

En razón de la persona y de sus conocimientos, así como de su vinculación a la práctica clínica como discípulo, de Juan Rof Carballo, presentamos aquí este texto individualizado.

“PSICOTERAPIA EN UNA PACIENTE CON CANCER DE MAMA”

Intervención del Dr. RAMÓN RAMIREZ ORTUÑO

Como Moderador de la Mesa “Encuentros en Psicología”, organizados por la SEMP, en Madrid el 26.02.2009.

Gracias a los organizadores y participantes por la oportunidad de colaborar como moderador. Gracias por avivar mi interés por los progresos y nuevas técnicas utilizadas por las generaciones nuevas. Gracias por el entusiasmo, la motivación, y, hasta rebeldía de vuestra juventud, factor tan importante en toda terapia. En mi época, se decía, que el joven terapeuta curaba más que el maduro dada la pasión, el entusiasmo febril, por curar del primero y la prudencia casi paralizante del segundo. ¡Nunca se debería abandonar aquella pasión y seguir, de algún modo, siendo jóvenes! Les expondré sencillas experiencias profesionales que pueden resultar provocativas para unos, “descubrir el Mediterráneo” para otros y, tal vez, motivo de controversia y desacuerdo para alguno.

EL MEDICO PSICOSOMÁTICO

La Medicina Psicosomática de aquel momento (hace medio siglo) admitía, de un modo casi unánime, que el médico, con un enfoque psicosomático debía tener las siguientes características:

- Debe conocer los aspectos médicos de la enfermedad desde la perspectiva científico-natural, académica; es decir, poseer una experiencia consolidada en medicina interna.
- Tener buenos conocimientos de Psiquiatría, pero sin inmiscuirse en el ámbito de la misma, ya que no es psiquiatra.
- Con formación y experiencia en neurología, pediatría y psicología dinámica (sin ser neurólogo, pediatra o psicoanalista)
- En sus tratamientos no debía utilizar psicofármacos, ya fuesen antidepresivos, ansiolíticos o anticolinérgicos, salvo en excepciones, y en caso de riesgo de autólisis.

Ya que la no prescripción de psicofármacos permite respetar, y no eliminar, síntomas, ni enmascarar éstos antes de conocer a fondo su etiología y no disminuye la lucidez del paciente, ni se dificulta su vida profesional y social.

La abstinencia de psicofármacos permite comprobar, si su curación o mejoría, se debe a la tarea psicoterapéutica emprendida en común por el médico y el paciente, y no al psicofármaco administrado; hace posible la implicación consciente del enfermo en su curación sin estar “drogado”, “adormecido”, “sedado” o “alienado”. El paciente está además a salvo de efectos secundarios y reacciones adversas que añadan a su patología psicosomática la iatrogénica (más frecuente de lo que se cree, en forma de somnolencia, apatía, disminución de reflejos, sequedad de mucosas, irritabilidad, drogodependencia, afectación hepática, síndrome neurológico maligno, parkinsonismo medicamentoso, propensión al suicidio, etc.) Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico, y con el fin de paliar el dolor, sí se pueden emplear analgésicos y sedantes.

Si un paciente estaba habituado a psicofármacos se le invitaba a prescindir paulatinamente de ellos, aunque necesitase tiempo para deshabituarse.

- El médico trabajaba sin la protección “mágica”, “ensalmadora” de la institución hospitalaria de prestigio o la ostentosa consulta privada. Su consulta era de estilo familiar (como la Berggasse, 19 de Viena, de Freud)

En la institución todo es gratuito, el paciente no valora el tratamiento y, a veces, abusa no sólo de la medicación sino también del médico, psicólogo y personal sanitario.

En la consulta privada, el paciente colabora con su esfuerzo e interés al hacerse cargo de los honorarios, que siempre son un factor terapéutico importante.

- Debía, el médico, asumir la responsabilidad total del enfermo, sin diluirla entre especialistas, (aunque contase con ellos) y procuraba así evitar tratamientos contradictorios.

- Permitía, a veces, y provisionalmente, que el paciente soportara una somatización dolorosa sin analgésicos, si ésta decisión era aceptada por el enfermo, tras explicarle que podía ser un factor de interés en su curación y permitir llegar a la raíz de su mal. A. Jores en 1959 en “Algunas observaciones básicas con motivo de la 4ª Conferencia Europea de Medicina Psicosomática en Hamburgo” escribía: “Debido a la falta de conocimiento verdaderamente etiológico, la mayor parte de los enfermos que llenan las salas de espera de los médicos están recibiendo actualmente sólo medicación sintomática y no tratamiento causal. Por consiguiente, el número de enfermos crónicos y prematuramente incapacitados aumenta sin cesar”.

Laín, en su obra “Antropología de la esperanza”(Guadarrama 1978, pag 184)

escribe: “O la vida es prueba o la vida es absurda.”...”El dolor, la limitación, la forzosidad de vivir en avidez constante, ¿tienen sentido o carecen de él? En principio el hombre no acepta el dolor; trata de evitarlo con técnicas, y cuando lo sufre puede rebelarse con él en acto de desesperación. Pero desde el instante que pasa ésta, “hace suyo” el dolor inevitablemente su misma aceptación le revela – muy obscuramente a veces – que el sufrimiento no es absurdo, aunque lo parezca, y que la aflicción tiene en sí misma un sentido. Ya antes de que Esquilo escribiera su “pathei mathos” – que el padecimiento es fuente de enseñanza – sabía la humanidad que no es posible la perfección sin el dolor”

- Procurábamos, los médicos de orientación psicosomática, avivar emocionalmente, desde el primer momento, la cooperación del paciente en su tratamiento. “¿Quiere usted curarse?” Sin paternalismo, “función apostólica” de Balint, ni la adaptación a su situación patológica. Atentos a evitar diagnósticos rápidos, etiquetas y tópicos de moda. - La sintomatología del enfermo psicosomático es cambiante, errática y, a veces, “guadianea” por complacer al médico, elaborar defensas, obtener ganancias secundarias o por temor al cambio.

- Era pauta admitida, y clave, la de escuchar al paciente sin interrumpir, ni hacer preguntas para no orientar la comunicación. Se escuchaba en silencio, sin tomar notas, atento al paciente, tanto a lo expresado verbalmente, como a las emociones y al lenguaje preverbal. El silencio facilitaba conocer la resonancia que las comunicaciones del paciente tenían en la intimidad del terapeuta y le permitían comprender sin juzgar al enfermo. Por otro lado el médico, desde el primer momento va desapareciendo, dando el alta, “muriendo”, para que el paciente crezca. Los romanos llamaban “mortificatum granum” a la semilla que deja de ser semilla por haber germinado, ¡hermosa realidad aplicada al médico para que, desapareciendo, germine una nueva vida en el paciente!

- El médico, como agente comprometido en la curación del paciente, está abierto a ser a su vez curado por el enfermo de sus propias “cegueras”, “inmadureces”, “malaprendizajes” y carencias emocionales, que como ser humano, también él padece. Puede que la viga en el ojo del médico se reactive, y a veces proyecte en la pajita del ojo del paciente, dificultando la curación de éste último. No puede un ciego guiar a otro ciego. ¡Si y no! Siempre se ha dicho que el médico con problemas inconscientes, experiencias personales traumáticas, relaciones afectivas insuficientes en la niñez, etc. busca en el ejercicio la medicina psicosomática su propia curación. ¿Y qué? Si es consciente de ello, camina con más precaución, realismo, sin prepotencia ni suficiencia y sabe que del ser doliente enfermo puede aprender y ser, a su vez, él mismo liberado de sus componentes de enfermo. Es evidente que el médico no cura con sus cegueras, pero gracias a éstas, al igual que Tiresias, puede ver lo que otros no ven, y comprender a enfermos, que otros médicos no comprenden. Es ciego, como Tiresias, para “la medicina de evidencias”, y no se deja seducir por ésta, aunque esté en primer plano. Ve con su ceguera lo que nadie ve, la intimidad morbosa, menesterosa, y puede percibir, en su paciente, profundidades anímicas similares a las que el vidente ciego griego vaticinaba sobre Tebas por la conducta incestuosa de su rey Edipo. Por otro lado, “el conócete a ti mismo” del oráculo de Delfos es interpretado hoy como un conocer y asumir el hombre sus limitaciones. En este sentido A. Mitscherlich (Heidelberg 1959) “En ocasiones, es una buena política cerrar los ojos a un problema y darse cuenta, simplemente, de que las cosas pueden volver a su tonalidad original cuando cae “la máscara del padre”, afirmaba en su obra, “La contribución del Psicoanálisis a la Medicina Psicosomática”, comentando un caso de vejez prematura y canicie, que aparece y desaparece, “máscara del padre” de Groddeck (pionero psicosomático de los años veinte).

En (Juan, 9, 39-40) se expresa la misma realidad: “Jesús dijo: Yo he venido al mundo para un juicio, para que los que no ven vean y los que ven se vuelvan ciegos”. Los ciegos de su época eran los desplazados, marginados, enfermos; los que veían eran los sabios conocedores de las Escrituras, autoridades reconocidas, pero ciegas.

- Otro rasgo más que interesaba al médico psicosomático era el valor que tenía la conducta del paciente, su familia, su entorno, y de modo especial, a su biografía. Se hacía cargo del paciente enfermo en su totalidad.

Esta concepción integral de la compleja realidad del enfermo hacía al médico psicosomático de los años cincuenta, un fiel heredero de la medicina griega. Ya, Platón, en su diálogo Carmides, pone en boca de Sócrates ésta alocución dirigida al adolescente: “Es posible que sepas que los buenos médicos, cuando un enfermo acude a ellos por tener mal en los ojos, declaran que no sería posible curar los ojos aisladamente, sino que hay que cuidar la cabeza para curar los ojos, y que, de igual manera, querer curar la cabeza sola, independientemente de todo el cuerpo, es absurdo. Partiendo de éste principio, dan un régimen para el cuerpo entero y, cuidando el todo, se aplican a curar la parte enferma... y si los ojos no pueden ser curados independientemente de la cabeza, ni la cabeza, independientemente del cuerpo, ése cuerpo a su vez no puede ser curado mas que a una con el alma, y que si los médicos griegos son impotentes contra la mayor parte de las enfermedades, ello se debe a la ignorancia que tienen del conjunto que tienen que cuidar, de forma que al estar enfermo el todo, la parte no puede curarse. El – el médico tracio, informante de Sócrates – decía que el alma es la fuente de donde manan, para el cuerpo y el hombre entero, todos los bienes y todos los males, de la misma manera que la cabeza lo es para los ojos; que había, pues, que dirigirse y atacar primero sobre todo la fuente del mal para asegurar la

salud de la cabeza y de todo el resto el cuerpo”. En el mismo Diálogo, más adelante, Critias, dice: “Este dolor de cabeza habrá sido para Carmides una extraña fortuna, si es que su mal está vinculado al progreso de su espíritu”. A ésta extraña fortuna la llamamos hoy las ganancias que obtiene el enfermo tras su tratamiento psicoterapéutico.

- Permanecíamos atentos a discernir al “enfermo pantalla”, habitualmente sano, que nos presentaba un familiar o allegado, éste sí enfermo.
- Al enfermo se le valoraba, respetaba, no se decidía por él. Se le pedía que no hiciera cambios irreversibles en su vida hasta que recuperara la salud, la serenidad y humor habitual. Cuando, ello era posible, se le invitaba a hacer su vida normal de trabajo y relaciones sociales y abstenerse de cualquier ganancia secundaria de la enfermedad, que le pudiera proporcionar su enfermedad

ETIOLOGIA MULTIPLE DE LAS SOMATIZACIONES

En principio la conversión histérica. Puede considerarse uno de los primeros pilares de la Medicina Psicosomática. La descripción de Freud de síntomas orgánicos, anestias, disfunciones, alteraciones sensoriales, sin lesión neuromuscular, ni correspondencia con la inervación muscular de zona afectada y el hecho de que tales somatizaciones desaparecieran, haciendo consciente lo inconsciente y reprimido, fortaleciendo el yo del paciente, para que éste pudiera aceptar su contenido reprimido, orientando la libido de un modo más satisfactorio y sano, con señorío sobre lo instintivo e irracional, fue un nuevo horizonte para toda la medicina posterior. Sin embargo, llama la atención, la prevención y “peligro”, que Freud veía en las somatizaciones, y del que advierte, en una carta dirigida a V von Weizsäcker en 1932:”Por motivos educativos tuve que alejar a los psicoanalistas de tales exploraciones (psicosomáticas), dado que las inervaciones, vasodilataciones y vías nerviosas hubiesen sido tentaciones demasiado peligrosas para ellos, debían aprender a limitarse a las formas de pensamiento psicológico”

Ernest Bloch, en obra “Das Prinzip Hoffnung” hizo años más tarde una crítica demoledora y despiadada, no solo de Freud sino también de sus más destacados discípulos, calificando a Freud de “pequeño burgués”, a Adler de “capitalista” e “imperialista” y a Jung de “furibundo fascista”. Y por otro lado, sin embargo, se anticipó Bloch a ver en el hambre y el paro nuevos factores etiológicos de las somatizaciones. Así dice: “Ni la hipocresía sexual, ni la libido, ocupan en el proletariado tanto lugar como suponía ab origine el psicoanálisis. El hambre y las preocupaciones conexas con ella angostan la libido en la clase inferior; entre sus hombres hay menos dolencias elegantes y la enfermedad tiene una causa más tangible, más sencillamente dominable. Los conflictos neuróticos del proletariado no consisten desgraciadamente en cosas tan elaboradas como “la fijación de la libido en ciertas zonas erógenas” (Freud) o “una mala adaptación de la máscara del carácter” (Adler) o “la regresión incompleta a épocas primigenias” (Jung); la angustia ante el paro es también, y de grave manera, un complejo de castración”

Gracias a la experimentación animal de Wolf y Wolf en N.York, así como las llevadas acabo en fisiología humana por Cannon se inicio el camino de la psicofisiología.

Deficientes relaciones primigenias del lactante. Otro factor etiológico de las somatizaciones se da en las relaciones precarias madre –hijo y el tipo de cuidados maternos recibido por el lactante. Las observaciones de René Spitz, Richard Meili, Pulver, John Bowlby, Rof y su equipo informan de enfermedades infantiles, causadas por insuficientes cuidados maternos y ambientales en los niños abandonados al nacer y acogidos en instituciones, somatizaciones similares a las del adulto. Los niños institucionalizados, bien atendidos material y médicamente, sufrían carencias afectivas, lúdicas, y dedicación de tiempo de gratuito por parte del personal que los cuida. La repercusión de estas carencias en la edad adulta de los supervivientes la dramatizaba René A. Spitz afirmando: “de lactantes sin amor se convertirán en adultos llenos de odio”.

Los estudios de etología. En los años 1951 y 1953 de Lorenz y Tinbergen (Premios Nobel), evidencian el fenómeno de “acuñamiento”, “imprimación” y describen la conducta de animales recién nacidos imitando y siguiendo al cuidador, presente en su eclosión a la vida.. La medicina se interesa por esa fase tan primigenia del ser humano, que lo pertrechará para el futuro. Poco mas tarde, los trabajos del matrimonio Harlow con primates, en 1966, destacan la importancia de las primeras fases de la vida y su repercusión futura en la socialización de los primates. Adquiere suma importancia a la estimulación precoz.

El Síndrome general de adaptación. Los trabajos en los años cincuenta en Canadá del médico y filósofo austriaco, Hans Selye, con animales de laboratorio sometidos a injurias externas de frío, quemaduras, irritaciones cutáneas, que provocaban en los animales una sintomatología en la fase de agotamiento de su intento de adaptación frente a la noxa, de lesiones en la mucosa gástrica acompañadas de alteraciones inmunológicas, dichas investigaciones fueron de gran interés para la medicina psicosomática.

La palabra estrés, acuñada por este investigador, viene a definir, hoy, un conjunto variado de influencias medioambientales y también emocionales, que repercuten en todo el organismo y causan alteraciones funcionales y orgánicas. El estrés entra como un factor importantísimo en las somatizaciones.

Coetáneo de Selye fue Frank ALEXANDER, que en su Psiquiatría Dinámica muestra todos los avances psicosomáticos logrados por la integración de la medicina interna y el psicoanálisis, pese a los temores de Freud. Abre la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico de las enfermedades psicosomáticas.

Ives HENDRICK, en F. DEUTSCH “The psychosomatic concept in psicoanálisis“ (Int. Universities Press. Inc N. Cork 1953) escribe: Su hipótesis es “que los trastornos psicosomáticos están basados en la labilidad fisiológica del sistema nervioso autónomo, que normalmente se halla a niveles de desarrollo inmaduro” pág.139.

“Felizmente la medicina psicosomática no sólo es necesaria sino también posible. Se lo debe a un desarrollo vivo de las investigaciones psicofisiológicas de las últimas décadas, que tuvieron lugar en el ámbito de la medicina social y de la epidemiología. En este sentido se debe destacar, que la mayoría de estas investigaciones se realizaron bajo la clave “Estrés como factor de enfermedad”, una clave cuya cuestionabilidad se reconoce hoy en día de forma general. Si se tiene en cuenta que “el estrés” casi se convirtió en sinónimo de todos los estímulos ambientales que originaban reacciones somáticas a través de desencadenantes anímicos, se comprende la importancia de esta investigación del estrés para la teoría de la medicina psicosomática.” (Hans Schaefer,

Escuela de Heidelberg de Medicina, Das Prinzip Psychosomatik, 1990) Este autor aboga por una Medicina más completa, sin encorsetarse en lo anatomofisiológico, y que, si quiere ser científica, debe incorporar la intimidad del hombre; llámese a esa realidad, inespacial, como decía Ortega en “Expresión fenómeno cósmico”: alma, espíritu, psique, yo, volición etc. y que da sus refracciones en el cuerpo que habita.

Reflejos condicionados de Pavlov. De los experimentos de éste investigador ruso sobre la fisiología de la salivación de los perros se han deducido comportamientos automáticos conductas que se movilizan por estímulos secundarios que acompañaban a su alimentación. La salivación era estimulada por una serie de factores, que acompañaban a la presencia de la comida. Esos factores podían desencadenar, más tarde, la salivación sin comida. Se abre la puerta a los modos de condicionar la conducta, que otros investigadores como Skinner ampliaran más tarde.

Cambios bruscos del entorno. Somatizaciones entre los emigrantes adultos. Trastornos de ansiedad de personas mayores y niños en el hospital o la institución. Adultos que se quedan inesperadamente en el paro. La marginación que crea la pobreza, el abandono o la total desaparición de lazos familiares, relaciones de amistad y sociales. Sobrecargas profesionales o familiares que superan la capacidad de respuesta del individuo, etc.

PERSONALIDAD DEL ENFERMO DE CANCER

Los rasgos de personalidad, sintetizados por Schwarz en 1991, (similares a los de Klusmann) que predisponen al cáncer de mama:

- Negación
- Represión
- Disminución o exageración de la expresión de sentimientos
- Sexualidad contenida
- Identidad sexual lábil
- Masoquismo
- Autodestrucción
- Débil confianza en si mismo
- Sentimiento de carencia de valor
- Tendencia a la depresión y contacto afectado
- Elevado neuroticismo
- Sobreadaptación social

Schwarz (1991 y 1993) se ocupado de la forma más completa del posible condicionamiento psíquico de las enfermedades cancerosas. Tras su sinopsis de todos los estudios conocidos llega a la conclusión que apenas existe un resultado significativo para el cuál no exista al mismo tiempo un resultado contrario asimismo significativo.

Schwarz (1991) llega a las siguientes conclusiones coincidiendo con Fox (1983):

1. En los datos descritos no hay ningún tipo de indicio de la existencia de una personalidad cancerígena en el sentido de la tipología simple “tipo C” descrita;

Por el contrario se puede partir de la base de que el estilo de conducta defensiva de las personas gravemente enfermas, representa un fenómeno psíquico concomitante de los sentimientos de amenaza debidos al sufrimiento corporal.

2. Sin embargo los factores de personalidad y variables psicosociales tienen sin duda un significado en el área del diagnóstico precoz del cáncer (actitud de negación), las conductas de riesgo y la superación de la enfermedad (p. ej. Apoyo social); Aquí se ponen en general las bases para la información y la educación para la salud y especialmente para la atención individual del enfermo, si bien se debe alertar aquí de no caer una simplificación excesiva.

Ya, en los años sesenta, Rof Carballo advertía, con perspicacia clínica, como la depresión que surge en el hombre maduro, anteriormente sano, era el “síntoma premonitorio” de un cáncer en que meses más tarde, se manifestaría claramente, y entonces estaba latente o sin diagnosticar.

ACTUDES ANTE EL ENFERMO DE CÁNCER

- Confrontar al paciente con el diagnóstico. Informarle de la posibilidad de muerte. Resistencia del médico a informar sobre la muerte. En los años cincuenta el 90% de los enfermos lo pedía y sólo el 20-30% de los médicos lo hacía. En los noventa cambiaron las cosas y el 90% de los médicos informa del diagnóstico. No siempre la comunicación de un diagnóstico tan fatal aumenta la colaboración y supervivencia del enfermo. Hay estudios en los que se distribuyó a enfermos biopsiados de cáncer con diagnóstico positivo, distribuidos en cuatro grupos: no informados, informados sin aceptación, informados rebeldes, e informados que asumían su enfermedad. La supervivencia fue mayor en los primeros y los últimos, que en los otros dos grupos. La muerte como hecho biológico inevitable. **“De la idea que el hombre se haga de la muerte dependerá la dignidad de su vida” (García Morente en su discurso en la Academia Naval de Marín en 1940)**

- El médico debe conocer la enfermedad, sin crear falsas expectativas en el enfermo que terminan en esperanzas frustradas. Ni alarmar al paciente por su desconocimiento de la enfermedad.

Debe estar disponible y accesible para calmar a enfermos tan dependientes, regresivos y para que no piensen se les abandona.

- Tendrá, con habilidad, que averiguar lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus fantasías, temores. ¿Cuál es su estado de ánimo: negación, rebeldía, aceptación resignación?

- Con qué apoyos cuenta. Red social primaria: conyuge, pareja, familia, buenos amigos y en ocasiones cuidadores. Red social secundaria: familiares, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, grupos de autoayuda.

- Informar directamente al paciente y no solo a los familiares, salvo en personas débiles o incapaces de asumir una información tan importante para ellas.

- Desmontar falsas etiologías elaboradas por el paciente basadas en culpabilidad, presión laboral, identificación con otra persona relevante, que sufra la enfermedad.

- Potenciar la comunicación ya existente con personas y si es posible su integración laboral y social.

- Habituarse al enfermo a dirigir su agresividad hacia el exterior

- El médico no transmitirá sus estados de ánimo negativos al paciente, su impotencia ante la enfermedad, ni lo abrumará con explicaciones minuciosas técnicas de su mal.
- El médico puede aprender mucho de la lucidez y clarividencia que estos enfermos poseen para destacar y jerarquizar lo que es importante en la vida. Puede hacer que el paciente se sienta valioso, ya que realmente lo es.