitaciones necesarias sobre los movimientos, fueron extremadamente difíciles en mujeres con niños pequeños. La parte maternal fué el papel más difícil de abandonar, que el papel de ama de casa.

Cuando el paciente ya no es capaz de funcionar en un papel en particular, las actividades asociadas con éste papel, pueden ser asumidas por otras personas, esto puede ser deprimente para el paciente que lo está viviendo y puede imponer un trabajo o molestia sobre aquellos quienes deben de asumir las responsabilidades que previamente eran del paciente. Por ejemplo: El esposo, quien debe ahora lavar los trastos y darles de comer a los niños, puede llegar a tener genuinamente, aunque irracionalmente, resentimiento hacia la enfermedad de su esposa.

Otro factor que puede restringir o impedir las relaciones de los pacientes con otras personas, es el efecto de ciertas emociones asociadas con el tener cáncer con dolor. Un sociólogo que tenía cáncer con dolor, comparte las mismas ideas y experiencias en esta área. El sintió que la ansiedad, el miedo, la depresión y otros sentimientos incitados por el dolor, tienden a adelantar las interpretaciones de los pacientes en varias situaciones. Como un resultado de que el paciente exagera y descolora eventos menores en intervenciones sociales. El paciente está frecuentemente enojado e irrita-

ble y hace que sus respuestas sean exageradas en su medio ambiente. La otra persona envuelta en la interacción, generalmente, no es afectada suficientemente para identificar la parte que el dolor juega en lo que el paciente dice o hace. Por esto, la respuesta de la persona con quien el paciente interactúa, tenderá a incrementar en intensidad las situaciones al igual que el paciente. Esto frecuentemente conduce a una atmósfera emocionalmente alta. Como la interacción continúa, cada persona está respondiendo con gran intensidad y el proceso de espiral va hacia arriba. Este (sociólogo) señaló, que en adición a las emociones asociadas con la enfermedad y el dolor, las complicaciones de los medicamentos pueden además complicar las interacciones interpersonales. Entre estas complicaciones se pueden encontrar: la irritabilidad, la fatiga, la somnolencia o pereza, la confusión, la debilidad y un aumento o disminución de la libido.

Los factores previamente dicutidos junto con otros factores, contribuyen al conflicto entre la dependencia y la independencia. Algunos pacientes luchan en contra de depender sobre otros, conociendo necesidades emocionales y físicas. Aquellos quienes desean ayudar al paciente pueden ser lastimados o confundirse por las respuestas de los pacientes a sus acciones bien intencionadas.

Por otro lado, algunos pacientes no son amenazados por ciertos grados de dependencia sobre otros. En este caso, el problema podría ser que la gente sobre quienes el paciente depende, podrían encontrar la situación muy demandante. Ellos pueden estar faltos de tiempo, de interés o de energía para responder a las necesidades de dependencia del paciente. La egocentricidad, que así frecuentemente

acompaña al dolor y a la enfermedad prolongados, puede volver al paciente insensible a estos sentimientos. El equilibrio de las necesidades de los pacientes por la dependencia e independencia, contra las necesidades de otros, es claramente problemático, a pesar de la forma en que el péndulo oscila.

Existen muchos factores relacionados al dolor en el cáncer, que pueden impedir las relaciones de los pacientes con otras personas. Ahí no es una solución sencilla a esto, sin embargo, un simple pero significativo comienzo a resolver el problema, podría ser el proporcionar al paciente y a los que lo rodean un consejero, quizá un psicólogo clínico, enfermera o trabajadora social, con el propósito de identificar y discutir las dinámicas básicas de sus problemas interpersonales.

REACCIONES EMOCIONALES DE LA
FAMILIA DEL PACIENTE
CON CANCER

Los miembros de la familia más cercanos a el paciente como son la esposa (o), padres e hijos, usualmente son los que viven junto con éste la enfermedad. Estos juegan una parte integral, sus reacciones ante el diagnóstico de cáncer afectan directamente tanto al paciente, como al médico.

Las reacciones más comunes al comunicarles el diagnóstico, están dirigidas hacia el médico y son de resentimiento o presionándolo, esto se agudiza especialmente cuando el paciente es un niño. En alguna forma tratan inclusive de hacer culpable al médico. "El enojo es para quien dá el mensaje y no para el mensaje en sí". La otra forma que aparece es usualmente de que pidan que al paciente no se le deba de decir la verdad.

El médico es quien debe de controlar la situación entre la familia y el paciente a ayudarlos a lidiar con las dificultades y a tratar de explicarles las cosas que no entiendan. El paciente puede estar en una situación de irritabilidad en esta etapa tan crítica que le provoca el estar bajo tratamiento médico, esto, el doctor debe entenderlo como una respuesta de ansiedad, en vez de pensar éste que los familiares y el paciente lo están atacando.

Los miembros de la familia necesitan una comunicación abierta y honesta tanto con el médico como con el paciente. Generalmente la solidaridad familiar y apreciación se hacen mayores.

La comunicación puede presentar obstáculos que se caracterizan por el paciente en "no dejarle saber a la familia que él sabe acerca de su diagnóstico", o la familia en "no dejarle saber al paciente que ellos saben ", el diagnóstico y el resultado de esto debe de

manejarse en forma cuidadosa.

Hasta cierto punto debe de haber en el núcleo familiar conspi_ ración de silencio para hablar sobre la enfermedad de el paciente, - eso le dá un poco de consuelo a éste y valora más a la familia que - en ese momento tan crucial necesita de ellos. Los conflictos fami_ liares que ponen en una situación de tensión emocional puede hacer_ los sentirse culpables más tarde. La familia frecuentemente tiene - un sentimiento profundo de culpabilidad acerca de el hecho de que - un ser amado está enfermo. La familia del paciente con cáncer debe_ dar consuelo a él.

El vivir con cáncer es un dilema tanto para los pacientes como para los familiares, éstos llevan el luto anticipando a la muerte, - la presienten muy cerca, en una forma similar a la que se demuestra cuando ya está la pérdida en sí, o cuando existe la separación fami_ liar, crisis familiares, catástrofes financieras, etc. Existen mu_ chas formas y etapas de pena, las cuales incluyen el shock inicial, seguido por un período de descarga emocional, una hostilidad vela_ da, síntomas físicos, depresión, pánico, culpabilidad expresada, - hostilidad franca, inhabilidad a asumir las actividades normales, - empezando después una transición en la que viene una resolución a - la situación y un reajuste a la realidad. La pena aparece con el - shock, cuando el doctor les dá el diagnóstico, hay confusión y reso_ lución o ajuste a la situación. La intensidad de cada etapa varía, - todas las cosas al principio empiezan pequeñas y van creciendo en - intensidad, exceptuando la pena, la cual empieza bastante grande y - sigue creciendo y ésta con el tiempo generalmente desaparece. Cuan_

do la pena no se resuelve o no desaparece, es necesaria la interven
ción de un psicoterapeuta.

Como sabemos los individuos responden diferente a una misma si
tuación, como en este caso a la pena. Algunos familiares tienen un
mayor acercamiento a los pacientes, que muchas veces llega a ser a
brumador, inconscientemente atentan una guerra de sentimientos de
culpabilidad que éstos pueden tener con respecto a la relación con
el paciente. Otros familiares responden en una forma de tratar de
aconsejar al médico en cómo debe manejar al paciente. La conducta o
puesta que aparece en éstos, es observada en que abandonan al pa
-
ciente completamente como si ya estuviera muerto, o sea que no lo
vuelven a visitar más durante su estancia en el hospital. Esto tam
-
bién representa un atento inconsciente de protección a sí mismos, -
para posiblemente disminuir el no ser muy lastimados en el momento
de avisarles de la muerte del paciente. Pero en los dos casos, el -
proceso de lamento y culpabilidad aparece a pesar de la indiferen
-
cia que hayan mostrado, o del interés que demostraron ante el pro
-
blema.

No se puede ayudar al paciente en un estado terminal en una -
forma significativa si no se incluye a la familia. Ellos juegan un
papel muy importante durante el tiempo de la enfermedad y sus reac
-
ciones contribuirán a las respuestas del paciente durante ésta.

Enfermedades graves y la hospitalización por ejemplo del espo
-
so, puede traer cambios relevantes en la casa, a los cuales la espo
sa se tiene que empezar a acostumbrar. Ella se puede sentir amenaza
-
da por la pérdida de la seguridad y el final de la dependencia en -

su esposo; tendrá que tomar responsabilidades que él antes tenía a su cargo y se tendrá que ajustar a un programa nuevo; de repente - tendrá que estar envuelta en cuestiones de negocios y financieras, - a los cuales usualmente ella no atendía. Las visitas al hospital, - el buscar quién cuide a los niños durante su ausencia, habrá cam_ - bios bastante dramáticos en la atmósfera de la casa a los cuales - los niños también reaccionarán. La esposa con toda su intranquili_ - dad, preocupación, trabajo y responsabilidades, éstas vienen a au_ - mentar se soledad y resentimiento. La asistencia esperada por parte de los parientes y amistades puede no ser pronta a comparecer o pue_ - de tomar formas que son de confusión e inaceptables para la esposa.

En la situación en la cual la esposa es la enferma, para el es_ - poso el sentido de pérdida puede ser aún mayor, puesto que él está_ - menos acostumbrado a atenderse a sí mismo, a la atención y cuidado_ - de los niños con respecto a la escuela, a actividades después de la escuela, comidas y vestirlos. Este sentido de pérdida puede apare_ - cer tan pronto como la esposa se postra en cama o tiene que limitar sus funciones normales. Aquí los papeles se invierten, los cuales - son más difíciles de aceptar para un hombre que para una mujer. En_ - lugar de ser servido, él tiene que servir, en lugar de tomar un des_ - canso después de un largo día de trabajo, tiene que cuidar a su es_ - posa enferma. Conciente o inconscientemente él puede resentir estos cambios, por ejemplo, el hombre se pregunta: ¿porqué tendría que en_ - fermarse ella, ahora que había empezado un nuevo proyecto? La reac_ - ción de éste es frecuente y entendible, si la vemos desde el punto_ - de vista del inconsciente.

El hombre reacciona con su esposa en la misma forma que un niño reacciona ante el desertar de una madre. Muchas veces tendemos a ignorar que existe algo de niños dentro de todos nosotros.

Problemas de comunicación.

Frecuentemente se le dá el diagnóstico ya sea a la esposa o al esposo acerca de la gravedad de la enfermedad y a menudo se les deja a ellos la decisión de que la compartan o no con el paciente. También se les deja la decisión de cuándo y cómo informar a los hijos, lo cual es posiblemente el cometido más difícil, por lo regular no se les dice esto a los hijos si son muy pequeños, pues no alcanzarían a comprender el significado y gravedad de la enfermedad - aunque se les explicara con palabras que ellos pudieran entender.

Durante éstos días, semanas, meses y posiblemente años cruciales dependen en gran parte en la estructura y la unidad de una familia, en su habilidad para comunicarse entre sí y en la disposición de sus amistades cercanas. Una persona neutral, que no está emocionalmente envuelta, puede ser de gran asistencia para escuchar las preocupaciones de la familia, sus deseos y necesidades. Esta persona puede darles consejos en cuestiones legales, ayudarles a preparar el testamento, etc. La familia frecuentemente necesita de un mediador.

Los problemas del paciente que se está muriendo se terminan, pero los problemas de los familiares siguen, muchos de estos problemas pueden disminuirse teniendo pláticas con ellos antes de la muerte de algún miembro de la familia. Desafortunadamente tienden a esconder sus sentimientos frente al paciente, intentan mantener sere-

nidad y cara sonriente, le hacen creer a éste que están de buen humor, pero tarde o temprano viene el decaimiento.

La persona que está muriendo puede ayudar también a sus familiares y ésto lo puede hacer en diferentes formas. Una de ellas podría ser el compartir algunos de sus pensamientos y sentimientos con sus familiares y éstos pueden hacer lo mismo con él. Si el paciente es capaz de funcionar a través de su propia pena y demostrarle a sus familiares que él puede morir con ecuanimidad, ellos recordarán su fortaleza y sufrirán su tristeza con más dignidad.

El sentido de culpabilidad es quizá la compañera más dolorosa de la muerte. Cuando una enfermedad es potencialmente fatal como lo es el cáncer, los miembros de la familia frecuentemente se preguntan ellos mismos si son culpables por no haber mandado a su familiar rápido a ver al médico, o también piensan si debieron notar algo anómalo más tempranamente y mandarlo en busca de asistencia médica, éste tipo de manifestaciones son hechas por esposas de pacientes con enfermedad terminal. Sobre el decir, que una amistad de la familia, el médico familiar o el sacerdote puedan ser de gran ayuda consolando a dicha mujer de sus reproches sin bases y asegurándole que ella hizo todo lo posible dentro de lo que estaba al alcance de su mano para obtener ayuda. Sin embargo sabemos que no es suficiente el decir que ella no se debe de sentir culpable, porque realmente no lo es.

El escuchar cuidadosamente y con atención a dichas esposas, frecuentemente podemos saber una razón más realista del porqué se sienten culpables.

sienten culpables.

Los parientes frecuentemente están cargando con la culpabilidad, porque tienen un sentimiento real hacia la persona muerta. Y quién en un momento de ira algunas veces deseó a alguien que desapareciera, que se fuera lejos o algunas veces maldijo deseando la muerte a alguien.

Un alto porcentaje de viudos y viudas son vistos en clínicas generales y por médicos particulares presentando síntomas somáticos como resultado de su falla en poder funcionar a través de su pena y culpabilidad. Si ellos hubieran sido ayudados antes de la muerte de su compañero (a) haciendo un puente para el abismo entre ellos y el que está muriendo, la mitad de la batalla hubiera sido ganada. Es entendible que las personas se rehúsan a hablar acerca de la muerte, especialmente si la muerte llega a ser personal, la cual los afecta, que viene de algún modo cerca de su propio umbral. Poca gente que ha experimentado la crisis de la amenaza de muerte ha encontrado que la comunicación es difícil solamente al principio y llega a ser más sencilla con la experiencia ganada. En vez de incrementar la indisposición y el aislamiento, la pareja encuentra la comunicación entre ellos con un significado mucho mayor y con sentimientos más profundos, pudiendo descubrir más estrechez y entendimiento que solamente el sufrimiento puede traer.

Algunos problemas que se encuentran dentro de los hospitales es que los familiares no pueden estar por largo tiempo con el paciente como ellos desearían, la familia reacciona con enojo hacia las enfermeras, hacia el médico y hacia el hospital, estos proble-

mas aparecen más cuando los pacientes están en una unidad de cuidados intensivos. Estos incidentes suceden todos los días en todos los hospitales grandes, deberían hacerse arreglos para incrementar y facilitar alojamiento para miembros de la familia de los pacientes que están en dichas unidades. Debería haber cuartos adyacentes en donde los parientes se pudieran sentar, descansar, comer y ellos pudieran compartir su soledad y posiblemente consolarse unos a otros durante los periodos terminales de espera. Trabajadoras sociales o sacerdotes deberían estar disponibles para platicar con los parientes con tiempo suficiente para cada uno de ellos, médicos y enfermeras deberían frecuentemente visitar dichos cuartos para contestar preguntas y preocupaciones de los familiares. La situación actual es que los parientes son dejados completamente solos; ellos pasan horas esperando en el vestíbulo, cafeterías o alrededor del hospital, caminando de un lado para otro; éstos pueden hacer el intento de hablar con el médico o con alguna enfermera y frecuentemente les dicen que el doctor está ocupado. Desde que se ha incrementado el número de personal responsable por el bienestar de cada paciente, nadie lo conoce bien a éste, ni el nombre de su doctor. Sucede frecuentemente que los parientes son mandados de una persona a otra y finalmente terminan en la oficina del sacerdote, no sabiendo éste muchas contestaciones acerca del paciente, pero los familiares esperan encontrar algún consuelo y entendimiento a su propia agonia.

Los miembros de la familia pasan por diferentes estadios de nerviosidad similares a los de los pacientes, muchos de ellos no lo

pueden creer que sea verdad acerca del diagnóstico. Ellos pueden negar que exista dicha enfermedad en la familia o van de doctor en doctor en busca de una esperanza inútil de poder oír que dicho diagnóstico fué equivocado. Estos pueden buscar ayuda y confirmación (de que todo ésto no es verdad, por medio de adivinadores de suerte) y luchar por recobrar la salud. Pueden inclusive viajar a otros sitios para ir a clínicas y con médicos famosos, pero solamente pueden hacer frente a la realidad en una forma gradual, realidad que puede cambiar sus vidas drásticamente.

Dependiendo grandemente de la actitud del paciente, de lo enterado que esté y la habilidad que tenga para comunicarse, entonces la familia tiene cambios evidentes. Si ellos son capaces de compartir sus preocupaciones comunes, es cuando entonces pueden tomar cuidado temprano de sus asuntos importantes y bajo menos presión de tiempo y de emociones. Si cada uno intenta mantener secretos entre sí, mantendrán una barrera artificial entre ellos, lo cual hará más difícil para cualquier preparación para el paciente y su familia. El resultado final será mucho más dramático para éstos, que para aquellos quienes pueden hablar y llorar juntos.

Así como el paciente va a través de estadios de enojo, de inmediato la familia experimentará las mismas reacciones emocionales. Ellos alternadamente se enojarán con el doctor que examinó primero al paciente y no hizo el diagnóstico en ese momento y con el doctor que los enfrentó a la triste realidad. Estos pueden proyectar su cólera al personal del hospital, inclusive llegan a pensar que el personal médico nunca se preocupó suficientemente por el cuidado del

paciente, no importándoles en ese momento que el cuidado es eficiente en realidad. Ahí es en gran parte envidia en esta reacción, pues como miembros de la familia frecuentemente se sienten defraudados - por no haber sido capaces o no permitirles estar con el paciente y cuidarlo. Es por esto que también sienten culpa y desean compensar por oportunidades pasadas ya perdidas. Lo más que se pueda ayudar a los parientes a expresar estas emociones antes de la muerte de quien aman los hará sentirse más consolados.

Si pueden funcionar a través del enojo, resentimiento y culpabilidad, la familia entonces irá a través de la fase preparatoria de pena, así como el paciente va. Lo más que puedan expresar su pena antes de la muerte de éste, después de la muerte será menor el sufrimiento, frecuentemente se oye por parte de los familiares decir orgullosamente que siempre trataron de mantener una cara sonriente cuando estaban en presencia del paciente, hasta que llegó el día en que no pudieron ocultar más su pena. Muy pocos se dan cuenta de las emociones genuinas por parte de algún miembro de la familia y éstas son más fáciles de aceptar, que el poner una careta que de todas maneras el paciente se dá cuenta, lo cuál significa para él que todo es simulado, en vez de que compartan con él su situación tan triste.

Si los miembros de la familia pueden compartir estas emociones juntos, ellos gradualmente se enfrentan a la realidad de la amenaza de separación, originando la aceptación de ésta. Posiblemente la hora más conmovedora para la familia, es la fase final, cuando el paciente se está separando de él mismo, de su mundo, incluyendo sus -

familiares. Ellos no alcanzan a comprender que un hombre que está muriendo, quien está encontrando la paz y el aceptar su muerte tendrá que separarse de sí mismo, paso a paso, de su medio ambiente incluyendo de los que él más ama. ¿Cómo puede alguien estar listo a morir si continúa con la carga de las relaciones significativas de las cuales el hombre tiene muchas? Cuando el paciente pide ser visitado por pocas amistades, por sus hijos y sólo finalmente por su esposa, debe ser entendido que esa es la forma en que gradualmente él se está separando de sí mismo. Esto es frecuente a que se mal interprete por parte de la familia inmediata, porque ellos se sienten rechazados. Se han encontrado esposos y esposas que han reaccionado dramáticamente a ésta separación, la cual es sana y normal. Se les puede ayudar a los familiares haciéndoles entender que los pacientes solamente cuando están muriendo son capaces de esta separación de ellos mismos, la cual es lenta y con tranquilidad y es por eso que actúan de esa forma.

Debe de ser el principio de la ayuda y el consuelo para ellos y no de pena y de sentimientos. Es durante este tiempo que la familia necesita de más soporte y posiblemente el paciente necesita el mínimo de éste, naturalmente que esto no significa el implicar que debe dejársele sólo; pero el paciente que ha alcanzado este estadio de aceptación y de caquexis, usualmente requiere de poco en términos de relación interpersonal. Si el significado de esta separación no es explicado a los familiares, es cuando los problemas de crean.

Los familiares de pacientes con cáncer son más sujetos a discutir el final esperado, que los familiares de pacientes con otro ti_

po de enfermedad.

Se debe ayudar a los familiares en una forma en la que se les deje hablar, llorar y alguna veces hasta gritar; oír y compartir con ellos su pena. Los parientes tienen un largo tiempo de luto, cuando los problemas para el paciente con su muerte se resuelven. Sin embargo los familiares necesitan ayuda y asistencia desde la confirmación del diagnóstico de la enfermedad del paciente y todavía después de la muerte de éste. La respuesta a la noticia de la muerte del paciente es tomada algunas veces por los familiares como un descanso y a la vez de racionalización, en la cual piensan que es mejor que haya sucedido en esa forma, así éste ya no tiene que estar sufriendo más.

El familiar más cercano al paciente debe ver la oportunidad de visitar al médico después de unas cuantas semanas de la muerte de éste y hacer preguntas detalladas acerca de la enfermedad del paciente y los resultados de la autopsia.

Los familiares alguna veces desean platicar con el médico, pues se sienten en ocasiones culpables por haber fallado en alguna decisión hecha y eso posiblemente aprontó la muerte del familiar. Si la familia tiene la oportunidad de compartir con el doctor que trató al paciente durante la enfermedad y convivió con éste hasta el último día de vida del mismo, es de mucha ayuda para la familia en la pena de la pérdida que acaban de tener. Es de gran ayuda también que el médico después de unos meses de la pérdida, les mande una nota a los familiares recordando al paciente y que no solamente fué un caso más, También una forma de ayudar a los familiares sin

asumir que sea por medio de un consejero profesional, pues mucha gente no puede pagar este tipo de servicios, sino por la colaboración de una amistad, médico, enfermera o sacerdote. El psicólogo o la trabajadora social pueden ser de una ayuda muy significativa.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL

MEDICO TRATANTE

Aunque se han hecho muchos progresos en adquirir conocimientos acerca del cáncer en los últimos 25 años más que en la historia previa de la humanidad, desafortunadamente existen muchos médicos que todavía practican la medicina y la enseñan en las escuelas de medicina cuyas filosofías médicas incluyen actitudes pesimistas concenientes a las terapias del cáncer. Muchos médicos llegan a ver muy pocos pacientes con cáncer en su carrera médica, por ésto, ellos creen que no hay necesidad de mantenerse en contacto con lo que hay disponible hoy en día para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Muchos cirujanos generales consideran que sus conocimientos son muy adecuados para poder hacer cirugía del cáncer y así privar a sus pacientes de un procedimiento curativo verdadero, si es que éste incluye un tratamiento asociado de radioterapia, de quimioterapia o de ambos.

Podría haber más optimismo eventualmente si se cediera al pesimismo con respecto a la terapia de el cáncer entre médicos y enfermeras, si los estudiantes de medicina y de enfermería fueran mejor informados acerca de nuevas terapias y más efectivas, de las que están disponibles en la actualidad para el control y la cura de el cáncer, estimulándolos, desafiándolos y poder considerar algún día que esta enfermedad puede ser curable. Estudios hechos por E.C. Eason en 1967, sobre el problema de el pesimismo entre los médicos generales y los estudiantes de medicina y de enfermería, revelan, sin embargo, que ésto no es verdad. Generalmente, los estudiantes todavía ven casos terminales predominantemente en salas de hospitales de caridad, para quienes en su mayoría de estos pacientes todas las

esperanzas de cura se han acabado y que están moribundos, recibiendo solamente terapia paliativa hasta que su muerte viene.

Existe una tendencia fuerte y entendible por parte de los médicos de cualquier especialidad para concentrarse con el problema médico que se les presenta y a su solución de éste, en vez de que sea sobre el paciente como persona misma. Se está de acuerdo que para los médicos que están muy ocupados, que se enfrentan diariamente con un gran número de problemas médicos, ahí es donde parece ser que tienen un tiempo mínimo para lidiar con las necesidades psicológicas de sus pacientes. Muchos médicos creen que porque ellos no escogieron la especialidad en psicología o en psiquiatría, no debe de esperarse de ellos un conocimiento amplio de los problemas psicológicos. La mayoría de éstos reciben muy poco o nada de los conceptos básicos humanos de las ciencias psicológicas y conductuales, durante cualquier fase de su entrenamiento médico. Estas actitudes, aunque entendibles, si se asume que los médicos están obligados a ver diariamente tantos pacientes como sea posible, porque existe una escasez crónica de médicos y porque siempre es mejor para el paciente recibir algo de tratamiento, que recibir ninguno; no son entendibles estas razones si se acepta la tradición de la medicina, que dice que el médico verdadero está obligado a tratar a el paciente como un todo, no solamente a un órgano o a un sistema.

Una vez que el diagnóstico se hace, la forma en la cual el médico le comunica a el paciente acerca del diagnóstico es crítica. A causa de el énfasis en el presente sobre los derechos de los pacientes en situaciones médicas y el requerimiento legal de ser bien in-

formado y que a la vez el paciente dé su consentimiento, si es que van a ser empleados procedimientos experimentales; ahí está una justificación pequeña para no decirle al paciente sobre el diagnóstico de el cáncer, así como fué hecho frecuentemente en el pasado. Si el médico es honesto y optimista con respecto a la terapia planeada, - la habilidad de el paciente para adaptarse emocionalmete con el - diagnóstico será mucho mejor, que si el médico parece ser indiferente, inseguro o francamente pesimista.

Aún si el paciente tiene el cáncer diseminado y una terapia curativa es negada, la confianza de el médico en los esfuerzos paliativos estarán dirigidos hacia el bienestar físico de el paciente durante el tiempo que le queda de vida, sin dolor, le dará una seguridad a el paciente y le transmitirá el mensaje de que su vida como - individuo será respetada hasta el momento de su muerte, que él no - necesita tener miedo a que lo abandonen aquellos que están cuidando de él. Esto es importante para los médicos, el tener una disposición para una posible relación de término largo con el paciente y - ellos deberán evitar especulaciones prematuras que podrían causar - alarma o el dar esperanzas falsas a el paciente. La mayoría de los - pacientes están menos temerosos, si ellos saben lo que se les espera. Desde la primera visita y las subsecuentes visitas a el médico, se le debe de dejar el hacer preguntas a el paciente. Contestaciones honestas por parte de el médico en una terminología entendible, le dará seguridad a el paciente y se reducen sus ansiedades. El médico debe ennumerar las posibilidades dando esperanzas, si no para curar, entonces para la posibilidad de terapias nuevas y prometido_

ras, explicando acerca de las remisiones a largo plazo. Si existe la probabilidad de que la función sea empeorada, o de la pérdida de una parte de el cuerpo, se le debe de decir a el paciente con anticipación. Si ésto es necesario para la cura o para la reducción de complicaciones posteriores, él probablemente considerará valiosa cualquier ganancia obtenida.

Necesidades psicológicas de el personal médico entrenado en oncología.

Por fortuna, algunos de los médicos jóvenes son optimistas acerca de el potencial de éxito de la terapia de el cáncer y aceptan a el diagnóstico como un desafío para sus habilidades. Para estos médicos y para los oncólogos, el interés y el optimismo son mucho más fáciles de mantener en los estadios tempranos de el cáncer, pero progresivamente vienen a ser mucho más difíciles en el cáncer avanzado, en el cáncer que no está respondiendo a la terapia y particularmente en la enfermedad terminal. El médico que está tratando estos casos, debe estar consciente de que es difícil para la humanidad, especialmente para aquellos dedicados a ayudar a un ser humano, a aceptar la falla con ecuanimidad. El sentimiento de falla probablemente primero se vierte dentro de el médico en una forma de ira contra sí mismo, por no tener el conocimiento suficiente y la habilidad para tener éxito, lo que frecuentemente inspira sentimientos de insuficiencia. La ira o la frustración pueden entonces ser cambiadas en contra de el paciente por no haber buscado ayuda médica más temprano, por no haberle dado la oportunidad a el médico de pelear para lograr éxito o por haberse frustrado de que el médico

no puede ayudarlo a recuperar la salud. Esta ira y frustración experimentadas por los médicos son raramente expresadas abiertamente - por éstos y pueden tomar formas de indiferencia, de un profesionalismo impersonal o de un abandono progresivo hacia el paciente. El médico puede preferir el concentrar sus esfuerzos en pacientes que pueden beneficiarse de sus destrezas.

Estas actitudes son destructivas para el paciente y para el mismo médico, porque existe el peligro de que la confianza que el médico tiene en sí mismo gradualmente lo corroerá, o su ira interna disminuirá su eficiencia. Con un cambio en perspectiva, obtenido a través de una honesta evaluación de sus propias respuestas emocionales, el discutir con otros del personal médico y particularmente con miembros de su misma especialidad que están tomando cuidado del paciente en cuestión (enfermeras, otros médicos, técnicos), él será capaz de aceptar como suficiente el desafío de sus esfuerzos paliativos para mantener a el paciente cómodo y funcionando en algún nivel. Las recompensas son diferentes, pero cada paciente valora su propia vida en forma diferente y puede estar agradecido y ser amigable hacia los otros individuos que también lo valoran.

Todos los miembros del grupo médico deben ventilar sus sentimientos dentro de ellos mismos, honestamente confesar sus sentimientos de frustración, pena y aún hostilidad hacia algunos pacientes y por medio de esto sostener un balance emocional suficiente para ser capaces de transmitir reposo y confianza en la actitud de el mortificado paciente.

Es importante que psicólogos y psiquiatras sean considerados -

miembros esenciales en el grupo que toma cuidado de pacientes con cáncer. El entrenamiento especial de éstos en asistir individuos, (de los que están enfermos y de los que no están), para entender sus propias respuestas emocionales y el obtener un conocimiento de otros, es imprescindible para todos los que están envueltos en estas relaciones complejas.

Es claro que los oncólogos han estado tan ocupados en sus intentos para salvar vidas o el quitar los aspectos más arruinados de el cáncer diseminado, que han descuidado el ayudar a los pacientes a ajustarse a el trauma emocional de el cáncer, a la terapia de cáncer y al cambio de el status y a los hábitos que se alteran cuando los esfuerzos terapéuticos son exitosos. Ahora que se salvan más vidas y que se obtienen remisiones por largo plazo, las cuales hacen una vida normal por períodos de tiempo significantes, los médicos están obligados a hacer además esfuerzos para ayudar en este regreso a la vida con calidad práctica.

Areas específicas en las cuales se han empezado a hacer y a expandir programas que pueden ser iniciados inmediatamente, que consisten en ayudar a pacientes que han tenido mastectomías, amputaciones de algún miembro del cuerpo y cirugía de cabeza y cuello con mutilación resultante, que no siempre puede ser totalmente reparada por la cirugía plástica, laringuectomía, colostomías y otros procedimientos que requieren estomas externos.

La necesidad ha sido tan grande que en su desesperación, los pacientes se ayudan entre ellos mismos.

Peck reportó sobre 50 pacientes que fueron entrevistados por

un psiquiatra. Todos los pacientes tenían cáncer, pero solamente 40 (80%) dieron correctamente su propio diagnóstico. Es interesante - que el médico tratante no les había dicho acerca de su diagnóstico, sino que lo supieron por medio de otros médicos especialistas. Peck concluyó que los médicos deben estar en contacto con sus propios - sentimientos acerca de el paciente y ser conscientes de sus propias reacciones hacia la enfermedad por sí misma, a el tratamiento y a - su papel como médicos de pacientes con cáncer.

Si es demasiada la perturbación por la ansiedad causada por - trabajar con pacientes con cáncer, un médico será incapaz de apren_ der las reacciones emocionales de los pacientes hacia la enferme_ dad. En tales instancias, los médicos tienden a defenderse ellos - mismos en una forma involuntaria, el apartarse de los pacientes o - por un manejo estereotipado rígido de todos los pacientes con cán_ cer. Algunas veces la ansiedad que existe en los pacientes, conduce a el médico a hablar excesivamente, a la circunlocución, a las omi_ siones y a la falsedad cuando ellos están forzados a hablar con pa_ cientes con cáncer.

Friedman, reportó un estudio designado a explorar en cómo los médicos trabajan efectivamente con pacientes que están sufriendo de enfermedades fatales. Respondiendo a un cuestionario sobre sus méto_ dos en manejar pacientes que están muriendo, fueron entre los médi_ cos: 59 internistas, 76 cirujanos, 25 ginecólogos, 13 médicos gene_ rales y 5 psiquiatras. El 66% de los médicos dijeron que algunas ve_ ces informan a los pacientes de una malignidad, el 25% de los médi_ cos dijeron que siempre informan a los pacientes del diagnóstico y-

solamente el 9% dijeron que nunca le informan a los pacientes de la enfermedad.

El hecho es que muy pocos médicos sintieron que éstos nunca le informan al paciente acerca de su diagnóstico fatal, fué en sí una modificación de práctica previa. Sin embargo, juzgando por las contestaciones de otras preguntas, el autor concluyó que en la práctica real, muchos médicos tienden a resistirse el informar a sus pacientes en una forma directa de dicho diagnóstico. Los médicos son bastante selectivos en informar solamente a aquellos pacientes descritos como: que son confiados en sí mismos, independientes y que son capaces de enfrentarse a la realidad.

La concepción pública del cáncer es de un dolor horrible y sobre todo, una enfermedad incurable. Mc Intosh, estableció que esta creencia está tan profundamente arraigada, que para muchos un diagnóstico de cáncer es tanto como una sentencia de muerte. El cáncer causa más miedo y ansiedad en los individuos que cualquier otra enfermedad. Todas las indicaciones son de que toda la responsabilidad de dar información a el paciente con cáncer y a su familia, está sobre el médico que está a cargo del paciente. En vista de ésto, la angustia es doble, para encontrar que la mayoría de los doctores apoyan sus sistemas sobre una convicción personal, con considerable equilibrio emocional, en vez de aplicar sus experiencias que han tenido con otros pacientes. Los doctores aparentemente no están exentos del resto del público a sentir el mismo miedo paralizante, que el cáncer produce.

En otro estudio, Hinton entrevistó a 60 pacientes que estaban

recibiendo cuidados por cáncer terminal. De éstos, 40 estuvieron concientes de morir y ninguno desaprobó el discutir abiertamente acerca de este tema. Sin embargo, 20 pacientes reportaron poca o ninguna conversación veraz con el personal médico, concerniente a sus enfermedades.

Ciertamente, estos estudios sugieren que una dificultad común-manifestada por pacientes y doctores en la misma forma, es que, es la comunicación efectiva y sin prejuicios con respecto a el cáncer. Los médicos pueden ser incapaces de manejar esta situación en particular a causa de sus propias incertidumbres y actitudes negativas con respecto a el cáncer y a los pacientes con cáncer.

Problemas de el médico presentándole el diagnóstico a el paciente.

El médico que está envuelto en el cuidado de el paciente con cáncer es un ser humano unido a otro a través de la fatalidad. La relación no está formada a través de agencias normales de un contacto social, pero esta relación es traída a través de el profesionalismo de una persona y el entremetimiento o la intrusión de un proceso de enfermedad en la otra persona.

La situación es que la relación médico-paciente, aunque no sólo es porque ambos médico y paciente como personas que son, están sujetos a ciertos constreñimientos y demandas éticas y morales, establecidas por la sociedad o la cultura en la que éstos se desenvuelven y responden a las situaciones psicológicas inherentes en el proceso que los involucra. El papel de el médico impone ciertos requisitos y obligaciones para su funcionamiento. La mayoría de estas

obligaciones están contenidas dentro de compartimientos que son medibles y rígidos, lo más fácil de esto es el estandarizar y entonces juzgar la naturaleza de el trabajo de el médico. Los médicos se sienten más cómodos cuando tienen estrategias precisas para hacer un diagnóstico apropiado e iniciar el tratamiento adecuado. Virtualmente cualquier médico bien entrenado puede encontrar un juicio común concerniente a que si él u otro médico actuaron apropiadamente en el manejo técnico de un problema de cáncer. Esto es dentro de las áreas obscuras llamadas "artes médicas" en las que la conducta responsable es difícil de medir, pero es en estas mismas áreas en las que los mayores problemas afectando al médico existen.

Se pueden examinar estos problemas desde dos aspectos diferentes: a) ¿Cuáles son los problemas que los doctores tienen como seres humanos luchando contra el cáncer?, ¿Con cuáles problemas ellos tienen que lidiar con las respuestas de el paciente con cáncer?

Hay un sentimiento general de que los médicos tienen un número de problemas especiales cuando se enfrentan al paciente con cáncer y se sabe de una documentación limitada, pero de un vasto material viniendo de fuentes de pacientes y de los familiares; de fuentes del personal médico y de otras fuentes, de que frecuentemente es menos que una interacción humana satisfactoria entre médicos y pacientes.

Uno de los problemas que prevalecen para el médico dirigiéndose a el paciente con cáncer, es que él impone una pena en el papel de condenador de el cuerpo y el espíritu y es el ejecutador final cuando éste dá el diagnóstico de la enfermedad a el paciente. El pa

pel del portador de las malas noticias, siempre es incómodo. En los tiempos antiguos, el mensajero que regresaba del frente de batalla con noticias de la derrota fué hecho responsable frecuentemente por la derrota y era ejecutado. Tales actitudes todavía existen; el médico al anunciar que el paciente tiene cáncer es juzgado responsable por la enfermedad. La actitud de el médico hacia el cáncer (necesariamente hacia todos los tipos de cáncer, pero hacia un problema de cáncer en particular y hacia un paciente en particular) es de fatalismo y de futilidad, entonces esta culpa en haber sido condenador puede fácilmente interferir con su habilidad a seguir un curso lógico de manejo y tratamiento. Un sentimiento si esperanza predomina alentando un sentimiento de derrota y de fatalidad tanto en el paciente como en el médico. El problema entonces viene a ser, el decirle o no al paciente acerca de la verdad o si el médico debería condenar a un ser humano. Un médico sin sentimientos de culpa o uno que ve su papel como el de cuidar más bien que el de curar a los pacientes de este tipo, está en una mejor posición para dar soporte al paciente a través de sistemas lógicos de funciones planeadas.

El doctor Charles Wahl, entre otros, han enfatizado que la gente joven que estudia medicina es por un número de razones, el miedo a la muerte parece ser el más grande entre los estudiantes de medicina, que entre otro tipo de estudiantes. El dice que dicho miedo motiva a una persona a identificarse con fuerzas agresivas o curativas y despierta el sentimiento de que se debe pelear a erradicar la muerte y el evitar la evidencia de falla. Robert Senescu, toma una-

táctica enfatizando la calidad de omnipotencia que puede surgir en un médico en sus relaciones con la gente enferma. Enfermedades serias pueden crear una necesidad regresiva en el paciente por un médico omnipotente, protector, paternal y ésto puede producir una sensación inadecuada de fuerza, no solamente en los médicos, sino que también en todo el personal médico. Ciertos pacientes quisieran que su médico fuera más grande que la vida y a algunos médicos les gusta creer que ellos son en verdad la moralidad y los gigantes intelectuales que sus pacientes imaginan acerca de ellos. Dichos médicos tienen dificultades cuando la posición omnipotente es amenazada por una falla a el paciente y ellos pueden, ya sea culpar al paciente por no responder al tratamiento o simplemente el evitar ver a éste otra vez. En cualquier caso, el doctor prueba ser un "padre" corrompido.

El engranaje de este fenómeno, llamado una actitud de pesimismo o de fatalismo en el manejo de los casos de cáncer, especialmente a aquellos que no respondan a terapias curativas primarias y la amenaza de la omnipotencia, puede provocar fácilmente gran ansiedad en ciertos médicos, frozándolos a abandonar efectivamente a sus pacientes a través de evitar tácticas, como son, el mandarlos con otro médico. En esencia, el médico simplemente no está para lidiar con las necesidades de los pacientes y de los familiares de éstos, porque estas necesidades despiertan en él demasiada ansiedad y un sentimiento de irremediable. Lo irremediable implica el no saber que hacer inmediatamente después. En un intento de compensar tales sentimientos de lo irremediable, el médico puede apresurarse dentro

de muchas tareas experimentales y pruebas sobre el paciente y esto puede conducirlo a tres formas de problemas, tanto con los pacientes, con los familiares y con el mismo personal médico.

El doctor Olsen señaló que existen muchos centros de cáncer en los Estados Unidos, pero la mayor parte de estos centros se han desarrollado independientemente de los hospitales generales y de las escuelas de medicina y por lo tanto han mantenido solamente una relación muy ligera con el plan educacional de las escuelas de medicina. En el pasado, los estudiantes de medicina estuvieron muy poco expuestos al cuidado multifacético del paciente con cáncer. Recientemente y a consecuencia de esto, la mayoría de los internistas, pediatras y médicos generales, consideran al cáncer como un problema más bien quirúrgico o radioterapéutico, en lugar de considerarlo como medicina general. Esto ha producido no solamente una necesidad de entendimiento de las modalidades médicas, sino que también una necesidad de entrenamiento en el cuidado de los pacientes con cáncer y no solamente el rendir de ciertos procedimientos quirúrgicos. Mucho de esto constituye un buen cuidado médico que se apoya en seguir un sistema cognitivo intenso de reglas y regulaciones en el manejo del paciente. Desde que las reglas del manejo psicológico, social, económico, familiar y otras consecuencias del cáncer, no han sido consideradas en el sistema educacional de las escuelas de medicina, no son revelados sistemáticamente para el estudiante a través del contacto con el paciente, esto no es sorprendente cuando el médico se siente con poca destreza en sí mismo para las dimensiones multifacéticas en el cuidado del paciente con cáncer. Agregando a -

ésto la carga que existe en la medicina moderna de la experiencia técnica y los grandes avances en la medicina para la cura, es cuando se puede entender el porque del concepto de "el cuidado por el paciente" está desapareciendo como una meta educativa mayor. El médico está frecuentemente situado más bien en una posición de lo irremediable cuando es acosado con dificultades psicológicas, socioeconómicas, familiares y otras consecuencias del cáncer. Su respuesta ha sido frecuentemente de ignorar estas dificultades. Además, el estudiante de medicina no es entrenado para cooperar con otras personas que también están involucradas en el cuidado de la salud y en el manejo de los problemas del cáncer. La educación del médico es primariamente técnica y biológica. Este tiene más bien mecanismos psicológicos primitivos funcionando dentro de él mismo, concernientes a su elección de la carrera. El sistema de educación de la cual él es sólo una parte, puede acentuar su sentimiento de que es extraordinario y el aislamiento en el cual éste se condiciona, aliena un sentido de omnipotencia y fatalismo. No es sorprendente que el médico frecuentemente encuentra difícil el reconocer su ineptitud en cierto campo como es en el cuidado del paciente.

Esta falta de conocimiento es aún más acentuada cuando los pacientes reaccionan a su enfermedad o a su tratamiento, a las condiciones de el hospital a los familiares o a cualquier otro número de condiciones y a las personas. Reacciones tales como la ira, supresión, el que el paciente rehúsa ir a los tratamientos, el no ir a las citas con el médico, llamadas telefónicas incesantes y otras manifestaciones de depresión. El problema es pequeño cuando un pacien

te actúa como él debe, cuando éste es bueno y cumple con los deseos del doctor. Pero cuando el paciente actúa en forma diferente, el problema se presenta. Los médicos, en general, se sienten amenazados por tal conducta, pero la parte grande de la amenaza parece ser que se apoya en el saber en cómo van a responder y a consecuencia de esto, el sentirse atacados. La mayoría de los médicos reciben muy poco entrenamiento en saber adaptarse a los mecanismos y consecuentemente tienden a reaccionar meramente a la situación por sí misma, demostrando poco entendimiento de las causas subordinadas. Sobre el decir, que mientras estas reacciones sean más desconcertantes o amenazadoras, más intensa es la respuesta del médico, que usualmente sirve para empeorar la situación y promover conducta desajustada, tal como el resentimiento. El resentimiento es una reacción común del personal médico (enfermeras, etc.) cuando sus sentimientos son lastimados. ¿Cuántas veces se han oído acusaciones de que un cierto médico es arrogante, insensible, cruel o peor? Estas respuestas están relacionadas, por lo menos en parte, a una necesidad de entendimiento de cómo asesorar apropiadamente y el cómo responder a la conducta de otros.

Hasta la fecha, la educación médica ha tomado la posición de que no hay necesidad de que el médico se deba conocer a sí mismo. En verdad, se le ha puesto muy poca atención para trabajar a través de los prejuicios, actitudes pobres y sentimientos negativos, concernientes a los otros seres humanos. La falla para explorar, aún a un nivel superficial algunos de los sentimientos muy profundos, que los médicos introducen en la medicina, pueden solidificar ciertas -

actitudes que están detrás de las paredes defensivas. Tales predisposiciones defensivas y las perspectivas, aunque no son juzgadas como problemas por el médico, ciertamente producen series infinitas de problemas por el paciente y sus familiares. Con ironía, por supuesto, el doctor es quien está en el centro del problema. Si se agrega a esto el hecho de que la educación de éste es institucionalizada y centrada en el hospital, no es de sorprenderse que el médico esté poco conciente en como lidiar con el mundo de los hombres y las mujeres existentes más allá de las paredes grises de orden institucional.

El médico que ofrece estrategias de cirugía o de radioterapia o de ambas, para el problema del cáncer, frecuentemente se encuentran ellos mismos con los problemas similares a los discutidos anteriormente. El cirujano o el radioterapeuta, frecuentemente no son los que condenan sino que son los rescatadores de el problema. Mientras la condición sea más dañina, el rescatador se siente con más fuerza. Si se identifica con el papel de un dragón asesino, entonces el rescatar a alguien de un gran daño como lo es el cáncer, debería conferir derechos de toda clase de premios, incluyendo la mano simbólica de la princesa. Ya que el dragón es de tal ferocidad, entonces claramente están permitidas las terapias radicales. No es para causar sorpresa que un cirujano pueda sacrificar cirugía radical en nombre de el rescate y se siente totalmente justificado en demandar gratitud de el paciente, en lugar de verse a sí mismo como el iniciador de determinar nuevos problemas psicológicos.

Claramente, existen muchos individuos en cirugía y aún en ra-

dioterapia, que proclaman su omnipotencia a través de sus esfuerzos de rescate y no se dignan en reconocer los problemas nuevos que emergen como un resultado de su trabajo. Además, ¿porqué dichos individuos poderosos deben poner atención a las evasivas de otros seres humanos como son las enfermeras, trabajadoras sociales y especialmente los psiquiatras y psicólogos? Aquí otra vez, sin embargo, el tipo de educación médica alienta esta enajenación, presentando a el cáncer como un desorden quirúrgico, más bien que como un problema multifacético. Esto desanima a el cirujano joven de un abordaje creativo para el entendimiento de sus propias necesidades, como también aquellas producidas por el cáncer y por la terapia del cáncer.

Los problemas de un médico en cuidar por el paciente durante el postoperatorio debe ser puesto en un contexto cognitivo-educativo. Un trabajador voluntario en el "Buscar por una Convalecencia", es un programa descrito recientemente, los esfuerzos de el programa consisten en abrir los ojos de los cirujanos, que no se dan cuenta de la enorme extensión de el impedimento físico y psicológico que acompañan a la mastectomía. El trabajador pretende demostrar los beneficios del programa al médico, especialmente teniendo a muchos pacientes telefoneando al doctor, dichos médicos rápidamente vienen a ser concientes de el trabajo de "Buscar por una Convalecencia". Algunos médicos parece ser que tienen una necesidad de información, la cual podría ayudar a sus pacientes. Una vez que estos doctores entienden que pueden hacer algo y ser recompensados potencialmente por sus pacientes, ellos están aptos para usar dichos programas. Cuando se hacen concientes de los talentos y las funciones de los

otros en el sistema de el cuidado de la salud y cuando esta conciencia es traída sin amenazas y con disposición de dar soporte, los doctores son más probables a usar estos talentos. Tal como una educación, ayuda a el médico a entender los objetivos en el manejo total de el paciente y el simpatizar con éste. Muchos médicos, sin embargo, todavía sienten que sus pacientes están respondiendo bien y que los programas nuevos son innecesarios y que ellos mismos pueden hacer y están haciendo todo lo que se requiere. Tales médicos, obviamente, no pueden ver más allá y su actitud defensiva impide un cambio saludable en el abordaje de los pacientes.

Será muy difícil para los médicos que tienen muchos años practicando el tolerar el aprendizaje de experiencias dirigidas a cambiar sus actitudes hacia el cuidado de el paciente y de sus familiares. Sin embargo, en un esfuerzo de que se puedan introducir cambios grandes en la educación médica, no solamente para el estudiante sino que también para el que ya es médico, concernientes a un honesto análisis de predisposiciones, prejuicios y de las actitudes para lidiar con los problemas psicosociales de el paciente con cáncer. Se debe enfatizar en las dimensiones interpersonales en el cuidado de el cáncer y desarrollar una apreciación profunda, por lo que constituye la motivación misma y la aflicción en este caso de el paciente. Se debe hacer una diferencia entre el curar y el restablecer las metas de la medicina, así como el comprender tanto el cuidar como el curar, dentro de un sistema. Por supuesto que se está hablando de un médico que es humano, pero que debe de estar establecido en cierta cultura o si él desea, con objetivos valuados de-

entendimiento en como practicar su arte en una moda sistemática.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El cáncer ha sido visto por los médicos y por el público como una enfermedad a la que se le debe temer más que a cualquier otra. Sin embargo, en los años recientes se ha logrado un mejor entendimiento del proceso neoplásico y con el cual se han mejorado los tratamientos de éste. Esto ha conducido a incrementar la frecuencia de cura de algunos tipos de cáncer y la sobrevivencia más larga en otros tipos de cáncer. El progreso en el pronóstico del estadio I al estadio II en la enfermedad de Hodgkin, leucemia linfocítica aguda y el sarcoma osteogénico, son ejemplos notables de los tipos de cáncer que pueden ser curados. El pesimismo acerca del tratamiento del cáncer, sin embargo ha continuado sobreviviendo su aplicación racional. El concepto de que el cáncer es una enfermedad incurable, ha sido difícil de erradicar completamente entre los médicos y entre la gente, este concepto aun sobrevive ahora más como un daño que como un hecho.

El aumento de sobrevivencia de los pacientes en comparación de los que han muerto en el pasado, se está obteniendo, no obstante a costa de considerables problemas físicos y emocionales que le provocan al paciente. Las terapias demandan un nivel alto de compromiso y de cooperación, si es que el paciente está para tolerar las molestias y las complicaciones del tratamiento, algunas veces por muchos meses. La calidad de vida de los pacientes durante y después del tratamiento, está recibiendo más atención, el manejo óptimo de los pacientes con cáncer, ahora demanda no solamente que el médico utilice los tratamientos actuales, sino que también éste responda al paciente con entendimiento y simpatía durante todos los estadios de

la enfermedad.

La revisión de los eventos psicológicos en oncología señalan dos aspectos mayores: primero, los principios que se aplican al manejo psicológico de todos los pacientes que son diagnosticados de cáncer y segundo, el diagnóstico y manejo de síndromes psiquiátricos que pueden complicar el curso clínico de algunos pacientes con cáncer.

En el cuidado del paciente con cáncer, el objetivo no es simplemente la administración de terapias convencionales y el dar medicamentos para el dolor en el momento más apropiado, aunque esto es en verdad, la mayor parte del cometido. Más bien, los aspectos físicos y emocionales del paciente están vinculados y el cuidado provisto por lo tanto debe relacionarse para todo el rango de las reacciones de el paciente, de los familiares y del mismo médico.

Cuando el paciente se enfrenta al diagnóstico del cáncer, también se enfrenta con problemas que no sólo infringen su propia vida, sino también la vida de los miembros de su familia, de sus amigos y de sus compañeros.

Cáncer no sólo afecta al paciente físicamente, es evidente que también lo afectará en su equilibrio psicológico. Por lo tanto es importante el como abordar y entender al mismo tiempo las consecuencias de un diagnóstico de cáncer tanto para el paciente, como para su familia.

Cualquiera que sea el curso de la enfermedad, poner en tratamiento, la cura o la progresión de la misma y la muerte; el paciente, su familia y el personal médico que están encargados y son res-

ponsables de los servicios médicos, deben de estar concientes de - que aunque el cáncer llega a ser controlado, siempre existe la posi- bilidad de recurrencia. En la mayoría de los casos el paciente nun- ca más estará bajo la función de poder decir que eso nunca le vuelve rá a suceder, porque como ya lo dijimos anteriormente la posibili- dad de recurrencia existe.

Para muchos pacientes, el que se les confirme la enfermedad me- tastática, su manejo es mucho más fácil, que la ansiedad constante- causada por la pregunta existencial de si les va a regresar la en- fermedad y cuando. El paciente con cáncer no sólo es enfrentado con el diagnóstico, con el tratamiento y con una posible recuperación, - sino que también con un proceso de enfermedad crónica demandando - una vigilancia médica constante en caso de cualquier recurrencia, o que algo pueda ser identificado a tiempo y poner en ejecución el - tratamiento adecuado.

Para que el tratamiento sea efectivo y exista una máxima reha- bilitación debe establecerse una confianza entre el paciente y el - médico. Esta relación debe ser en la cual tanto el paciente como el médico se sientan confidentes en relación al objetivo que tratan de lograr, que es, por parte del médico el poner todo lo que esté al - alcance de su mano, por parte del paciente, ser bastante cooperati- vo. Una comunicación exitosa es esencial en esta relación.

Para muchos pacientes enfrentados al diagnóstico del cáncer, - el proceso de tratamiento y la lucha por la rehabilitación, es la - última meta para alcanzar una verdadera reconciliación con su fata- lidad o suerte. La forma en la que el hombre acepta su fatalidad y-

vincula todo su sufrimiento, le dá una amplia oportunidad inclusive bajo las circunstancias más difíciles, el dar un profundo significado a su vida.

La confirmación del diagnóstico, causa inmediatamente un trauma profundo en la mente del paciente. Muchos pacientes reaccionan con incredulidad y choque, otros con ira o negando y algunos reaccionan con intelectualización. ¿Cuál es la reacción del paciente cuando se le dice que tiene una enfermedad maligna?. Para algunos, en lo que inmediatamente piensan es en la muerte; para otros existe la esperanza de que se lleguen a curar, pero en general para todos es un misterio profundo en el nuevo evento de sus vidas. La reacción para cada paciente será en un alto grado que pueda ser determinado por:

a) En la fortaleza y debilidad de su propio ego antes del diagnóstico. El paciente cuya vida vivirá en una situación catastrófica, es muy débil y es casi invariable de la vida del individuo cuya vida ha sido muy débil antes de que se enfermara.

b) El significado natural del diagnóstico tiene para el paciente, su familia y otros cercanos a él: Respuestas iniciales que son más intensas cuando la enfermedad es más que amenaza física, aumentando una catástrofe social.

Aun cuando el paciente sospecha un problema serio a causa de algunas evidencias sintomáticas, por ejemplo: dolor, sangrado, ronquera o carraspera, un tumor pequeño; el paciente experimentará miedo, ansiedad y pérdida de control ante la confirmación del diagnóstico. Dando soporte emocional e información adecuada concerniente a

su enfermedad, el paciente puede ajustarse mejor a las nuevas circunstancias de su vida y todavía encontrar cualidades y significados dentro de él mismo. La mayoría de los pacientes que desarrollan mecanismos adecuados toleradores, son capaces de ajustarse a la verdad y a los hechos más prontamente que a la incertidumbre y pregunta. La forma en que el diagnóstico es presentado al paciente, determinará en una medida la calidad de su respuesta: Decir la verdad, puede ser cruel, dolorosa y puede destruir a un individuo fácilmente. Aquellos que son responsables de dar la información al paciente, deben también sostener la responsabilidad de las relaciones afectivas sucediendo en ese paciente.

Se le debe de dar a entender al paciente que ni está sólo, ni sin ninguna esperanza. Si el médico puede hablar claramente con su paciente acerca de la malignidad del diagnóstico, sin que necesariamente trate de igualarlo a la amenaza de muerte, en esa forma le hará un gran servicio al paciente. El médico al mismo tiempo, deja la puerta abierta para una esperanza, mencionándole nuevas drogas, nuevos tratamientos, oportunidades a nuevas técnicas y nuevas investigaciones. La cosa principal que se le debe comunicar al paciente de que no está todo perdido, que no debe de dejar de atenderse sólo por el diagnóstico; es indudable, que es una batalla que van a pelear juntos (paciente, familia y doctor), no importando cuales sean los resultados. En esa forma el paciente no sentirá miedo al aislamiento, al engaño, al rechazamiento y continuará teniendo confianza y esperanza.

Existe la gran necesidad para orientar y dar soporte psicológi

co si el diagnóstico es hecho en ausencia de síntomas aparentes o si existe la amenaza, debe hacerse una inmediata y significativa meta en la vida del individuo. En este caso la fase de negación es apta a ser extendida. Cualquiera que sean las circunstancias al diagnóstico, existe la necesidad de un soporte psicosocial para el paciente con cáncer. Beatrix Cobb, hace una aplicación de los estados implícitos en dos:

Primero: Si el paciente sobrevive al daño en el crecimiento del cáncer, requiere asistencia con respecto a una aceptación emocional de la enfermedad y la amenaza que envuelve a su vida, a su felicidad y consecuentemente al ajuste de su invalidez o limitaciones.

Segundo: Si el paciente tarde o temprano sucumbe la meta irónica, levantándose de la reversión, como algunas veces sucede en el cáncer, es en donde se indica el propósito del consejero, que llega a ser el asistente del paciente con respecto a una aceptación segura a la aproximación de la muerte y las separaciones y ajustamientos que se auguran en este evento.

La familia, lo mismo que el paciente, es frecuentemente traumatizada por el diagnóstico del cáncer. Los familiares juegan un papel muy importante durante el transcurso de la enfermedad y sus reacciones contribuirán en su mayoría a las respuestas del paciente con respecto a su enfermedad. Las familias de los pacientes con cáncer, algunas veces someten al paciente a la censura y le imponen un sentido de culpabilidad a consecuencia de sus sentimientos de frustración de la poca ayuda que pueden proporcionarle al paciente. El-

potencial y las actividades actuales de una familia en cooperar con la presión, miedo, confusión, desorganización y el rompimiento que acompañan ante la enfermedad del cáncer, dependerá en sumo grado en como los miembros de la familia hayan funcionado y relacionado entre ellos en el pasado. Familias unidas, que se aman, sin que ningún miembro de la familia tenga cáncer, cuando se enfrentan a esta enfermedad catastrófica tienen más potencial para cooperar con el paciente. Una gran necesidad para el paciente por parte de su familia es el tener una comunicación abierta y honesta. La comunicación con los miembros de la familia puede ser de un beneficio real, si es que ellos están dispuestos a entrar en conversación, el que quieran exponer sus sentimientos y trabajo, no obstante los problemas con el paciente. Es frecuente el darle una reiteración de confianza al paciente, que existen algunas preguntas que no tienen una pronta y fácil contestación y que todos nosotros estamos situados antes de la muerte (vida) concientes de nuestra insuficiencia.

El miedo, la ansiedad y la pérdida de la autodeterminación creados por el diagnóstico de cáncer, son frecuentemente incrementados por los procedimientos del tratamiento y sus efectos en el cuerpo, en la personalidad y en la imagen social. La esperanza es prontamente engendrada por aquellos tratamientos que son usados para curar, que aquellos tratamientos que son meramente usados para mitigar los efectos de la enfermedad o para prevenir las complicaciones funcionales. La gran ansiedad de los pacientes se presenta durante el curso experimental de su tratamiento cuando el diagnóstico y otros procedimientos son usados para determinar la extensión o creci

miento de la enfermedad o la respuesta a un tratamiento específico en protocolo.

En esta época, existen tres patrones de procedimientos usados como medidas tanto curativas como paliativas en el tratamiento de pacientes con cáncer, como son: cirugía, terapia de radiación y quimioterapia.

Las preocupaciones básicas de los pacientes que van a tener cirugía son: miedo a la pérdida de la función normal del cuerpo, como por ejemplo: colostomía o laringectomía; miedo a la mutilación o amputación; como sería en el cáncer del seno o sarcoma; miedo a saber la extensión de la enfermedad, que tanto ha invadido el cuerpo, esto es determinado por ejemplo por la exploración de una laparotomía en pacientes con linfoma.

Agregándose al miedo y a la ansiedad habrá una pena intensa, asociados con la pérdida de la función de una parte del cuerpo y existe la profunda necesidad de un reajuste psicológico, para poder mantener una vida más productiva, dentro de sus limitaciones, por supuesto. La pena es demostrada más abiertamente cuando se presenta el caso de cirugía en la enfermedad del cáncer, como por ejemplo: mastectomías, operaciones de cabeza y cuello, amputaciones; sin embargo, es también frecuente e intensa en cirugías de tipo ginecológico y genito-urinario en donde existe el miedo a la pérdida de la fertilidad o de la impotencia. Toda la cirugía de cáncer tiende a producir una autoimagen negativa y pérdida de la autoestima.

Radioterapia y quimioterapia son frecuentemente usados en unión con la cirugía en un intento para detener el cáncer. El equipo-

y maquinaria de radioterapia y de quimioterapia y el uso de protocolos, espantan frecuentemente al paciente, por la complejidad de la maquinaria. El miedo y la aprensión que el paciente experimenta cuando es sujeto a esto, es de gran ayuda una explicación simple por parte del médico. Los tratamientos de la quimioterapia y de la radioterapia, deben ser explicados detenidamente en una forma en que el paciente entienda los procedimientos y en esa forma es preparado para cualquiera de las posibles complicaciones tales como: que maduras a causa de la radioterapia, náusea, vómito, pérdida del cabello y neuropatía periférica. Para algunos pacientes, particularmente aquellos con linfomas y leucemias, algunas veces los tratamientos provocan más molestias físicas que las que provocan la misma enfermedad.

Es de vital importancia que los profesionales que tienen la responsabilidad de asistir a los pacientes con cáncer, quienes en esta época, a causa de técnicas terapéuticas nuevas y competentes viven más tiempo y sus vidas son potencialmente más productivas y tienen que ser conscientes que tales pacientes luchan con problemas físicos serios, psicosociales, espirituales y financieros que ellos no pueden manejar por sí solos. El intervenir terapéuticamente experimentando en una de estas áreas sin la consideración de todas las demás áreas, significa olvidar que el paciente es un todo, una persona integrada y debe de ser asistido como tal.

Un mejor desarrollo en la rehabilitación, debería ser el utilizar un equipo para un abordaje mayor, integrado por varias disciplinas como serían: medicina, psicología, sociología y economía, traba

jando juntos, poner sus destrezas y habilidades sobre el individuo como un todo, en términos de su total medio ambiente y de sus problemas totales.

Debería de planearse un programa para la completa rehabilitación del paciente, empezando con la forma en que se diera el diagnóstico. Si cada miembro del equipo trabajara con el paciente y con su familia hacia una meta común y planean necesidades tanto físicas, psicosociales y financieras, en tal caso el proceso catastrófico de la enfermedad debería ser reducido a un mínimo y el resultado del diagnóstico se aceptará en una forma más positiva.

Los pacientes que son capaces de cooperar con las tensiones emocionales envueltas en el diagnóstico y el tratamiento, tienen más probabilidades de vivir más tiempo y más productivamente después de que se les ha hecho el diagnóstico de cáncer.

La existencia sin un propósito o significado, es solamente sobrevivir y es evidente que no es una vida plena. La preocupación no sólo debe ser limitada a prolongar la sobrevivencia, sino que también debe de incluir el realzar las condiciones de vida de los pacientes con cáncer. Las condiciones de vida del paciente, es un factor que determinará las preferencias que él haga concernientes a las circunstancias del presente y a las posibilidades del futuro para él mismo y para aquellos a los que él ama. Es de gran importancia que el paciente reciba asistencia para poder autodeterminar y decidir en esta etapa de su vida lo que él crea más conveniente.

Durante los últimos años de los sesentas y los primeros años de los setentas, los conductistas se han venido preocupando por el-

proceso de "muriendo y la muerte". Este conocimiento que se ha obtenido, ha sido de un valor inapreciable, sin embargo, esta área especializada de investigación, ha descuidado frecuentemente el hecho de que para el paciente con cáncer, la realidad más importante es el proceso de seguir viviendo con miedo ante la enfermedad desastrosa.

Cuando se le confirma el diagnóstico al paciente, éste se tendrá que ajustar a los cambios de la imagen del cuerpo, la ansiedad e inclusive el miedo concerniente al resultado del tratamiento, cambiando su autoestima, en relación con su familia, amistades y su propio sentido de productividad personal.

Las decisiones de la vida, no sólo son basadas en la autoimagen del paciente, sino que también en su percepción de como otros lo conocen a él. Dichas decisiones no las hace independientemente, sino que considerará cuales son los efectos sobre su familia, amistades, en su trabajo e inclusive en el objetivo del cuidado médico, que hará en mayor o menor grado determinar la rutina de la vida del paciente por muchos meses o años.

Avery Weisman en su libro "Muriendo y Negando", delinea tres distintas fases psicosociales que el paciente confronta ante una enfermedad fatal:

Fase Uno.- Reconocimiento primario: Cubre el período en el que el paciente recibe la noticia de que algo anda un poco sospechoso en su salud antes de que le den un diagnóstico definitivo.

Fase Dos.- Es muy importante que el paciente reciba una comunicación honesta y con apoyo durante este período tardío hacia una -

condición de autodeterminación y habilidad para hacer decisiones en su vida más realísticas y con un gran significado, continuando hacia la fase tres.

Algunos pacientes se encierran en la ilusión de que la muerte nunca ocurrirá, piensan en que siempre habrá un tratamiento o técnicas médicas nuevas. Para este tipo de pacientes, frecuentemente la muerte viene antes de poder escoger alternativas realísticas a las circunstancias de la vida presente.

La familia del paciente juega un papel crucial, en facilitarle la habilidad de hacer decisiones en su vida del paciente, sin sentimientos de culpabilidad. Sin embargo, muchas familias en su afán de dar mucho soporte moral al paciente y sentir que el diagnóstico de cáncer significa una muerte certera y rápida, empiezan a volcar todas sus energías disponibles de hacer de aquellos últimos días sólo lo que el paciente quiera y a descuidar sus propias necesidades. Los miembros de la familia que responden en esta forma, necesitan asistencia, para que ellos deban de manejar sus energías en una forma más moderada y no esforzarse tanto, para que cuando sean más necesitados no se colapsen o se derrumben.

El medio ambiente en el cual el paciente y su familia encuentran uno de los lugares con muchas restricciones es el hospital, en su capacidad de hacer autodeterminaciones en las decisiones de la vida. Pues existen reglas en el hospital y rutinas que son organizadas para la conveniencia del personal y el sistema tiende a mantener al paciente en un estado de dependencia como a un niño y el apartar a la familia en los procesos del cuidado.

Es también en este medio ambiente, en donde los pacientes pasan los momentos de su vida en vías de terminar y no son libres de expresar su ira a través de su pena. Desafortunadamente se olvida que la única cosa que la mayoría de los pacientes lo que quieren, es tomar parte en el proceso de hacer decisiones que determinan como él quiere vivir y evidentemente morir.

Pero los factores psicodinámicos no solamente se encuentran presentes en los pacientes con cáncer y en sus familiares, sino que también en el médico que se enfrenta a este tipo de pacientes.

El médico que está tratando pacientes con cáncer puede sentir ansiedad y depresión, esto puede interferir seriamente con su habilidad para cuidar a este tipo de pacientes. Los intentos para modificar esta conducta cuando el médico está comprometido con un paciente, pueden no ser óptimos los intentos. Algunas de las formas en que los médicos lidian con atentos para evaluar sus actitudes hacia el paciente seriamente enfermo incluyen dos medidas defensivas: desplazamiento y negación. El desplazamiento generalmente envuelve ira dirigida hacia otros médicos (especialmente psiquiatras), familiares, padres o al mismo paciente. La negación de dificultad, algunas veces humor inapropiado y el estar excesivamente ocupado con multitud de detalles para lidiar, o con un paciente que resulta ser demasiado pesado en las diferentes formas de ajustarse. La depresión es frecuentemente observada en los médicos, particularmente en los que están al cuidado de los pacientes con cáncer.

Los médicos también traen al paciente con cáncer sus propias reacciones, basadas en sus antecedentes, en sus experiencias y de

pendiendo de sus personalidades. Algunas de estas respuestas son de ayuda para el paciente, otras no lo son. Frecuentemente a causa de sus personalidades particulares y sus defensas, cirujanos e internistas (exceptuando a los oncólogos), se sienten incómodos o aun incapaces de poder tratar a los pacientes con cáncer. Ellos rechazan completamente a los pacientes y los refieren con los estudiantes de medicina o limitan sus visitas a 30 segundos.

La causa de sus dificultades en lidiar con pacientes que se están muriendo, se derivan de la identificación personal; por ejemplo; que el paciente les recuerde a alguno de sus padres o a un paciente cercano y a la intensa relación médico-paciente es demasiado dolorosa, así como evocar en adelante angustiantes memorias de miedo.

Los pacientes pueden manipular al médico dentro de un contrato sutil, frecuentemente indecible, el paciente será bueno (y enormemente adulator) y el doctor curará a dicho paciente. El médico, se viene a hacer conciente de la implicación de este contrato, entonces éste tiene que elegir entre realidad y la visión de él mismo - "más grande que la vida", como un héroe y como que puede hacer recobrar la salud a alguien. Como la falla del tratamiento viene a ser obvia, el doctor puede responder con culpabilidad y depresión y el paciente con la acusación hablada o no hablada acerca de la falla.

Qué es lo que se está arriesgando, en efecto, es el sentido de omnipotencia del médico, un componente clave en las personalidades de aquellos que han elegido profesiones en las que derivan satisfacción de posiciones de control. Cuando esta necesidad es sublimada y

y encausada dentro de una forma saludable, beneficia a la sociedad. Cuando no es así, sin embargo, la situación provoca ansiedad en el profesional. Esto es especialmente aparente con los pacientes con cáncer, porque en muchos de estos casos, los médicos son incapaces de curar y por consecuencia sienten que han perdido su fuerza y sólo como pacientes con cáncer y sus familiares, adjudican a los médicos poderes mágicos curativos, así como los "curanderos" tienen la misma creencia de tener esos poderes, quienes sus expectativas son frecuentemente fuera de la realidad.

De este modo el diagnóstico puede despertar en el médico hostilidad hacia el paciente, ya sea directa o cubierta, puesto que la inevitable muerte amenaza su omnipotencia. Los razonamientos del doctor serían: "Ningún paciente tiene el derecho de morir, puesto que yo soy el doctor". La ira, algunos simplemente evitan del todo al paciente que se está muriendo; otros reprimen la hostilidad, toman venganza en usar su tiempo en otras cosas, en lugar de visitar al paciente.

La amenaza de la omnipotencia se deriva del miedo inconsciente del médico, de que él es el responsable si la muerte sucede. Subconscientemente el doctor concluye: "ya que yo tengo el poder de curar, también yo tengo el poder de matar". Las raíces de tal realización son aprendidas en la niñez, cuando el infante es en verdad omnipotente, cuando los infantes lloran o simplemente hacen un mohín inmediatamente los padres responden. Así como los niños se desarrollan y pasan a través de estados normales de ambivalencia hacia la gente y objetos en su medio ambiente, los sentimientos de poder son

transformados fácilmente dentro de sentimientos de dolor.

Uniéndose en una forma análoga a la necesidad de los médicos por la omnipotencia, es que éstos necesitan ser amados. Los pacientes que están ansiosos, frustrados y son muy demandantes, pueden causar en los médicos el sentirse ansiosos y no ser amados, de este modo ellos ofrecen a los pacientes explicaciones largas y elaboradas acerca de la enfermedad.

Otro punto de debate es la consecuencia de falla para reconocer la negación de la enfermedad por parte del paciente. El doctor puede estar seguro que le dijo al paciente acerca de que éste tenía cáncer, pero no está conciente de que el paciente simplemente no permite que esta información venga a ser parte del proceso conciente de pensamiento. Entonces el médico piensa que el paciente "sabe" y se comportará de acuerdo a esto y es cuando éste se confunde y se frustra por la conducta inapropiada del paciente. Para mantener el optimismo y demandar una cura durante mucho tiempo después de los hechos simples, la inevitabilidad de la muerte ha sido establecido que puede ser intolerable para los médicos orientados lógicamente a la realidad.

Algunos médicos se sienten incómodos con el adelanto muy cercano que hace que el paciente venga a ser más dependiente, para muchos ocupando un lugar importante en la vida de sus pacientes es intolerable, como una amenaza a su necesidad de mantenerse distantes como un clínico observador. En tales casos los médicos refieren a sus pacientes a otros consultantes, a otros hospitales o a asilos para enfermos, para evitar ese contacto cercano.

Una complejidad futura en lidiar con el paciente con cáncer, son las reacciones de la familia y de las amistades, que son los que pueden ver al cáncer como una desgracia familiar o como un castigo por algún delito. Los miembros de la familia que son incapaces de ajustarse con sentimientos de culpabilidad, pueden requerir de tanta ayuda como el mismo paciente.

Se ha observado algo muy interesante, que los pacientes generalmente matienen lealtad al médico y raramente reclaman acerca de la conducta del médico. Si los pacientes osan algún criticismo, éste es usualmente con temperamento de declaración acerca de la competencia del médico, de su habilidad y dedicación.

Algunos autores se preguntan: ¿Qué se le debe de decir al paciente que está muriendo?. Frecuentemente no hay nada que decir, mientras que la muerte se aproxima, un paciente puede psicológicamente venir aceptándola y no teniendo un futuro, éste no está interesado en nada que tenga implicaciones con el futuro. El paciente se queda virtualmente con nada de que hablar y las conversaciones vienen a ser altisonantes y sin significado. La presencia sin palabras del médico o de otros miembros del grupo al cuidado de la salud, pueden ser en ese momento de mucha ayuda para los pacientes, como al principio que pudieron hablar y escuchar a éste. Si se estableció una buena relación entre el médico y el paciente, el médico que está conciente de los cambios graduales, los patrones de comunicación pueden a toda hora ayudar al paciente, algunas veces curando, otras veces proporcionando una prolongación de la vida significativa, pero siempre con un principio de consuelo y seguridad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ABRAMS, R.
Not alone with Cancer.
Charles C. Thomas Co., Springfield, Ill., 1974.
- 2.- ACHTE, K., and VAUHKONEN, M.
Cancer and the Psyche.
Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki, University Central Hospital, 1, 1970.
- 3.- ACHTE, K., and VAUHKONEN, M.
Suicides Committed in General Hospitals.
Psychiatric Fennica. (Finnish Psychiatry). In Yearbook of the Psychiatric Clinic, pp. 221-228, Helsinki, 1971.
- 4.- ALLPORT, GORDON W.
La Personalidad. Su Configuración y Desarrollo.
Editorial Herder, Barcelona, pp. 47, 1968.
- 5.- AMERICAN CANCER SOCIETY.
Cancer Facts and Figures, 1975.
- 6.- ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY.
2nd. Series Fascicles 1-13. National Research Council Committee on Pathology, Washington, D.C.: 1950-1976.
- 7.- BAHNSON, C.B., and KISSEN, D.M.
Psychophysiological Aspects of Cancer.
Ann. N.Y. Acad. Sci., 125:775-1055, 1966.
- 8.- BARD, M.
Where Medicine Fails.
Aldine Publishing Co., Boston, pp. 104, 1970.
- 9.- BAUDRY, F., WIENER, A.

Preoperative Preparation of the Surgical Patient.

Surg. 63:885-889, June 1968.

- 10.- BECK, A., RESNIK, H., and LETTIERI, D.

The Prediction of Suicide.

Charles Press Publishers, Browie, M.D., 1974.

- 11.- BOND, M.R.; and PEARSON, I.B.

Psychological Aspects of Pain in Women with Advanced Carcino_
ma of the Cervix.

J. Psychosom. Res. 13:13-19, 1969.

- 12.- BOND, M.R.

Psychologic and Emotional Aspects of Cancer Pain.

Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 2, edited by J.J.
Bonica and V. Ventafridda, Raven Press, New York, pp. 81-87,
1979.

- 13.- BONICA, J.J.

The Management of Pain.

Lea and Febiger, Philadelphia, 1953.

- 14.- BONICA, J.J.; and ALBE-FESSARD, D.

Preface.

In: Advances in Pain Research and Therapy, Raven Press, New
York, Vol. 1, pp. V-VI, 1976.

- 15.- BONICA, J.J.

Neurophysiologic and Pathologic Aspects of Acute and Chronic
Pain.

Arch. Surg. 112:750-761, 1977.

- 16.- BONICA, J.J.

- Introduction to Management of Pain of Advanced Cancer.
Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 2, edited by J.J.
Bonica and V. Ventafridda, Raven Press, New York, pp. 119-120
y 127, 1979.
- 17.- BOWERS, M.K.
Counseling the Dying.
Nelson, New York, pp. 60, 1964.
- 18.- BRAUN, A.
The Biology of Cancer.
Reading, Mass., Addison-Wesley Publishing Co., 1974.
- 19.- BROSS, I.D.J.; and GIBSON, R.
Cats and Childhood Leukemia.
J. Med. (Basel), 1:180-187, 1970.
- 20.- BROSS, I.D.J.; BERTELL, SISTER ROSALIE; and GIBSON, R.
Pets and Adult Leukemia.
Am. J. Public Health, 62:1520-1531, 1972.
- 21.- BROWN, G.W.; HARRIS, T.; and COPELAND, J.R.
Depression and Loss.
Br. J. Psychiatry, 130:118, 1977.
- 22.- BRYAN, W.R.
Cancer Medicine.
Holland, J.F.; and Frei, E III (eds)., Lea and Febiger, Phila
delphia, pp. 6, 1973.
- 23.- BUTLER, F.
Cancer Through the Ages: The Evolution of Hope.
Virginia Press, Fairfax, Va., 1955.

- 24.- CAMPBELL, P.
Suicide Among Cancer Patients.
Conn. Health Bull., 80:207-212, 1966.
- 25.- CANCER FACTS and FIGURES.
American Cancer Society, New York, 1977.
- 26.- CARL, W.; and SCHAAF, N.G.
Dental Care for the Cancer Patient.
J. Surgical Oncology, 6:293-310, 1974.
- 27.- CHAPLIN, J.P.
Dictionary of Psychology.
New Revised Edition, pp. 33, 159, 518; 1979.
- 28.- CHAPMAN, C.R.
Sensory Decision Theory Methods in Pain Research: A Reply to
Rollman.
Pain, 3:295-305, 1977.
- 29.- CHAPMAN, C.R.
Psychologic and Behavioral Aspects of Cancer Pain.
Advances in Pain Research and Therapy, Vol.2, edited by J.J.
Bonica and V. Ventafridda, Raven Press, New York, pp. 45-55,
1979.
- 30.- CLARK, D.W.
A Vocabulary for Preventive Medicine.
In: Clark, D.W., and Mac Mahon, B. (eds): Preventive Medicine
Little, Brown and Co., Boston, 1967.
- 31.- CLARK, LEE R.
Psychologic Reactions of Patients and Health Professionals to

Cancer.

Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen; B. H. Fox; and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 2-8, 1976.

32.- COBB, B.

Psychological Practices with the Physically Disabled.

Cancer, in Garret, J.; and Levine, E. (eds). Columbia University Press, New York, pp. 232, 1962.

33.- COHEN, I.K.; HOHNES, E.C.; and EDGERTON, M.T.

Parotid Duct Transplantation for Correction of Drooling in Patients with Cancer of the Head and Neck.

Surg. Gynec. Obstet., 133:663-665, 1971.

34.- CRAIG, T.; and ABELOFF, M.

Psychiatric Symptomatology among Hospitalized Cancer Patients.

Am. J. Psychiatry, 131-1323, 1974.

35.- DANTO, B.

The Cancer Patient and Suicide.

J. Thanatol, 2:596-600, 1972.

36.- DELAPLAINE, R.; IFABUMUYI, O.I.; MERSKEY, H.; and ZARFOS, J.

Significance of Pain in Psychiatric Hospital Patients.

Pain, 4:361-366, 1978.

37.- DEL REGATO, J.A.; and SPJUT, H.J.

Diagnosis, Treatment and Prognosis.

Fifth Edition, St. Louis: C.V. Mosby, 1977.

38.- DEVLIN, H.B.; PLANT, J.A.; and GRIFFIN, M.

Aftermath of Surgery for Rectal Cancer.

Br. Med. J., 3:413-418, 1971.

- 39.- DORPAT, T.; ANDERSON, W.; and RIPLEY, H.
The Relationship of Physical Illness to Suicide.
In: Resnik, H. (ed).: Suicide Behaviors, Little, Brown, Boston, pp. 209-219, 1968.
- 40.- EASSON, E.C.
Cancer and the Problem of Pessimism.
C.A., 17:7-14, 1967.
- 41.- EGBERT, L.
Psychological Support for Surgical Patients.
In: Abram, H.S.: Psychological Aspects of Surgery, Boston, Little Brown and Co., pp. 37-51, 1967.
- 42.- END RESULTS OF CANCER, REPORT 4, END RESULTS.
Section Biometry Branch, National Cancer Institute, Bethesda: National Institutes of Health, pp. 47-50, 1972.
- 43.- ENGEL, G.L.
Psychological Development in Health and Disease.
Saunders, Philadelphia, 1962.
- 44.- ENGEL, G.L.
The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.
Science, 196 (4286): 129-136, 1977.
- 45.- ENTERLINE, P.E.
Respiratory Cancer among Chromate Workers.
J. Occup. Med., 16:523-526, 1974.
- 46.- EVANS, E.
A Psychological Study of Cancer.
New York, Dodd, Meade, 1926.

- 47.- EVERSON, T.C.
Spontaneous Regression of Cancer.
Ann. N.Y. Acad. Medicine, 114:721-735, 1964.
- 48.- EY, HENRY; BERNARD, P.; BRISSET, C.H.
Tratado de Psiquiatria.
Edit. Toray, S.A.-Masson. pp. 94, 1969.
- 49.- FARBEROW, N.; GANZLER, S.; CUTTER, F.; and RENOLDS, D.
An Eight-Year Survey of Hospital Suicides.
Life-Threatening Behavior, 1:184-202, 1971.
- 50.- FIALKOW, P.J.; GARTLER, S.M.; and YOSHIDA, A.
Clonal Origin of Chronic Myelocytic Leukemia in Man.
Prol. Natl. Acad. Sci., 58:1468, 1967.
- 51.- FINESINGER, J.E.; SHANDS, H.C.; and Abrams, R.D.
Managing the Emotional Problems of the Cancer Patient.
In Clinical Problems in Cancer Research, Sloan Kettering Ins-
titute Seminar 1948-1949. American Cancer Society, Inc.
pp. 106, 1952.
- 52.- FLETCHER, G.H.
Textbook of Radiotherapy.
Second Edition, Philadelphia: Lea and Febiger, 1973.
- 53.- FORDYCE, W.E.
Treating Chronic Pain by Contingency Management.
In Advances in Neurology, Vol. 4: International Symposium on
Pain, edited by J.J. Bonica, Raven Press, New York, pp. 585-
587, 1974.
- 54.- FORDYCE, W.E.

Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness.

C.V. Mosby Company, St. Louis, 1976.

- 55.- FORESTER, B.M., M.D.; KORNFELD, D.S., M.D.; and FLEISS, J.M.D.
Psychiatric Aspects of Radiotherapy.
Am. J. Psychiatry, 135:960-962, Aug. 1978.
- 56.- FOX, B.H.; and HOWELL, M.A.
Cancer Risk among Psychiatric Patients.
Hypothesis Int. J. Epidemiology, 3:207-208, 1974.
- 57.- FOX, B.H.
The Psychosocial Epidemiology of Cancer.
Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen, B.H. Fox and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 11-21, 1976.
- 58.- FRANKL, V.E.
Man's Search for Meaning.
Beacon Press, Boston, pp. 107, 1963.
- 59.- FRAS, I.; LITIN, E.M.; and PEARSON, J.S.
Comparison of Psychiatric Manifestations in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-Abdominal Neoplasms.
Am. J. Psychiatry, 123:1553-1562, 1967.
- 60.- FRAUMENI, J.F.; and MASON, T.J.
Cancer Mortality among Chinese Americans, 1950-1969.
J. Natl. Cancer Inst., 52:659, 1974.
- 61.- FRIEDMAN, H.J.
Physician Management of Dying Patient.
Psychiatry Med., 1:295-305, 1970.
- 62.- GARNER, H.H.

Psychiatric Aspects of Surgery.

Med. and Surgery, 28:351-361, Aug. 1959.

63.- GEORGE, R.W.

Cancer and Other Disorders Related to Certain Perceptual Tests.

Percept. Mot. Skills, 30:155-161, 1970.

64.- GOLDFARB, C.; DRIESEN, J.; and COLE, D.

Psychophysiological Aspects of Malignancy.

Am. J. Psychiatry, 123:1545-1552, 1967.

65.- GOODMAN, L.J.; and GILMAN, A.

Pharmacologic Basis of Therapeutics.

New York, Macmillan, 5th ed., pp. 157-161, 1975.

66.- GOTTSCHALK, L.A.; KUNKEL, R.; and WOHL, T.

Total and Half Body Irradiation Effect on Cognitive and Emotional Processes.

Arch. Gen. Psychiat., 21:574-580, 1969.

67.- GREENBLATT, D.; and SHADER, R.

Psychotropic Drugs in the General Hospital.

In Shader, R. ed: Manual of Psychiatric Therapeutics, Boston, Little Brown and Co., pp. 1-27, 1975.

68.- GREENE, W.A. Jr.; MILLER, G.

Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease.

Psychosom. Med. 20:124, 1958.

69.- HAGGARD, E.; BREKSTAD, A.; and SKARD, A.

On the Reliability of the Anamnestic Interview.

J. Abnorm. Psychol., 61:311-318, 1960.

70.- HAGNELL, O.

The Premorbid Personality of Persons Who Develop Cancer in a Total Population Investigated in 1947 and 1957.

In Bahnson, D.M. (eds): Psychophysiological Aspects of Cancer Ann. N.Y. Acad. Sci., 25:846-885, 1966.

71.- HAMMAR, S.L.

Helping the Patient and Family Members Cope with Stress of - Cancer Illness.

Lecture Sponsored by the American Cancer Society, Strong Memorial Hospital, Rochester, New York, 1974.

72.- HANAY, C.H.

Illness Behavior and Psychosocial Correlates of Cancer.

Soc. Sci. Med., 11:223-228, 1971.

73.- HEALEY, J.E.

Ecology of the Cancer Patient.

Smithsonian Institution, Washington, D.C.: Interdisciplinary Communication Associates, 1970.

74.- HELLER, S.; and KORNFELD, D.

Delirium and Related Problems.

In Arieti, S., ed: American Handbook of Psychiatry, 16:1, 1953.

75.- HIGGINS, I.T.T.

Epidemiology of Cancer of the Prostate.

J. Chronic Disease, 28:343, 1975.

76.- HIGGINSON, J.

Annual Report, International Agency for Research in Cancer. World Health Organization, 1968.

77.- HINTON, J.

- Bearing Cancer.
Br. J. Med. Psychology, 46:105, 1973.
- 78.- HINTON, J.
Talking with People about to Die.
Br. J. Med., pp. 25-27, 1974.
- 79.- HOFFMAN, F.C.
Some Cancer Facts and Fallacies.
Newark Prudential Press, 1925.
- 80.- HOLLAND, J.C.
Acute Leukemia: Psychological Aspects of Treatment.
In Elkerbout, F.; Thomas, P.; and Zwaveling, A. (eds): Cancer
Chemotherapy, Leyden University Press, Leyden, 1971.
- 81.- HOLLAND, J.C.
Psychological Aspects of Cancer.
In Holland, J.F.; and Frei, E., III (eds): Cancer Medicine,
Lea and Febiger, Philadelphia, 1973.
- 82.- HOLLAND, J.C.; FASANELLO, A.; and OHNUMA, T.
Psychiatric Symptoms Associated with L-Asparaginase Adminis-
tration.
J. Psychiatry, 10:105, 1974.
- 83.- HOLLAND, J.C.
Coping with Cancer: A Challenge to the Behavioral Sciences.
Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen; B.H.
Fox; and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 263-267, 1976.
- 84.- HOLLAND, J.C.
Psychological Aspects of Oncology.

- Medical Clinics of North America, Vol. 61, No. 4, pp. 743-747, July, 1977.
- 85.- HOLLAND, J.F.; and FREI, E., III.
Cancer Medicine.
Philadelphia: Lea and Febiger, 1973.
- 86.- JACOX, A.; and STEWART, M.
Psychosocial Contingencies of the Pain Experience.
University of Iowa Press, Iowa City, 1973.
- 87.- KISSEN, D.M.
The Influence of Some Environmental Factors on Personality.
Inventory Scores in Psychosomatic Research.
J. Psychosom. Res., 8:145-149, 1964.
- 88.- KISSEN, D.M.
The Significance of Personality in Lung Cancer in Men.
In Bahnson, C.B.; and Kissen, D.M. (eds).: Psychophysiological Aspects of Cancer. Ann. N.Y. Acad. Sci., 125:820-826, 1966.
- 89.- KLEIN, E.; BURGESS, G.H.; and HELM, F.
Neoplasms of the Skin.
In Holland, J.F.; and Frei, E. III (eds).: Cancer Medicine, Lea and Febiger, Philadelphia, 1973.
- 90.- KLEINMAN, A.M.
Explanatory Models in Health Care Relationships.
In Health of the Family (National Council for International Health Symposium), N.C.I.H., Washington, D.C., pp. 159-172. 1975.

- 91.- KLIENMAN, A.; EISENBERG, L.; and GOOD, B.
Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research.
Ann. Inter. Med., 88:251- 258, 1978.
- 92.- KLEINMAN, A.
Clinical Relevance of Anthropological and Cross-Cultural Research: Concepts and Strategies.
Am. J. Psychiatry, 135 (4):427-431, 1978.
- 93.- KOSS, L.G.
Significance of Dysplasia.
Clin. Obstet. Gynecol., 13:873-888, 1970.
- 94.- KOWAL, S.H.
Emotions as a Cause of Cancer; Eighteenth and Nineteenth Century Contributions.
Psychoanal. Rev., 42:217, 1955.
- 95.- KRANT, M.J.
The Doctor, Fatal Illness, and the Family. In Concerning Death.
Beacon Press, Boston, pp. 51 and 55, 1974.
- 96.- KRANT, M.J.
Problems of the Physician in Presenting the Patient with the Diagnosis.
Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen; B. H. Fox; and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 269-274, 1976.
- 97.- KRASNOFF, A.

Psychological Variables and Human Cancer: A Cross-Validation Study.

Psychosom. Med., 21:221-295, 1959.

- 98.- KUBLER-ROSS, E.
On Death and Dying.
Macmillan Publishing Co., Inc. New York, pp. 157-180, 1978.
- 99.- LABRAUM, A.H., M.D.
Psychological Factors in the Etiology and Treatment of Cancer of the Cervix.
Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol.19, No.2, by Harper - and Row, Publishers, Inc., pp. 419-427, 1976.
- 100.- LEE, E.G.; and MAGUIRE, P.
Proceedings: Emotional Distress in Patients Attending a Breast Clinic.
Br. J. Surg., 62:162, 1975.
- 101.- LE SHAN, L.; and WORTHINGTON, R.E.
Some Recurrent Life History Patterns in Patients with Malignant Disease.
J. Nerv. Mental Disease, 124:460, 1956.
- 102.- LE SHAN, L.
Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Clinical Review.
J. Natl. Cancer Inst. 22:1, 1959.
- 103.- LE SHAN, L.
Psychotherapy and the Dying Patient.
In Pearson, L. (ed): Death and Dying. Western Reserve University

sity Press, Cleveland, pp. 31, 1969.

- 104.- LESTER, D.
Why People Kill Themselves: A Summary of Research Findings.
Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1972.
- 105.- LILLENFELD, A.M.; PEDERSEN, E.; and DOWD, J.E.
Cancer Epidemiology: Methods of Study.
The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1967.
- 106.- LINDERMAN, E.
Symptomatology and Management of Acute Grief.
Am. J. Psychiatry, 101:141, 1944.
- 107.- LOVELL, R.R.H.; and VERGHESE, A.
Personality Traits Associated with Different Chest Pains
After Myocardial Infarction.
Br. Med. J., 2:327-330, 1967.
- 108.- MAGUIRE, P.
The Psychological and Social Sequelae of Mastectomy.
In Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery,
edited by J.G. Howells, Brunner/Mazel, New York, pp. 390-422,
1976.
- 109.- MANDLER, G.
Mind and Emotion.
John Wiley and Sons, Inc. New York, 1975.
- 110.- MANNES, M.
Last Rights.
William Morrow and Co., New York, 1974.
- 111.- MANSER, S.A.

A Credo of Patient's Rights... by a Patient.

The Sunday News, Detroit, pp. 1C, 1974.

112.- MECHANIC, D.

Illness Behaviour, Social Adaptation, and the Management of
Illness.

J. Nerv. Ment. Dis., 165:79-87, 1977.

113.- MELZAC, R.; and CASEY, K.L.

Sensory, Motivational and Central Control Determinants of
Pain. A New Conceptual Model.

In The Skin Senses, edited by D. Kenshalo. Charles C. Thomas,
Springfield, Ill., pp. 423-443, 1968.

114.- MEYER, B.C.

Some Psychiatric Aspects of Surgical Practice.

Psychosomatic Med., 20:203-214, May-June, 1958.

115.- MEYER, B.C.

Some Considerations of the Doctor-Patient Relationship in the
Practice of Surgery.

In Abram, H.S., Psychological Aspects of Surgery, Boston, Litl
tle Brown and Co., pp. 17-35, 1967.

116.- MILLER, D.G.

Preventive Medicine by Risk Factor Analysis.

J.A.M.A., 222:312-316, 1972.

117.- MILLER, D.G.

Management of Dying Patient with Head and Neck Cancer.

Presented at the meeting of the American Laringological Associ
ciation, Boston, Mass., Ann. Otol., 86:805, 1977.

- 118.- MITCHELL, G.W.; and GLICKSMAN, H.S.
Cancer Patients: Knowledge and Attitudes.
Cancer, 40:180-184, 1977.
- 119.- MOERTEL, C.G.
A Trial of Laetrile Now.
N. Engl. J. Med., 298 (4): 218-219, 1978.
- 120.- MUIR, C.S.
Geographical Differences in Cancer Patterns.
In Doll, R.; and Vodopija, I. (eds).: Host Environment In-
teractions in the Etiology of Cancer in Man. Sci. Publ. 7,
1973.
- 121.- Mc COFFERY, M.
Nursing Management of the Patient with Pain.
2nd. ed., J.B. Lippincott, Philadelphia, 1978.
- 122.- Mc COFFERY, M.
Sociologic Effects of Cancer Pain.
Advances in Pain Research and Therapy, Vol.2, edited by J.J.
Bonica, and V. Ventafridda, Raven Press, New York, pp. 99-102,
1979.
- 123.- Mc CORKLE, M.R.
Coping with Physical Symptomts in Metastatic Breast Cancer.
Am. J. Nurs., 73:1034-1038, 1973.
- 124.- Mc INTOSH, J.
Processes of Communication, Information Seeking and Control
Associated with Cancer.
Soc. Sci. Med., 8:167-187, 1974.

- 125.- NEWMAN, S.J.; and HANSEN, H.H.
Frequency, Diagnosis and Treatment of Brain Metastases in 247
Consecutive Patients with Bronchogenic Carcinoma.
Cancer, 33:492-496, 1974.
- 126.- NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE.
Statement on Amygdalin (Laetrile).
Bull. N.Y. Acad. Med., 53 (9): 843-846, 1977.
- 127.- O'NEIL, L.J.
Surgery in Childhood.
South Med. J., 58:25-26, Jan. 1965.
- 128.- PAAL, G.
Zur Bedeutung Psychischer Befunde Für Die Frühdiagnose von-
Hirntumoren (The Significance of Psychological Findings for
Early Diagnosis of Brain Tumors).
Schweiz Arch. Neurol. Neurochirurgical Psychiatry, 97:135-
143, 1966.
- 129.- PARKES, C.M.
Effects of Bereavement on Physical and Mental Health. A Stu
dy of the Medical Record of Widows.
Br. Med. J., 2:274, 1964.
- 130.- PATERSON, E.
Malignant Tumours of Childhood.
J. Fac. Radiol., 9:170-174, 1958.
- 131.- PAULOCK, F.P.; and GRAHAM, J.B.
Precipitating Factors in Cancer of the Cervix.
Presented at Annual Convention of American College of Sur_

geons, Atlantic City, 1959.

- 132.- PECK, A.
Emotional Reactions to Having Cancer.
Am. J. Roentgenol. Radium. Ther. Nucl. Med., 114:591-599,
1972.
- 133.- PECK, A.; and BOLAND, J.
Emotional Reactions to Radiation Treatment.
Cancer, 40:180-184, 1977.
- 134.- PERRIS, G.M.; and PIERRE, I.R.
Psychosomatic Aspects of Cancer.
Psychosom. Med., 21:397-401, 1959.
- 135.- PETERSON, B.H.; GRAHAM, J.; LEMBERGER, L.; and DALTON, B.
Studies of the Immune Response in Chronic Marihuana Smokers.
Pharmacologist, 16:259, 1972.
- 136.- PILOWSKI, I.
Dimensions of Hypochondriasis.
Br. J. Psychiatry, 113:89-93, 1967.
- 137.- PILOWSKI, I.; and SPENCE, N.D.
Pain, Anger and Illness Behaviour.
J. Psychosom. Res., 20:411-416, 1976.
- 138.- PROCEEDINGS OF THE SEVENTH NATIONAL CANCER CONFERENCE.
Los Angeles, 1972. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1973.
- 139.- PROGRESS IN CLINICAL CANCER.
Cancer, Vol.4, 1970.
- 140.- PUNNONEN, R.; GRONROOS, M.; and PELTONEN, R.
Increase of Premalignant Cervical Lesions in Teenagers.

Lancet, 11:949, 1974.

- 141.- RASSIDAKIS, N.C.; KELEPOURIS, M.; GOULIS, K.; and KARAIOSSE_
FIDIS, K.
Malignant Neoplasms as a Cause of Death among Psychiatric Pa
tients.
Int. Ment. Health Res. Newsletter, 14:1, 1972.
- 142.- RASSIDAKIS, N.C.; EVOTOCRITOU, A.; and VOLIDOU, M.
The Psychopathology of Cancer.
In Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery,
edited by J.G. Howells, Brunner/Mazel, New York, pp. 48-60,
1976.
- 143.- RAUSCHER, F.J., Jr.
National Cancer Program: Report of the Director.
Washington, D.C., U.S. Dept. of Health, Education and Welfa_
re, 1973.
- 144.- RICHARDSON, E.
Neurologic Effects of Cancer.
In Holland, J.F.; and Frei, E., eds.: Cancer Medicine, Phila
delphia, Lea and Febiger, pp. 1057-1067, 1973.
- 145.- ROSENTHAL, I.
Reliability of Retrospective Reports of Adolescence.
J. Consult. Clin. Psychol., 27:189-198, 1963.
- 146.- ROSS, M.H.
Length of Life and Caloric Intake.
Am. J. Clin. Nutr., 25:834-838, 1972.
- 147.- ROSS, P.M.

Psychological Problems in Surgery.

Resident and Staff Physician, pp. 76-79, Jan. 1976.

148.- RUBIN, P.

Current Cancer Concepts-Multidisciplinary Views: Cancer of the Urogenital Tract, Parts I, II.

New York: American Medical Association, Inc., 1969.

149.- RUBIN, P.; O'MARA, R.; NELSON, D.; and SCARANTINO, C.W.

Redistribution and Regeneration Patterns of Bone Marrow Following Extended Field Irradiation in Hodgkin's Disease.

Presented at the Annual American Roentgen Ray Society Meeting, Washington, D.C., September, 1976.

150.- RUSK, H.

Foreword.

In Garret, J.; and Levine, E., Cancer Columbia University Press, New York, pp. V-VI, 1962.

151.- SACKLER, A.M.

Does Zchizophrenia Protect Against Cancer?

Hosp. Tribune, pp. 20, Jan.1, 1973.

152.- SALLEN, S.; ZINBERG, N.; and FREI, E.

Anti-Emetic Effect of Delta 9-Tetrahydrocannabinol in Patients Receiving Cancer Chemotherapy.

New Eng. J. Med., 293:790, 1975.

153.- SCHEFLEN, A.E.

Malignant Tumors in the Institutionalized Population.

Arch. Neurol., 66:145-155, 1951.

154.- SCHMALE, A.

Relation of Separation and Depression to Disease. A Report on a Hospitalized Medical Population.

Psychosom. Med., 20:259, 1958.

- 155.- SCHMALE, A.; and IKER, H.P.

The Effect of Hopelessness and the Development of Cancer.

Psychosom. Med., 28:714-721, 1966.

- 156.- SCHMALE, A.; and IKER, H.P.

Hopelessness as a Predictor of Cervical Cancer.

Soc. Sci. Med., 5:95, 1971.

- 157.- SCHNAPER, N.

What Preanesthetic Visit?

Anesthesiology, 22:486, 1961.

- 158.- SCHNAPER, N.

Psychosocial Aspects of Management of the Patient with Cancer.

Medical Clinics of North America, Vol.61, No.5, pp. 1150, September, 1977.

- 159.- SCHNEIDER, P.B.

Psicología Aplicada a la Práctica Médica.

Biblioteca de Psicología y Sociología, Paidós, Volúmen 17, pp. 75-85 y 211-215, 1974.

- 160.- SCHUYLER, D.

The Depressive Spectrum.

Jason Aronson, New York, 1974.

- 161.- SHANK, R.C.; BHAMARAPRAVATI, N.; GORDON, J.E.; and WOGAN, G.N.

Dietary Aflatoxin and Human Liver Cancer. IV. Incidence of Primary Liver Cancer in Two Municipal Populations of Thailand.

- Food Cosmet. Toxicol., 10:171-179, 1972.
- 162.- SHEDD, D.P.
Surgical Advances in Rehabilitation of the Laryngectomee.
J. Surg. Oncol., 6:269-276, 1974.
- 163.- SHEDD, D.P.
Rehabilitation Problems of Head and Neck Cancer Patients.
J. Surg. Oncol., 8:11-21, 1976.
- 164.- SHINKIN, M.B.
Contrary to Nature.
United States Department of Health, Education and Welfare, Pu
blic Health Service, National Institute of Health, Washington,
D.C., 1977.
- 165.- SHIVAS, A.A.
Racial and Geographic Factors in Tumor Incidence.
Edinburgh: Edinburgh University Press, 1967.
- 166.- SHNEIDMAN, E.
Deaths of Man.
Quadrangle/New York Times Books, Co., New York, 1973.
- 167.- SILVERBERG, E.
Cancer Statistics, 1977.
Ca-A Cancer Journal for Clinicians, Vol.27, No.1, pp. 26-41,
1977.
- 168.- SINGH, G.
The Diagnosis of Depression.
Punjab. Med. J., 18:53-59, 1968.
- 169.- SNOW, H.

- Cancer and the Cancer Process.
London, Churchill, 1893.
- 170.- SOLOMON, G.F.; AMKRAUT, A.A.; and KASPER, P.
Immunity Emotions and Stress.
Ann. Clin. Res., 6:313, 1974.
- 171.- SOMENS, R.
Health Care in Transition: Directions for the Future.
Hospital Research and Educational Trust, Chicago, pp. 91, 1971.
- 172.- SPIKES, J.; and HOLLAND, J.C.
The Care of the Patient with Potentially Fatal Disease.
In Strain, J.; and Grossman, J. (eds): Principles of Liaison
Psychiatry, Appleton-Century-Crofts, New York, 1975.
- 173.- STAQUET, M.J.
The Design of Clinical Trial in Cancer Therapy.
Mt. Kisco, N.Y.: Futura Publ. Co., 1973.
- 174.- STEHLIN, J.S., Jr.; and BEACH, K.H.
Psychological Aspects of Cancer Therapy: A Surgeon's viewpoint.
J.A.M.A., 197:100-104, and 140, 1966.
- 175.- STEKEL, R.J.; and KAGEN, A.R.
Diagnosis and Staging of Cancer: A Radiological Approach.
Philadelphia: W.B. Saunders, 1976.
- 176.- STERNBACH, R.H.
Pain: A Psychophysiological Analysis.
Academic Press, New York, 1968.
- 177.- STERNBACH, R.H.
Pain Patients, Traits and Treatments.

Academic Press, New York, pp. 17, 1974.

- 178.- STERNBACH, R.H.; and TIMMERMANS, G.
Personality Changes Associated with Reduction of Pain.
Pain, 1:177-181, 1975.
- 179.- STOECKLE, J.; ZOLA, I.K.; and DAVIDSON, G.
The Quantity and Significance of Psychological Distress in Me-
dical Patients.
J. Chron. Dis., 17:959-970, 1964.
- 180.- STOVRAKY, K.
Psychological Factors in the Outcome of Human Cancer.
J. Psychosom. Res., 12:251-259, 1968.
- 181.- SUMMERS, G.W.
Physiologic Problems Following Ablative Surgery of the Head -
and Neck.
O.T.L. Clin. N.A., 7:217-250, 1974.
- 182.- SURAWICKZ, F.G.; BRIGHTWELL, D.R.; WECTZEL, W.D.; and OTHNER,
E.
Cancer Emotions and Mental Illness: The Present State of Un-
derstanding.
Am. J. Psychiatry, 133:1306-1309, 1976.
- 183.- SUTHERLAND, A.M., et al.
The Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery.
Cancer, 5:857-871, Sep. 1952.
- 184.- TARLAU, M.; and SMALHEISER, I.
Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the
Breast and Cervix.

Psychosom. Med., 13:117, 1951.

- 185.- THOMAS, C.B.; and DUSZYNSKI, K.R.

Closeness to Parents and the Family Constellation in a Prospective Study of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Malignant Tumor, Hypertension and Coronary Heart Disease.

Johns Hopkins Med. J., 134:251-270, 1974.

- 186.- THOMAS, J.; and WIENER, E.

Psychological Differences among Groups of Critically Ill Hospitalized Patients and well Controls.

J. Counseling Clin. Psych., 42:274, 1974.

- 187.- TIME LIFE BOOKS.

Great Ages of Man.

A History of the World's Culture, Time-Life Books, N.Y. 1966.

- 188.- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE.

End Results in Cancer.

Report No.4, Washington, D.C., U.S. Govt. Printing Office, 1974.

- 189.- VAETH, J.M.

The Interrelationship of Surgery and Radiation Therapy in the Treatment of Cancer.

Frontiers of Radiation Therapy and Oncology, Vol.4, New York: S. Karger, 1969.

- 190.- VAETH, J.M.

The Interrelationship of Surgery and Radiation Therapy in the Treatment of Cancer.

- Frontiers of Radiation Therapy and Oncology, Vol.5, New York:
S. Karger, 1971.
- 191.- VETTESE, J.A.M.
Problems of the Patient Confronting the Diagnosis of Cancer.
Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen; B.H.
Fox; and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 275-281, 1976.
- 192.- VON KNORRING, L.
The Experience of Pain in Depressed Patients.
Neuropsychobiology, 1:155-165, 1975.
- 193.- WEISMAN, A.; and HACKETT, T.
Predilection to Death.
Psychosom. Med., 23:232, 1961.
- 194.- WEISMAN, A.
On Dying and Denying: A Psychiatric Study of Terminality.
Behavioral Publications, New York, pp. 57 and 110, 1972.
- 195.- WEISMAN, A.
The Realization of Death: A Guide for the Psychological Autop
sy.
Jason, Aranson, New York, 1974.
- 196.- WEISMAN, A.
Coping Behavior and Suicide in Cancer.
Cancer: The Behavioral Dimensions, edited by J.W. Cullen; B.H.
Fox; and R.N. Isom, Raven Press, New York, pp. 331-341, 1976.
- 197.- WEISS, H.D.; WALKER, M.D.; and WIERNIK, P.H.
Neurotoxicity of Commonly Used Antineoplastic Agents, Part I.
N. Engl. J. Med., 291:75-81, 1974.

- 198.- WEISS, H.D.; WALKER, M.D.; and WIERNIK, P.H.
Neurotoxicity of Commonly Used Antineoplastic Agents, Part II.
N. Engl. J. Med., 291:127-133, 1974.
- 199.- WOODFORDE, J.M.; and FIELDING, J.R.
Pain and Cancer.
In Pain: Clinical and Experimental Perspectives, edited by M.
Weisenburg. The C.V. Mosby Co., St. Louis, pp. 332-336, 1975.
- 200.- WORDEN, J.J.L.; and HARRISON, R.
Survival Quotient Method for Investigating Psychosocial Aspects of Cancer Survival.
Psychol. Rep., 35:719-726, 1974.
- 201.- ZABOROWSKI, M.
Cultural Components in Responses to Pain.
J. Soc. Issues, 8:16-30, 1952.
- 202.- ZABOROWSKI, M.
People in Pain.
Jossey-Bass, Inc., Sn. Francisco, 1969.