



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología  
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos**

**La angustia de Damocles: Contribuciones al trabajo de la angustia de recaída en pacientes con cáncer a través de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica a propósito de un caso clínico.**

**Autora:** Carolina Sotelo Moyano.  
**Profesor Guía:** Dr. Hugo Rojas Olea.

Santiago, Septiembre de 2014

*Dedicada a David, mi compañero de vida...*

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
CAPITULO I: ETIOLOGIA Y ASPECTOS GENERALES DEL CANCER .....	9
1.    CANCER: ASPECTOS GENERALES: .....	9
1.1 DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN: .....	9
1.2 PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER EN EL MUNDO Y EN CHILE .....	10
1.3 LEUCEMIA AGUDA .....	12
2.    CANCER: ETIOLOGIA DEL CANCER: .....	16
2.1 FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOCULTURALES .....	18
2.2. PSICOANALISIS Y CANCER .....	19
CAPITULO II: CANCER Y ANGUSTIA .....	23
1.    CONCEPCIONES PSICOANALITICAS DE LA ANGUSTIA A PARTIR DE LA OBRA DE SIGMUND FREUD. ....	23
1.1 LA ANGUSTIA EN 1985 .....	23
1.2 LA ANGUSTIA EN 1909 .....	26
1.3 LA ANGUSTIA EN 1917 .....	27
1.4 LA ANGUSTIA EN 1926.....	30
2.    LAS ANGUSTIAS DEL ENFERMO DE CÁNCER: .....	32
3.    LA ANGUSTIA DE DAMOCLES.....	33
CAPITULO III: ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON CANCER.....	36
1.    ASPECTOS GENERALES.....	36
2.    PSICOTERAPIA DINÁMICA EN PACIENTES CON CÁNCER .....	38
2.1 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA PRIMERA FASE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO .....	42
2.2 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA SEGUNDA FASE: SEGUIMIENTO .....	43
2.3 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA TERCERA FASE: RECIDIVA.....	43
2.4 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA CUARTA FASE: ESTADIO TERMINAL .....	44
CAPITULO IV: CASO CLÍNICO .....	45

1. ANTECEDENTES CLÍNICOS: .....	45
2. EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA: .....	45
CAPITULO V: DISCUSIONES A PARTIR DEL CASO CLINICO .....	51
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO: MANEJO DEL SÍNDROME DE LA ESPADA DE DAMOCLES DESDE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA. ....	51
CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61

## **RESUMEN**

La presente tesis de investigación de estudio teórico – clínico, ofrece una aproximación hacia la comprensión y abordaje de la angustia de recaída desde la Psicoterapia Dinámica Breve en pacientes Hemato-Oncológicos, a partir de la experiencia terapéutica en la Unidad de Hemato-Oncología Adultos del Hospital San Borja Arriarán. Se realizará la integración de la enfermedad del cáncer y las contribuciones que realiza la Psicoterapia Dinámica para el tratamiento psicológico de estos pacientes. Se pondrá énfasis, y sosteniendo esta investigación, a partir de un caso clínico de Leucemia Mieloide en la angustia de recaída, síntoma manifiesto por los pacientes oncológicos en la etapa libre de enfermedad. Este fenómeno, comúnmente identificado por la oncología como “Bajo la Espada de Damocles”, sería la amenaza constante de que la enfermedad reaparezca.

## INTRODUCCION

Con aproximadamente 20 millones de persona vivas que sufren algún tipo de cáncer, esta enfermedad se extiende en todo el planeta, constituyendo uno de los principales focos de atención de las políticas públicas sanitarias.

En la actualidad, la principal causa de muerte mundial son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales el cáncer ocupa el 13% de la totalidad. Se calcula que para el año 2020 probablemente más de 30 millones de personas padecerán cáncer. El cáncer en Chile, es considerado como un problema de salud pública ya que es la segunda causa de muerte, llegando incluso a ser la primera en algunas regiones. Los cánceres más comunes en Chile como en Latinoamérica son, en las mujeres, el cáncer cervicouterino, de mama, de estómago y colorrectales, y en los varones, el de próstata, pulmón, estómago y colorrectales. Ingresan cada año al sistema público y privado aproximadamente 75.000 casos nuevos de cáncer, constituyéndose en nuestro país en la segunda causa de muerte, traduciéndose aproximadamente en 23.136 vidas perdidas producto de esta enfermedad en el año 2010.(MINSAL, 2010). Cabe destacar que en nuestro país, la población beneficiaria del sistema público de salud en el año 2009 correspondió al 74,1%, habiendo un 26,5% del total de la población que pertenece a Fonasa grupo A, es decir, la población indigente o carente de recursos que realizan un pago de 0% de las atenciones de salud. (Fondo Nacional de Salud, 2010).

A nivel del sujeto, el cáncer significa un cataclismo mental y físico, tanto para el propio sujeto, como para todos los que le rodean, especialmente para el grupo familiar. Esta situación de permanente angustia aparece desde las primeras pesquisas del diagnóstico realizadas en los Centros de Atención Primaria de Salud yterminando en un Diagnóstico certero en el Nivel Terciario, etapa que puede durar de 2 a 7 meses, continuando en el tratamiento, seguimiento, control de la enfermedad o en cuidados paliativos cuando los tratamientos no han resultado eficaces. Todas estas etapas implican, además, un sinfín de procedimientos invasivos que comprometen la corporalidad y el psiquismo del paciente, impactando aún más su integridad mental. Una de las angustias que prevalece en la mayoría de los pacientes oncológicos que han superado la enfermedad, es la angustia a la recaída, en donde el paciente siente el temor constante de que reaparecerá la enfermedad, disminuyendo sus posibilidades de sobrevida.

Si bien, las respuestas emocionales frente a la experiencia de padecer un cáncer son subjetivas y personales, son comunes las reacciones que oscilan desde la negación de enfermedad, la angustia, la confusión, la desorientación, la incredulidad, el pánico, la rabia, la desesperación, los temores, etc. El diagnóstico de cáncer nos sitúa existencialmente en el borde de una experiencia crítica, en la que el sujeto fácilmente se verá desbordado y superado por un cúmulo de acontecimientos a los que deberá exponerse, cuyo factor común, al que deberá hacer frente de forma permanente, es la percepción consciente o inconscientemente de su vida bajo amenaza provocada por la pérdida de salud y la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal (Solana, 2005).

En Chile, no existen planes de intervención psicológica para pacientes oncológicos. Las únicas referencias existentes hasta el momento, por parte del Ministerio de Salud, se encuentran en las Guías Clínicas Protocolizadas de:

- 1) Cáncer Cervicouterino, en el apartado de “Observaciones a la gestión clínica”, que señala que los pacientes deberán recibir “educación, orientación y apoyo psicológico individual”. (Protocolo PANDA, 2010, p.19)
- 2) Cáncer de Mama, en el apartado “Recomendaciones claves en cáncer de mama” que señala: “Todo paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de mama debe recibir apoyo psicológico” (op. cit. p. 6)
- 3) Cáncer Gástrico, en el apartado “Recomendaciones” que señala: “Todos los pacientes deben recibir apoyo psicológico desde la confirmación del diagnóstico, durante el tratamiento y seguimiento” (op. cit. p. 5).
- 4) Cáncer de Próstata, en el apartado “Recomendaciones claves” que señala al igual que el gástrico: “Todos los pacientes deben recibir apoyo psicológico desde la confirmación del diagnóstico, durante el tratamiento y seguimiento” (op. cit. p. 6).
- 5) Leucemia mayores de 15 años en el apartado “Evaluación de factores pronósticos adversos” señala: “El paciente y su familia pueden requerir apoyo psicosocial” (op. cit. p.19).

Como vemos, no existen lineamientos de intervención psicológica a nivel Institucional como el MINSAL, tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes son atendidos en Centros de Salud Pública.

Este trabajo abordará el cáncer de Leucemia Aguda, en donde se describirá su clasificación diagnóstica, su prevalencia en nuestro país y sus manifestaciones clínicas.

Respecto al tema central de la presente investigación, el desarrollo que hace el psicoanálisis y las terapias psicodinámicas nos permite recorrer y reconstruir el drama de la angustia ante la recaída en la enfermedad, es por ello, que de acuerdo a la experiencia personal en la Unidad de Oncología Adultos del Hospital San Borja Arriarán, se expondrá un caso clínico de Leucemia Mieloide Aguda, con el objeto de contribuir a la comprensión del paciente oncológico frente a esta específica angustia. A partir de lo expuesto anteriormente, es posible esbozar la pregunta que será el pilar fundamental que articulará la presente investigación: Desde la psicoterapia breve dinámica, ¿Cuál es la contribución que hace esta orientación para el abordaje terapéutico hacia estos pacientes, principalmente con el fenómeno de la espada de Damocles?



## CAPITULO I: ETIOLOGIA Y ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

### 1. CANCER: ASPECTOS GENERALES:

#### 1.1 DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN:

Hipócrates (460-370 a.C.) inicialmente utiliza el término de karcinos, karkinos, carcinos y carcinoma. Del griego cangrejo, por sus características invasoras, que sugerían las patas de un crustáceo o por que el dolor simula la mordedura de un cangrejo. El cáncer consiste en una proliferación celular excesiva e incontrolada, limitando la función del organismo a través de la invasión de células cancerígenas en órganos y tejidos. (Brannon y Feist, 2001).

Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos difícilmente ponen en riesgo la vida de la persona. Por lo general, no vuelven a proliferar luego de una cirugía ni tampoco invaden ni se diseminan a otras partes del cuerpo. Los tumores malignos, en cambio, son capaces de poner la vida en peligro, pudiendo invadir y dañar otros órganos y tejidos y, por lo general, vuelven a aparecer luego de su extirpación. Estos se clasifican en cuatro grupos: carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. Los carcinomas se originan en las células del tejido epitelial, las que cubren las superficies externas e internas del órgano, como la piel, la pared del estómago o las mucosas. Los sarcomas comienzan en el tejido conectivo, como el cartílago, la grasa, el hueso, el músculo y vasos sanguíneos. La leucemia, por su parte, es un tipo de cáncer originado en las células que componen la sangre, como las de la médula ósea. Finalmente, el linfoma es un cáncer que afecta a las células del sistema inmune y linfático. (Brannon y Feist, 2001).

Existen dos disciplinas médicas que se ocupan del cáncer: La Oncología y la Hematología. La Oncología es un término derivado del griego *Onkos*: masa o tumor y *Logos*: estudio o tratado, que estudia los tumores sólidos. Por otra parte, encontramos la Hematología, del griego *Hema*: sangre, que es una especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre y los órganos relacionados como la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo, entre otros.

Los cánceres de tumores sólidos consisten en una masa anormal de tejido ubicado en un órgano específico. Los tipos de cánceres de tipo sólido más comunes son: cáncer gástrico, cáncer colorrectal y anal, cáncer testicular y tumores germinales extragonadales, cáncer epitelial de ovario, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de pulmón, osteosarcoma y sarcoma de partes blandas, cáncer de piel o melanoma.

Las neoplasias hematológicas por su parte, se clasifican en: linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia aguda, leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica y mieloma múltiple.

## **1.2 PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER EN EL MUNDO Y EN CHILE**

Según la OMS, el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le adjudican 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en el 2008, localizados en su mayoría en pulmón, estómago, hígado, colon y mama (OMS, 2011, citado en MINSAL 2010). Se estima que el número de defunciones por cáncer continúe aumentando, superando los 13,1 millones en el 2030 a nivel mundial. (MINSAL 2010).

Entre los motivos atribuibles en la actualidad a la magnitud del daño de los tumores malignos se encuentran: la declinación de las muertes por causas cardiovasculares en los países desarrollados, el envejecimiento poblacional consecuente al aumento de la expectativa de vida de la población, el aumento en el consumo de tabaco, hábitos no saludables tales como: alimentación rica en grasas y pobre en fibras, disminución de la actividad física y aumento de la obesidad.

El cáncer es la segunda causa de muerte general en Chile desde 1970. La principal causa de muerte por cáncer en nuestro país sigue siendo el cáncer de estómago secundado por el cáncer de las vías respiratorias. La mortalidad en la población chilena, alcanzó la tasa 135,3 x 100 mil habitantes (observada), que correspondió a 23.136 fallecidos en el año 2010. Actualmente, representa el 23,1 % del total de las defunciones, antecedida sólo por los problemas cardiovasculares.

Tabla 1: Mortalidad Observada por Cáncer en Chile. (Fuente: MINSAL 2010):

MORTALIDAD OBSERVADA POR LOCALIZACIONES SELECCIONADAS DE CÁNCER EN AMBOS SEXOS 2010-CHILE			
TIPO DE CANCER	CIE - 10	AMBOS SEXOS	
		Nº	Tasa
PRÓSTATA (*)	C61	1.924	22,7
ESTÓMAGO	C16	3.316	19,4
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	C33-C34	2.674	15,6
MAMA	C50	1.305	15,0
VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES EXTRA	C23-C24	1.751	10,2
COLON	C18	1.359	8,0
CUELLO DE UTERINO (*)	C53	578	6,7
PANCREAS	C25	1.107	6,5
HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAH.	C22	984	5,8
LINFOMA	C81-C90,C96	671	3,9
LEUCEMIA	C16	645	3,8
RECTO	C91-C95	625	3,7
TUMORES DE LA PIEL	C20	426	2,5
TESTÍCULO (*)	C44	241	1,4
MELANOMA	C62	105	1,2
TIROIDES	C43	193	1,1
ESOFAGO	C73	121	0,7
Resto de los tumores malignos		5.111	
TODAS LAS LOCALIZACIONES	C00-C97	23.136	135,3
(*) Tasa específica por sexo			
Total principales localizaciones		15.980	
Otras localizaciones		7.156	

Tabla 2: Mortalidad en Hombres: El cáncer gástrico es la 1º causa de muerte en los hombres chilenos, tendencia estable por más de dos décadas. (Fuente: MINSAL 2010):

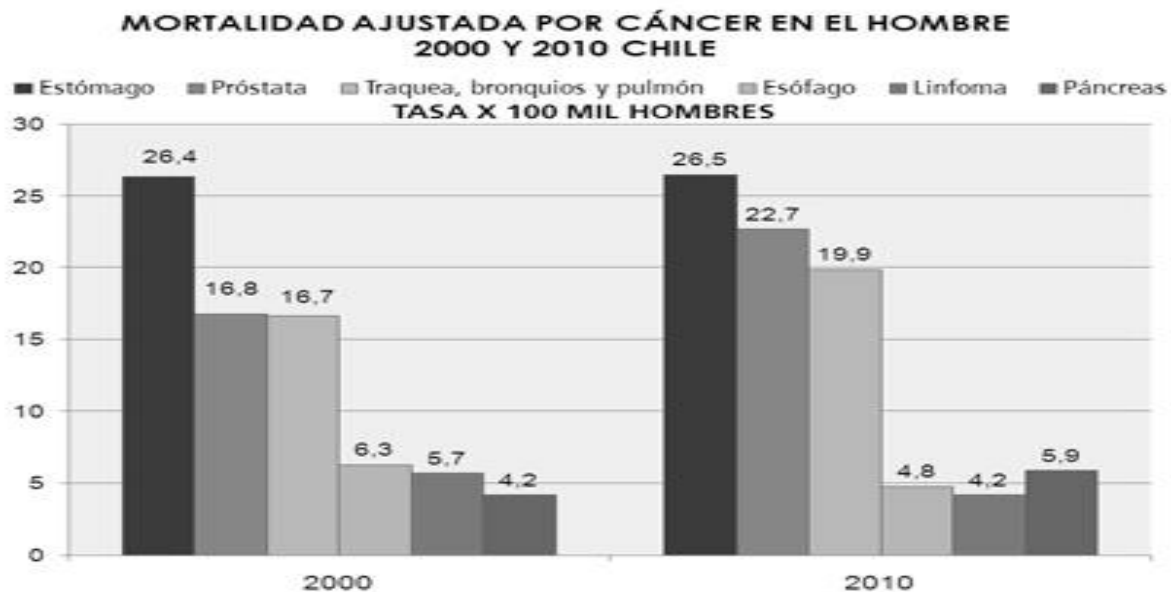
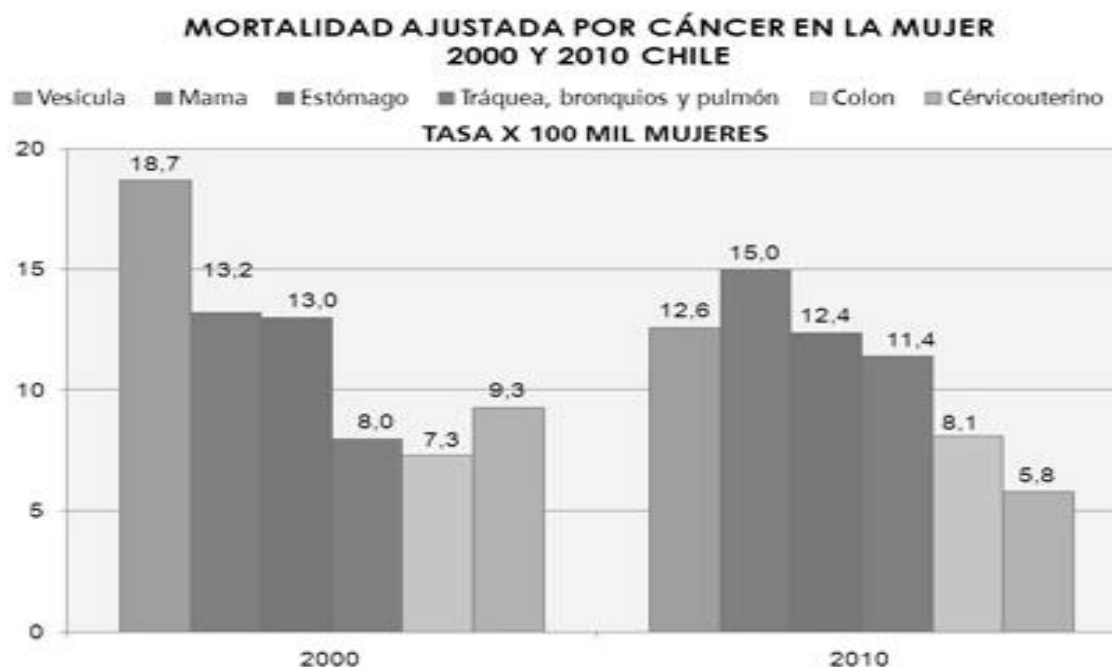


Tabla 3: Mortalidad mujeres: Actualmente, y como en el resto del mundo, la principal causa de muerte por tumores malignos en las mujeres es el cáncer de mama, con una tasa ajustada de mortalidad de 15 x 100 mil mujeres en el año 2010 (Fuente: MINSAL 2010):



### 1.3 LEUCEMIA AGUDA

Se entiende por leucemia a la infiltración de la sangre periférica por leucocitos tumorales malignos, generalmente originarios de la médula ósea. Se caracteriza por la presencia de células inmaduras llamadas blastos que invaden la sangre periférica y médula ósea con la consiguiente disminución de glóbulos rojos y plaquetas. La denominación Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) corresponde a neoplasias de la línea linfóide y la Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) a neoplasias de la línea mieloide (MINSAL, 2010).

La leucemia involucra una gama importante de neoplasias que pueden tener muy diferentes formas de presentación, velocidad de instalación, así como diversos tratamientos y pronósticos. En términos generales, se incluyen leucemias agudas y

crónicas, según la velocidad de instalación y grado de madurez de la célula maligna involucrada, y linfoide o mieloide según su procedencia.

Las leucemias constituyen el 10% de todas las neoplasias hematológicas. La leucemia mieloblástica constituye el 80% de las leucemias agudas en adultos, mientras que la leucemia linfoblástica alcanza solo el 20%. En los niños, esta relación es inversa.

Manifiesta una mortalidad elevada. La sobrevida de la LLA (Leucemia Linfoblástica Aguda) es del 35-40% a 2 años finalizado el tratamiento, y de la LMA (Leucemia Mieloide Aguda) del 20% a dos años. La edad promedio que se manifiesta es de 30 años en LLA y más de 55 años en LMA. En el período 1995-2001, las tasas de sobrevida en Leucemia en fueron: <sup>1</sup>

USA	Chile <sup>6</sup> en menores de 15 años	Chile <sup>7</sup> en mayores de 15 años
Leucemia Linfática Aguda(LLA): 64,6% (88,4% < 5 años)	73% 2010= 78%	40 %
Leucemia Mieloide Aguda(LMA): 19,8% (52% <15 años)	50%	23%
Leucemia Promielocítica Aguda (LPA): 80% en adultos	-----	80%
Leucemia Linfática Crónica(LLC): 74,2% en adultos	-----	70%
Leucemia Mieloide Crónica(LMC): 89,3% global	75%	80%

La etiopatogenia se desconoce. Sin embargo, existen factores ambientales que aumentan el riesgo de padecer leucemia como la exposición a radiación, la exposición a ciertas sustancias químicas (benceno) y ciertas infecciones virales (HTLV-1, virus de Epstein Barr EBV). Además existen factores hereditarios como el Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Anemia de Fanconi, Síndrome de Blomm, Ataxia-telangiectasia y Neurofibromatosis que aumentan el riesgo.

<sup>1</sup>TheLeukaemia&LymphomaSociety 2005. Disponible en <http://www.Leukemia-lymphoma.org>

## **Diagnóstico y manifestaciones clínicas de la leucemia aguda:**

Es posible realizar un primer diagnóstico utilizando un hemograma (tipo de prueba de sangre que ofrece información detallada sobre los tres tipos de células presentes en la sangre: glóbulos rojos, blancos y plaquetas), que por lo general mostrará anemia, trombocitopenia y presencia de blastos. El diagnóstico definitivo lo hace el especialista (hematólogo) del nivel secundario de atención, en donde requiere un estudio de médula ósea. El criterio de confirmación diagnóstica es el estudio de médula ósea, es decir, el mielograma con más de 20% de blastos.

Las manifestaciones clínicas están dadas por:

1. Síntomas de insuficiencia medular como anemia (fatiga, cansancio, palidez, que se inicia en 2-3 semanas), neutropenia (infecciones, fiebre, ulceraciones bucales o anales), trombocitopenia (síndrome purpúrico, hemorragias mucocutáneas).
2. Síntomas de infiltración, como dolores óseos, articulares, sensibilidad esternal, etc.

Todo paciente con sospecha de leucemia aguda debe ser hospitalizado. El estudio de las leucemias incluye un conjunto de exámenes como citología, inmunofenotipo, citogenética y biología molecular, que deben ser realizados en laboratorios especializados. El tratamiento de las leucemias debe hacerse en centros especializados. (MINSAL, 2010).

## **Tratamiento de soporte:**

Corresponde a las medidas médicas indicadas por el especialista, dirigidas a mantener o mejorar la condición del paciente, como por ejemplo, el tratamiento de quimioterapia, ya sea este con intención curativa o paliativa.

Para la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) existe un protocolo nacional para su tratamiento basado en evidencia internacional, siendo su última actualización en Noviembre del año 2013. Este protocolo, considera los criterios de inclusión, exclusión, medidas de soporte, quimioterapia propiamente tal y los criterios de evaluación e indicaciones para un posible trasplante de médula ósea. Este protocolo se denomina "LMA NO LPA". (MINSAL 2010).

El uso de estos protocolos no está indicado en personas mayores de 60 años, dado que el pronóstico de esta enfermedad y la mortalidad asociada al tratamiento, no prolongan la

sobrevida del paciente. El tratamiento tiene una duración aproximadamente de 8-10 meses los cuales deben realizarse con régimen de hospitalización continua en aislamientos acondicionados para pacientes inmunosuprimidos.

Los efectos secundarios de la quimioterapia se producen porque la droga utilizada en el tratamiento produce un daño tanto en las células sanas como en las cancerígenas. Esto sucede porque el tratamiento se dirige a las células en proceso de división y multiplicación, afectando principalmente a las células de la piel, mucosa, pelo, y médula ósea. Los efectos secundarios más comunes son: anemia, moretones y hemorragias, diarrea o constipación, fiebre, pérdida del cabello, ampollas en la garganta y boca, náuseas y vómitos.

Una vez que concluye el tratamiento y reaparece la enfermedad, algunos pacientes pueden optar a ser candidatos de trasplante de médula ósea. Estos deben ser menores de 40 años que cuenten con donante familiar idéntico y que cumplan con los criterios definidos en el programa Nacional de Trasplante de médula ósea de adultos.

### **Epidemiología de la leucemia en Chile:**

En nuestro país, el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares. La tasa de incidencia ajustada de cáncer es de 203 x 100.000 habitantes al año. Según datos del Globocandel año 2008 para Chile<sup>2</sup>, la leucemia ocupa el décimo primer lugar. De acuerdo al Primer Informe de los Registros Poblacionales de Chile (2003-2010), ésta se presenta mayormente en hombres, con una incidencia de 6,1 x 100.000 habitantes por año, constituyendo el 2,6% de todos los cánceres a nivel nacional, con una tasa ajustada de mortalidad de 3,3 x 100.000 habitantes al año.

En niños, el tipo de leucemia que predomina es la linfoblástica aguda, que corresponde al 35% de todas las neoplasias en este grupo etario, en cambio, en adultos mayores de 50 años, prevalece la leucemia linfática crónica y la leucemia mieloide aguda.

El total de nuevos casos estimados de leucemias a tratar por año en Chile, sería aproximadamente entre 450 y 500 casos sobre 15 años de edad.

---

<sup>2</sup>Globocan del año 2008 para Chile. Disponible en <http://globocan.iarc.fr>.

## 2. CANCER: ETIOLOGIA DEL CANCER:

*“Estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o como suele decirse – depresiva – como la preocupación y el duelo, rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto... y a la inversa, bajo la influencia de excitaciones jubilosas, de la - dicha -, vemos que todo el cuerpo florece y la persona recupera mucho de los rasgos de la juventud.*

*(Freud. 1890 p.119).*

Aunque la etiología del cáncer no se comprende en su totalidad, se ha evidenciado que esta enfermedad corresponde a un mecanismo multifactorial, que comprende rasgos de susceptibilidad genética y exposiciones ambientales.

Una de las características de las enfermedades no transmisibles, es que comparten ciertos factores de riesgo en común, por lo que al realizar acciones preventivas sobre alguno de ellos, influye en todas las patologías asociadas a él. Dentro de los factores de riesgo conocidos para el cáncer se encuentran los factores hereditarios y de la historia personal y familiar del individuo, los factores relacionados con la dieta y la nutrición, los hábitos no saludables como el consumo de tabaco y alcohol y los agentes infecciosos, como los virus de la hepatitis B y C o el papiloma. A los anteriores, se suman la exposición a sustancias químicas cancerígenas, a radiaciones ionizantes y el uso de algunas drogas terapéuticas, entre otros. (MINSAL 2010).



En Chile, de acuerdo a los resultados de la ENS 2009-2010<sup>3</sup>, los principales factores de riesgo asociados a cáncer son: (Tabla 1, Fuente: MINSAL 2010).

Factor de Riesgo	Enfermedades No Transmisibles				Lesiones
	Enf. Cardiovascular: Enf. Isquémica del corazón y ECV	Diabetes	Cáncer	Enf. Respiratorias: EPOC, Asma	Accidentes del Tránsito
Tabaquismo	*		*	*	
Consumo de Alcohol	*		*		*
Dieta	*	*	*	*	
Obesidad	*	*	*	*	
Hipertension Arterial	*	*			
Glicemia alterada	*	*	*		
Dislipidemia	*	*	*		
Actividad Física baja	*	*	*		

Fuente: *Elaboración propia basado en Capacity Building For an Integrated Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance System in Developing Countries. Armstrong T, Bonita R.; Ethn Dis. 2003 Summer;13(2 Suppl 2):S13-8.*

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>.

## 2.1 FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOCULTURALES

Es de conocimiento general que el consumo de tabaco es el factor de riesgo que mayormente prevalece en la aparición del cáncer, causando aproximadamente 1,5 millones de muertes por año a nivel mundial<sup>4</sup>. Entre los cánceres asociados al hábito tabáquico, se encuentran los de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, páncreas y vejiga. Su consumo puede determinar el riesgo de mortalidad por cáncer pulmonar atribuible al 90% en los hombres y 79% en las mujeres<sup>5</sup>. En las encuestas poblacionales realizadas en los últimos cinco años por el MINSAL, se observa que el consumo de tabaco está en aumento, especialmente en jóvenes y mujeres, lo que se traducirá en una mayor prevalencia de patologías asociadas a él. (MINSAL, 2012).

Otros factores de riesgo se relacionan con el sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, señalan que en nuestro país persiste la alta prevalencia de inactividad física, un alto consumo de sal, un consumo limitado de frutas y verduras y un alto consumo de alcohol, existiendo una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad. Se asocia además, como factor de riesgo alimentario, un elevado consumo de carnes rojas, carnes procesadas y alimentos salados, considerados por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, (IARC), como factores de riesgo para el cáncer de colon, gástrico y recto.

Respecto a los factores ambientales asociados a la aparición del cáncer, en Chile, los más conocidos son la exposición al arsénico, la exposición a la luz ultravioleta, la exposición al plomo, la exposición a químicos en la minería, entre otros.

---

<sup>4</sup>OMS 2006. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/index.html>.

<sup>5</sup>Ministerio de Salud de Chile. Unidad de Tabaco de la División de Regulación y Rectoría. Programa de Salud Cardiovascular: la cesación del consumo de tabaco. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/saludcardiovascular/tabaco2.pdf>.

## 2.2. PSICOANALISIS Y CANCER

*“La enfermedad es la “solución” que el enfermo ha encontrado”*

(Cristina Misic, 2012).

Desde los tiempos de Hipócrates, que ha existido la idea que el individuo “sano” lo era porque había logrado un estado armónico dentro de sí mismo. El autor señalaba que cualquier cosa que ocurriera en la mente afectaría a lo que sucediera en el cuerpo. Al revisar la literatura respecto a los factores psicológicos o emocionales que podrían incidir en la aparición del cáncer, encontramos principalmente fundamentos desde la Psicooncología y desde el Psicoanálisis.

Se ha comprobado que, al someterse a altos niveles de estrés, el organismo descarga ciertas sustancias que inhiben el sistema inmune, volviéndolo más vulnerable. En 1939, Franz Alexander (citado en Jean Guir, 1984), vinculó las consecuencias del estrés con la producción de ciertas perturbaciones somáticas, dando comienzo a los elementos fundamentales de la Medicina Psicosomática, describiendo en la década del '50 ciertas enfermedades psicosomáticas como úlcera péptica, colitis ulcerosa, hipertensión, artritis reumatoide, asma, entre otras. Diez años más tarde, desarrolla la repercusión de los estados mentales en otras enfermedades como el cáncer.

La idea de que ciertas quejas emocionales son desencadenantes de la enfermedad, está presente en la mayoría de las investigaciones psicooncológicas. Entre las causas más comunes de estrés y los rasgos psicológicos asociados con el cáncer, se encuentran principalmente: experimentar la pérdida de una relación o persona significativa, ser una persona rígida y conformista con una actitud exagerada con respecto a la autocrítica, haber tenido una relación perturbadora con alguno de los padres, carecer de mecanismos defensivos satisfactorios, tender a suprimir la ira y otras emociones importantes, tener poca capacidad de adaptación frente al estrés, estar constantemente deprimido, etc. (Brannon, y Feist 2001). Siendo estas causas capaces de disminuir la efectividad del sistema inmune.

Por otra parte, desde el psicoanálisis existe vasta literatura que señala que el desarrollo de una determinada enfermedad posiblemente sea desencadenada por condiciones psíquicas negativas.

Ya desde sus primeros trabajos -en "Tratamiento Psíquico" (Tratamiento del Alma)- Freud (1890), nos plantea que las perturbaciones anímicas ejercen una influencia en lo corporal, entre ellas, alteraciones del pulso, cambios en la distribución de la sangre en el interior del cuerpo, etc.

Señala además, otras consecuencias corporales de los afectos: "Estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o como suele decirse – depresiva – como la preocupación y el duelo, rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto... y a la inversa, bajo la influencia de excitaciones jubilosas, de la - dicha -, vemos que todo el cuerpo florece y la persona recupera mucho de los rasgos de la juventud". (op. cit. p.119).

Jean Guir, (1984) en su libro "Psicosomática y Cáncer", señala que la dinámica de los fenómenos psicossomáticos se puede realizar en tres etapas. En la primera, el sujeto experimenta una separación brutal con un ser querido durante la niñez, siendo esta separación un primer traumatismo, dejando una marca o un conjunto de significantes. En la segunda etapa, este conjunto de significantes particulares, le hacen recordar al sujeto tal separación. Finalmente, la tercera etapa corresponde directamente al surgimiento de la lesión, manifestándose cerca de un año de distancia luego de la segunda etapa. Principalmente para Guir, los fenómenos psicossomáticos se tratan de traumas que no han sido nunca asumidos.

Investigaciones de Chiozza (Chiozza, 1967a [1966], 1970k [1967-1969]; Chiozza y col., 1978a9), abordan la interpretación psicoanalítica del cáncer, la cual plantea que existen cuatro condiciones para que el cáncer aparezca.

La primera condición para enfermar de cáncer consiste en "...una fijación a un período prenatal de la evolución libidinosa, que corresponde al desarrollo embrionario". (Chiozza, 2007, p. 107). Señala que todos los seres humanos experimentan fijaciones que permanecen como deseos inconscientes, insatisfechos y reprimidos, y que configuran de este modo disposiciones latentes:

“La “cuota” de fijación embrionaria que constituye la precondition cancerosa puede concebirse como un deseo “narcisista” prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia los estadios sucesivos, y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la conciencia”. (Chiozza, op.cit.)

La segunda condición necesaria para que aparezca el cáncer, consiste en “...un fracaso, actual de la gratificación libidinosa. A partir de esa frustración se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria, “reactivando” las fantasías que ese núcleo inconsciente “contiene””. (op. cit. p.108). De acuerdo a la observación clínica del autor, esta segunda condición, suele presentarse a través de un duelo significativo, provocado por la pérdida de alguna persona o situación importante.

La tercera condición desencadenante de un cáncer, consiste en la incapacidad de descargar la excitación generada en la fijación embrionaria. El autor señala lo siguiente:

“La etapa que sigue inmediatamente, en sentido progresivo, a la fijación narcisista, surge de la relación de objeto “endogámica” que el niño establece con su madre y excita los deseos incestuosos que determinan el complejo de Edipo. Por este motivo, el fracaso en la descarga “progresiva”, que constituye la tercera condición necesaria para la aparición de un cáncer, surge la mayoría de las veces, como un fracaso en la descarga de la excitación incestuosa, excitación que, en situaciones normales, se satisface con los objetos consanguíneos en forma “sublimada” o coartando y sustituyendo su finalidad genital (Chiozza 2007, p.109).

Para este autor, las observaciones realizadas han desarrollado la convicción de que existe un particular tipo de fracaso en el momento de la vida de los pacientes en que la enfermedad cancerosa se desencadena. Se trata, para Chiozza, de un fracaso en la satisfacción de los deseos inconscientes correspondientes a un vínculo incestuoso.

Como se ha podido observar, el Psicoanálisis y la Psicooncología han podido desarrollar diversas teorías acerca de la incidencia que tienen los factores psicológicos o procesos psíquicos en el desarrollo del cáncer, señalando en cada una de ellas, una directarelación

entre una mayor prevalencia en la aparición de la enfermedad y estados de estrés importantes, características de la personalidad tendientes a una mayor inhibición de las emociones y sentimientos, pérdidas o duelos.

## **CAPITULO II: CANCER Y ANGUSTIA**

### **1. CONCEPCIONES PSICOANALITICAS DE LA ANGUSTIA A PARTIR DE LA OBRA DE SIGMUND FREUD.**

#### **1.1 LA ANGUSTIA EN 1895**

Cuando Freud investiga la neurastenia descrita por el médico George Beard, descubre que existe un cierto número de síntomas similares entre sí y que eran distintos a los síntomas de la neurastenia de la que hablaba el autor. A este complejo de síntomas que se diferenciaban de los demás, Freud lo llamaría neurosis de angustia, ya que el factor común era la presencia de angustia, siendo la entrada de este concepto en la obra de Freud en la clínica con los pacientes.

Señala así Freud, “Llamo «neurosis de angustia» a este complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia” (Freud, 1895, p. 92).

A Partir del texto “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»” (1895 [1894]), Freud señala las características de la neurosis de angustia que comparte con la neurastenia y, haciendo al mismo tiempo su distinción, trata de formular una primera teoría que pueda dar cuenta de los mecanismos implicados en la producción de los síntomas característicos de la neurosis de angustia, entregando una explicación etiológica y manifestación fenomenológica.

Tanto para la neurastenia como en la neurosis de angustia, su etiología principal en este momento de su obra, es que ambas son producto de las dificultades que aparecen en la vida sexual. Para explicar esto, Freud toma de referencia a la anatomía masculina, señalando que el hombre experimenta una excitación sexual, hay una respuesta fisiológica, orgánica o excitación somática, que es llevada hacia la corteza cerebral, transformándose esa excitación somática en libido o tensión libidinal. Las representaciones o ideas sexuales se ven cargadas de energía provenientes de lo

somático y, cuando esto se produce, se busca lo que Freud llama el acto específico o acción específica, lo que vendría a descargar esta excitación. Un ejemplo de acto específico vendría siendo la eyaculación masculina.

Todo aumento de tensión para Freud, es un displacer, obteniendo el placer cuando se descarga la tensión. Una vez que la excitación llega a lo psíquico se busca la acción específica para descargar la tensión.

Freud en este año formula entonces, que la etiología de las neurosis de angustia y de la neurastenia es de carácter sexual, de origen somático. Específicamente, ambas se desarrollan por deficiencias de la práctica sexual.

Entonces, Freud señala:

“Todos estos indicios –a saber: que se trata de una acumulación de excitación; que la angustia, correspondiente probable de esa excitación acumulada, es de origen somático, con lo cual lo acumulado sería una excitación somática; y además, que esa excitación somática es de naturaleza sexual y va apareada con una mengua de la participación psíquica en los procesos sexuales-, todos estos indicios digo, favorecen la expectativa de que *el mecanismo de las neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal*” (Freud, 1895, p.108).

Sin embargo, realiza una distinción entre neurastenia y neurosis de angustia, refiriendo que la neurastenia se produce cuando, al no poder descargar la excitación a través de un acto específico, se presentan ciertas descargas sustitutas u otras formas de descarga que no son tan adecuadas, como por ejemplo, la masturbación o las poluciones nocturnas. Para la aparición de la neurosis de angustia, se da una situación similar, ya que por falta del acto específico no se produce esta descarga, pero a diferencia de la neurastenia, tampoco se produce estas descargas sustitutas o estas descargas inadecuadas. En la neurosis de angustia existiría una tensión libidinal que no se puede descargar, transformándose ésta libido en angustia.



Un ejemplo de esta dificultad sexual es el coitus interruptus y la abstinencia voluntaria e involuntaria, en donde, si bien existe una descarga en la eyaculación, esta se ve interrumpida o aplazada dependiendo de las condiciones sexuales que se encuentra tanto el hombre como la mujer, por lo tanto, la descarga no sucede en el momento que debiera suceder. Esta excitación sexual somática, debe ser desviada de lo psíquico, es decir, debe haber una enajenación entre lo psíquico y lo somático. Freud, al plantear las neurosis actuales señala que, aparte de la acumulación de una excitación sexual somática, hay una omisión de la acción específica adecuada ya que la excitación sexual somática es un estímulo constante para el trabajo psíquico y este desvío de lo psíquico respecto de la tarea que le impone constantemente la excitación somática, tampoco encuentra descarga en la acción específica que sigue a la excitación sexual.

Según Freud, aparece la neurosis de angustia uno o dos días después de esta práctica sexual, por lo que tanto la neurastenia como la neurosis de angustia son consecuencia de procesos actuales y fisiológicos, denominando “neurosis actuales” tanto a la neurosis de angustia como a la neurastenia.

Freud describe algunas manifestaciones de la neurosis de angustia, señalándola primero como una irritabilidad o excitabilidad general, es decir, una acumulación relativamente mayor experimentada como tensión que abarca todos los ámbitos de la persona. El segundo síntoma es lo que Freud llama la constatación de “una expectativa angustiada”, o estado de espera angustiada, que para Freud constituye el síntoma nuclear de la neurosis de angustia; es un estado de angustia latente, libremente flotante, esperando a unirse a cualquier representación que le sea útil para poder manifestarse. El tercer síntoma tiene que ver con un ataque de angustia, es decir, una irrupción de angustia, en los cuales se presentan perturbaciones del ritmo cardíaco, perturbaciones del ritmo respiratorio, sudores, etc. Síntomas similares a los que se ven en la práctica sexual, además de mareos, perturbaciones gástricas, etc.

Freud se pregunta en este momento: ¿Por qué esa imposibilidad del sistema nervioso de dominar la excitación sexual cae en estado de angustia?, Rojas (2008) explica: “La psique cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que se avecina desde afuera; cae en

la neurosis de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) endógenamente generada. Se comporta entonces como si ella proyectara la excitación hacia afuera. (p. 75).

Freud introduce en este texto la proyección desarrollando la idea de lo interno como de lo externo, señalando que lo primero que se produce es una excitación sexual interna en el cuerpo, esta excitación somática interna, es proyectada al exterior, viéndose como algo que viene de afuera, por lo tanto la angustia es ante algo que amenaza del exterior.

## **1.2 LA ANGUSTIA EN 1909**

Al realizar una revisión del texto "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (1909), Freud comienza a teorizar en el ámbito de la angustia, y es una teorización distinta de la que habría hecho durante el año 1895, que era una angustia producida por procesos fisiológicos o somáticos. La angustia padecida el pequeño Hans es una angustia netamente psíquica. Con esto hay que tener cuidado porque Freud, en el caso descrito en el texto, no cambia el concepto de angustia fisiológica por una angustia psíquica, más bien, añade elementos a la teoría de angustia producida por elementos fisiológicos.

Freud notaba este gran afecto de Hans por la madre, pero al mismo tiempo, esto implicaba la posibilidad de que el padre tenía que desaparecer para que esto se pudiese llevar a cabo, y por otra parte, correr el riesgo de la castración. En este escenario, el niño tendría que tomar una decisión: por un lado, tenía la posibilidad de vencer su miedo a la castración y seguir con sus deseos hacia su madre y, por el otro lado, podría resignarse, eliminando sus deseos incestuosos hacia su madre y sus deseos de muerte hacia el padre.

En la teoría psicoanalítica de Freud, se señala que los afectos no son los que se reprimen, sino que las representaciones. Nos podemos dar cuenta de esto en la neurosis obsesiva y en la histeria cuando hay una representación inconciliable para el Yo. Hay algo que el Yo no puede aceptar como algo válido, no puede permitir que esta idea entre en asociación con las demás ideas, por lo tanto esta representación va a quedar reprimida. La representación, no solamente es sacada de la conciencia, sino que la fuerza

de la represión consiste en mantenerla reprimida. Con el afecto pasa algo diferente; el afecto que también acompañó a esa representación no queda reprimido, por lo tanto el afecto busca otra representación completamente aceptable para el Yo y se une a esa otra representación que no tiene ningún tipo de sanción con respecto a la represión.

Es así como ese afecto, unido a esa representación, puede entonces acceder a la conciencia y, es así, como se forman los síntomas. Con respecto a la creación de este síntoma fóbico, aparece el caballo en primer lugar, como objeto fóbico. Freud a través de situaciones que le ocurren al niño, desarrolla la explicación del por qué Hans reemplaza el padre por el caballo. Este reemplazo viene a solucionar la ambivalencia de estas dos corrientes afectivas: la amorosa y la hostil que estaban dirigidas al padre. La corriente amorosa y afectiva sigue intacta y sigue personificándose en el padre, mientras al ver al caballo como un ser amenazante y un sustituto del padre, actúa como un imán que se lleva todos los sentimientos hostiles consigo, es decir, los deseos de muerte que el pequeño Hans dirigía hacia el padre, ahora están dirigidos al amenazante caballo. En este sentido, la ambivalencia desaparece y también, dispara ciertas actitudes para defenderse de esa amenaza que existe, ya que la castración ahora está puesta no en el padre, si no que en el caballo, por lo tanto, el no salir de la casa, es una forma que el niño tiene para evitar la visión del caballo y evitar así la angustia de tal fobia.

### **1.3 LA ANGUSTIA EN 1917**

Lo primero que hace Freud en la 25va Conferencia: La angustia (1917), es definir la angustia como un estado afectivo diferenciándola de los procesos orgánicos. La primera teoría descrita en 1895 es puramente bajo un proceso orgánico. Sin embargo, aunque no desestima la participación de lo somático en la angustia, Freud plantea que es producida principalmente por un proceso psíquico, en donde la represión causa la angustia. La angustia entonces, producida por proceso psíquico pasa a ocupar el primer lugar en la teoría de la angustia de Freud como lo venía planteando ya en el caso del pequeño Hans.

Freud realiza una distinción entre angustia realista y angustia neurótica. Por un lado, la angustia real es la que se produce ante la percepción de un peligro externo. La reacción ante el peligro externo se puede manifestar de tres maneras distintas: primero, el sujeto

puede comparar las fuerzas que se tiene con la fuerza de ese peligro que amenaza del exterior. Si considera que es más fuerte que ese peligro puede enfrentarlo y atacarlo, desarrollando un rol más activo frente al peligro. Segundo, el sujeto podría solamente paralizarse finalmente, si esta evaluación de fuerza hace pensar a la persona que está en desventaja, o que se encuentra ampliamente superada por la magnitud de fuerza que proviene del exterior, el sujeto podrá salir corriendo o huir y tratar de que aquello que amenaza no lo alcance.

La angustia realista entonces, se presenta como algo "racional y comprensible" pues es una reacción adecuada frente a la percepción de un peligro externo, de un daño que se espera y prevé en la realidad, y se acompaña de acciones de huida o defensa; mientras que en la angustia neurótica algunas veces no se observa ningún peligro externo, o bien cuando existe la sugerencia de un peligro, la reacción de angustia en su magnitud resulta desproporcional e inadecuada frente a él.

Freud destaca cierto inconveniente en postular lo anterior ya que si esto se diera así, tan "fácil" tan racional, tan simple, no habría lugar para que se produjera la angustia. Freud dice que hay otra forma de pensar la angustia, siendo algo más beneficioso para la persona que se enfrenta a una situación de peligro. La angustia, lo que hace, es advertirnos del peligro, preparando al sujeto para la acción. Cuando esta angustia aparece en una cantidad soportable, no permite paralización, sino más bien, moviliza para la acción, entrega una señal de que hay un peligro o ante una amenaza con lo cual se estaría advertido y podría ponerse en movimiento para evitar que esa amenaza sea un peligro real. Esto es lo que más tarde en 1926, en *Inhibición, síntoma y angustia* el autor la identifica como angustia señal.

Freud plantea tres conceptos que son angustia, miedo y terror, señalando a la angustia como estado afectivo que entrega una señal, con el cual uno reacciona ante un peligro. El miedo es ante un objeto concreto, ubicable y distinguible, y el terror o sobresalto, sería un terror absoluto, muy grande que paraliza. Este terror se produce, cuando el peligro se manifiesta sin la señal de angustia que moviliza a la acción. La forma de evitar el terror que sorprende y paraliza, es entonces, mediante la producción de una pequeña cantidad

de angustia, que moviliza a la persona para buscar la forma de evitar el peligro que le amenaza.

La angustia entonces, es un estado afectivo en donde se conjugan tres cosas, primero que todo la angustia, se escribe en la serie placer /displacer. Específicamente, es un afecto displacentero. La segunda, que la angustia es parte de lo somático, que se inscribe en el cuerpo. Y la tercera, que debe haber una percepción, el darse cuenta de lo que está pasando en el cuerpo, para hablar de angustia.

Esta irrupción de la angustia en el sujeto, Freud lo señala como algo vivido anteriormente en la infancia, o que tenga que ver con la historia de la humanidad, con el desarrollo de la evolución de la especie humana. En otras palabras, las cosas que se han producido en la evolución de la humanidad tendrían efectos en cada uno de los miembros de la especie. La ontogenia, el desarrollo del individuo, es afectada por la filogenia, la evolución de la especie. La angustia, visto de esta manera podría ser repetición de algo vivido o algo presente durante la evolución de la humanidad.

Siguiendo con la misma idea de cómo irrumpe la angustia, Freud desarrolla el concepto de vivencia del nacimiento, explicando que cuando se produce un nacimiento hay un enorme incremento de la tensión; cuando se corta el cordón umbilical luego del nacimiento, se produce una interrupción del oxígeno apareciendo en el bebé una sensación de asfixia o ahogo real. Aquí hay una respuesta o descarga del cuerpo como la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones de la respiración, respuestas adecuadas que permitan una respiración que permita sobrevivir. Freud la señala como una angustia tóxica, que interrumpe el flujo de oxígeno que puede llevar a la muerte. Plantea que tiene que haber una percepción de esta amenaza de peligro, por lo que esta representación no puede darse durante el nacimiento por lo cual si bien Freud lo llama angustia toxica, no es una angustia propiamente tal, sino que es una situación que produce un inmenso incremento de la excitación en grandes cantidades dejando una huella o una marca en el psiquismo del sujeto.

Esta marca, cuando aparece un gran aumento en la cantidad de excitación, ya sea en la niñez o en la adultez, reaparece, se repite, reaccionando de la misma manera. Es decir, se repite el aumento en la frecuencia cardíaca, las dificultades respiratorias, etc.

#### 1.4 LA ANGUSTIA EN 1926.

Freud, desarrolla en el texto "Inhibición, síntoma y angustia (1926) su segunda teorización de la angustia. Primero realiza una articulación entre estos tres conceptos relacionándolos con la angustia. Freud toma como ejemplo a Hans, en donde el síntoma no es la angustia en sí, sino que la angustia es lo que se produce ante la percepción de un peligro. El síntoma en cambio, es la sustitución del padre por otra representación como fue el caballo, solucionando de esta forma, la ambivalencia de afecto hacia el padre, evitando de esta manera la angustia. El no salir de la casa para no ver al caballo permite una inhibición de la angustia. La inhibición entonces se produce para evitar una situación que pueda provocar una angustia mayor, articulando el autor, de esta manera, los tres conceptos.

Freud señala: "Acerca de las inhibiciones, podemos decir entonces, a modo de conclusión, que son limitaciones de las funciones yoicas, sea por precaución o a consecuencia de un empobrecimiento de energía. Ahora es fácil discernir la diferencia entre la inhibición y el síntoma. Este último ya no puede describirse como un proceso que suceda dentro del yo o que le suceda al yo". (Freud, 1926, p. 86).

Freud señala que tanto en el pequeño Hans y en el hombre de los lobos, el motor de la represión es la angustia frente a la castración, apareciendo de esta manera, los temores angustiosos o contenidos angustiantes que son, específicamente, ser mordido por un caballo o devorado por un lobo. Este temor angustioso, es un temor sustituto a la castración por el padre. Esta representación de ser castrado por el padre, promueve la represión.

La angustia es entonces, la que produce la represión, muy distinto a lo que Freud propuso en 1909 en la primera teoría, en donde plantea que las represiones provocaban la angustia.

En este momento, Freud ya no podía sostener que la libido por efecto de la represión se transformaba en angustia, sino que hay una reelaboración de esto, la angustia la antecede. Ya no se trata de que el yo decida producir unos síntomas, más bien ocurre que el yo decide la represión de las mociones pulsionales que lo exponen al peligro, a partir de esto sobrevendrán luego, eventualmente, los síntomas, a raíz del fracaso de la represión. (Rojas, 2008).

Freud al desarrollar la segunda tópica psíquica ubica la angustia en el yo, caracterizando a la angustia como: 1) Un afecto displaciente específico, 2) descargada y manifestada en el cuerpo, 3) Tiene que haber una percepción de estos procesos, es decir, debe ser notado por la persona.

Señala Freud: “He aquí, entonces nuestra conclusión: La angustia es la reacción frente a la situación de peligro; se la ahorra si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella. Ahora se podría decir que los síntomas son creados para evitar el desarrollo de la angustia, pero ello no nos procura una mirada muy honda. Es más correcto decir que los síntomas son creados para evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de angustia”. (Freud, 1926, p. 122).

Otro planteamiento que señala Freud respecto a la reacción fisiológica que resulta del incremento de excitación y que se aligera mediante descargas, tiene que ver con un contenido más bien histórico y de un patrón fisiológico que es propio del nacimiento, a lo que Freud llama vivencia traumática del nacimiento o trauma del nacimiento. Freud señala que toda aparición de angustia es una reproducción del trauma de nacimiento. Este trauma del nacimiento, en sí mismo no produce angustia ya que no hay representación ni valoración del nacer, por lo tanto no se puede hablar de angustia sino más bien, que queda una marca del aumento de excitación producido por este trance, el que se reproduciría cada vez que la persona se ve enfrentada a una situación de peligro, como el aumento del ritmo cardíaco, la dificultad respiratoria, etc.

Estos estados de peligro sufren variaciones durante el desarrollo a lo largo de la vida de la persona. El yo reacciona con angustia frente a distintas condiciones de acuerdo a su fase del desarrollo (Rojas, 2008, p. 553). Freud señala que la angustia, por ejemplo en los primeros años de vida, es el peligro de la pérdida de objeto, en la fase fálica el peligro de la castración y en el periodo de latencia la angustia frente al superyó, o la angustia moral. Sin embargo, todas estas situaciones de peligro y condiciones de angustia pueden perdurar y mover al yo a cierta reacción de angustia aun en épocas posteriores ya que todas estas condiciones tienen una particularidad en común, y es que presentan un desvalidamiento psíquico del yo frente al aumento de la excitación o más bien ante el aumento de las exigencias pulsionales. Con esto, se concluye que no todo peligro proviene de la amenaza de castración, sino que también ante la falta de amor, una pérdida o una separación. Freud señala como ejemplo, lo que sucede en la mujer, el

peligro de la pérdida del amor del objeto tiene mayor vigencia en las mujeres respecto a los hombres. En estos últimos, predomina una angustia de castración.

Respecto a la angustia de muerte, que es la que se podría observar ampliamente en los pacientes con cáncer, Freud plantea que en lo inconsciente, no hay una representación de la muerte, ya que el sujeto nunca ha experimentado algo semejante que deje una huella o marca que podría registrarse y repetirse. Por lo tanto, Freud la concibe como una analogía a la angustia de castración, es decir, la angustia del Yo provocada por el abandono del Superyó, por la pérdida del amor del objeto o amor parental.

Freud respecto a lo anterior señala: “Es la ira, el castigo del superyó, la pérdida de amor de parte de él, aquello que el yo valora como peligro y lo cual responde con la señal de angustia. Me ha parecido que la última mudanza de esta angustia frente al superyó es la angustia de muerte (de supervivencia), la angustia frente a la proyección del superyó en los poderes del destino”. (Freud, 1926, p. 132).

## 2. LAS ANGUSTIAS DEL ENFERMO DE CÁNCER:

El cáncer es una de las enfermedades que produce un impacto psicológico mayor a cualquier otra enfermedad. La prevalencia de trastornos emocionales, como ansiedad, angustia y depresión, durante el transcurso de la enfermedad es elevada. La Psicooncología señala que cerca de la mitad de todos los pacientes oncológicos desarrollan algún tipo de dificultad social o sufrimiento psicológico durante el transcurso de su enfermedad. (Corral, Matellanes, Pérez Izquierdo, 2007).

Cassell (1982, citado en Corral y col. 2007), señala que no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo. El cáncer provoca un impacto, ya sea en quien lo padece, como a la familia que le rodea. Pero, no es solamente el diagnóstico del cáncer lo que puede aquejar al paciente, sino que aparecen otras dolencias o preocupaciones que están relacionado con la enfermedad como el gasto económico, la posibilidad de experimentar dolor, los efectos secundarios de las drogas, posibles hospitalizaciones, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, desempleo y posibilidad de morir. El cáncer, en definitiva, altera el funcionamiento global del individuo ya sea el marital, laboral, familiar, económico, social y sexual.



Independientemente de la gravedad de la enfermedad y del tratamiento a indicar, en el paciente están presentes múltiples angustias, entre ellas, angustias de tipo narcisistas como la caída del pelo, el adelgazamiento, el subir de peso, el cambio de color de la piel y la angustia a la mutilación corporal.

Respecto a la enfermedad misma, observamos en pacientes oncológicos angustias referentes a que la enfermedad avance hasta convertirse en metástasis, al dolor, al mal resultado de las quimioterapias y a la posibilidad de morir.

Respecto a la relación con los otros son comunes angustias como un empeoramiento de la relación con la pareja, a no poder trabajar más o a no poder estar más para la familia, a estar socialmente aislado, a necesitar continuamente cuidados y ser una carga para los demás.

Finalmente, de acuerdo a lo observado, a lo anterior, se añaden angustias de tipo institucionales como la angustia de no ser atendidos por el médico, si el tratamiento de la enfermedad se encuentra cubierta por el AUGE, que se rechacen las licencias, etc.

### 3. LA ANGUSTIA DE DAMOCLES.

Cuando el tratamiento de quimioterapia o radioterapia ha finalizado y no existe señal del cáncer, este período es considerado como de remisión o período libre de enfermedad. Esto significa que se inicia la recuperación del paciente. Sin embargo, esta etapa no siempre es asimilada de forma adecuada por el paciente y familiares que piensan que, una vez finalizados los tratamientos, la recuperación será total e inmediata siendo en casi la totalidad de los casos una recuperación paulatina.

Se inicia un proceso de adaptación y restablecimiento de la vida personal y social. En esta etapa de recuperación, se observan principalmente emociones de inseguridad, de temor e indefensión, ya que por lo general, estos pacientes no han hecho el proceso de duelo que significa el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad amenazante para la vida y es en la etapa de remisión, cuando pueden ocuparse del impacto emocional que provocó la enfermedad. (Fernández y Flores, 2001, citado en Die Trill, 2003).

Se añade a lo anterior, el hecho de que los pacientes cumpliendo con el tratamiento, van desarrollando cierto control de su enfermedad, por lo que finalizando esta etapa, los

pacientes, creen sentirse a la deriva, ya que solo depende del cuerpo y del destino que la enfermedad no reaparezca. Además, se suma que la red de apoyo que lograron con los profesionales de la salud en el tratamiento, comienza a disminuir, apareciendo en los pacientes, sentimientos de indefensión y abandono.

En esta etapa, el paciente manifiesta sentimientos de indefensión, fragilidad, inquietud e inseguridad acerca de su salud en el futuro. Es en este momento, donde se puede desarrollar con mayor intensidad el temor a la recaída en la enfermedad, lo que en Oncología se conoce como "Síndrome de la Espada de Damocles" (Koocher y O'Malley, 1981, op. cit.), es decir, el miedo a que la enfermedad reaparezca.

De acuerdo a lo que señala Horacio en una de sus "Odas", Damocles, cortesano de Dionisio I, El Viejo (siglo IV, a.C), sentía resentimiento por la vida aparentemente bienaventurada y cómoda del Rey. Éste, con la intención de reprimirlo, dispuso que Damocles lo sustituyera durante un festín, pero para ello decretó que sobre su cabeza pendiera una afilada espada suspendida de una crin de caballo. De esta manera, Damocles pudo comprender que cualquier prosperidad resultaba efímera e inestable.

El concepto "La espada de Damocles" es utilizado entonces en Oncología para expresar la presencia de un peligro inminente o de una amenaza constante. El denominado "Síndrome de Damocles" es considerado como un fenómeno normal y esperable en el paciente oncológico, pues sentir incertidumbre después de haber superado un cáncer se considera esperado dentro de los tres primeros meses. Sin embargo, ese miedo puede convertirse en una angustia desmedida, experimentando con mayor intensidad algunos síntomas como intranquilidad motora, agitación, alteración en la frecuencia cardíaca, terrores nocturnos, sudoración, preocupación constante, incapacidad de restablecer elementos de la vida cotidiana como el trabajo, actividades recreativas, recuerdos negativos respecto al tratamiento de la enfermedad, etc.

El síndrome de Damocles por lo general, se inicia cuando aparecen en el paciente síntomas de cualquier otra enfermedad común, asociándolos inmediatamente con el inicio de un nuevo cáncer o la reaparición de la enfermedad. También surge cuando los pacientes conocen un nuevo caso de cáncer en algún conocido o cuando alguno de los

cercanos fallece de cáncer. Por lo general, los síntomas se incrementan cuando se acerca la fecha de la revisión de los exámenes y los controles médicos.

## CAPITULO III: ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON CANCER

*Las palabras fueron originariamente ensalmos, y la palabra conserva todavía hoy mucho de su antiguo poder ensalmador. Mediante palabras puede un hombre hacer dichoso a otro o empujarlo ala desesperación... palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros. Por eso, no despreciemos el empleo de las palabras en la psicoterapia y démonos por satisfechos si podemos ser oyentes de las palabras que se intercambian entre el analista y su paciente.*

(Freud, (1916 [1915]), p.15)

### 1. ASPECTOS GENERALES

La psicoterapia de pacientes físicamente enfermos y la estructuración de un marco de referencia surgieron inicialmente de autores como Dunbar (1950), Alexander (1950), Serling (1952) y más tarde Karasu (1979), existiendo al principio un énfasis hacia la consideración de los aspectos psicosomáticos (Almanza y col.1999).

Posteriormente, estudios e intervenciones psicosociales demostraron que pacientes con un espíritu de lucha (Derogatis, Abeloff y Melisartos, 1979), con menores niveles de estrés emocional (Forsen, 1991), con la capacidad para expresar las emociones (Jensen, 1991) y contar apoyo social (Forsen, 1991) se relacionan con un buen pronóstico del curso de la enfermedad. (Almanza y Straker, 1999).

Con respecto al tiempo de sobrevida, existen estudios que señalan como agente fundamental al apoyo social. Spiegel y colaboradores mostraron durante un estudio de diez años, que las mujeres con cáncer de mama que habían participado en una terapia de grupo alcanzaron una sobrevida promedio de un año y medio más que las pacientes del

grupo control sin intervención. (Spiegel, Bloom y Kramer, 1989, citado en Almanza y Straker, 1999).

Estudios de Richardson, Shelton y Kasilo, (1990, op. cit.), reportaron los efectos de las visitas domiciliarias y las intervenciones educativas en pacientes con leucemia y linfoma. Quienes recibieron intervención de grupo vivieron más tiempo, aun después de que las diferencias en tratamientos médicos fueron controladas. La conclusión fue que la intervención psicosocial fue la variable significativa.

Finalmente Fawzy (1993), trabajando con pacientes con melanoma, documentó una mayor sobrevivencia y bajos índices de recidiva para 40 pacientes asignados al azar para 6 semanas de psicoterapia de grupo. No hay hasta el momento estudios controlados del impacto de la psicoterapia individual sobre la recaída en la enfermedad o la sobrevivencia, sin embargo la experiencia clínica lo sugiere (Almanza y Straker, op.cit.).

Las intervenciones terapéuticas dependen de la fase en que el paciente se encuentre en su tratamiento contra el cáncer. La Psicología oncológica ha identificado las siguientes etapas:

- *Fase prediagnóstica:* Esta fase es la antesala a la confirmación del diagnóstico, los pacientes presentan altos montos de angustia debido a la incertidumbre del diagnóstico, a la sensación de un peligro inminente, a sometimientos de exámenes dolorosos, fantasías respecto a la institución y tratamiento, al posible ingreso hospitalario etc.
- *Fase diagnóstica:* En esta fase, se confirma el diagnóstico oncológico, los pacientes generalmente vivencian un estado de shock. El paciente percibe amenazada su estabilidad física y emocional. Se puede presentar miedo a la muerte, a la dependencia, a los posibles cambios físicos, pérdida de relaciones sociales, aislamiento, etc.
- *Fase de tratamiento o Fase activa:* En esta etapa, el paciente se somete al tratamiento más adecuado según su patología. Los más comunes son la quimioterapia, radioterapia, cirugía, trasplante de médula ósea (TMO), hormonoterapia, etc. El paciente puede presentar diversos temores relacionados

con los efectos secundarios del tratamiento (alopecia, vómitos, náuseas, delgadez, debilitamiento, etc.). Además se observan temores respecto a la efectividad del tratamiento, a la extensión de las quimioterapias, etc.

- *Fase de remisión:* Se define como la ausencia de actividad de enfermedad oncológica. El paciente se reincorpora a su vida cotidiana, readaptándose a la nueva situación. Es posible que en esta etapa se presente el Síndrome de Espada de Damocles y Síndrome de estrés post-traumático.
- *Recaída:* Etapa donde vuelve a aparecer el cáncer, existen sentimientos de indefensión, miedo a la muerte más acentuado, sentimiento de culpa y fracaso, cansancio físico y emocional.
- *Fase terminal:* Esta etapa la enfermedad se encuentra avanzada, incurable y en fase de progresión, se provoca un impacto emocional intenso para el paciente y familiares. El objetivo ya no es curar, si no, paliar la sintomatología del paciente. (Misic, C. 2010).

El abordaje psicoterapéutico con el paciente oncológico tiene cierta flexibilidad, en donde éste se va adecuando a los momentos que va atravesando el paciente. También es frecuente el vínculo con la familia y con los otros profesionales de la salud que lo asisten.

## 2. PSICOTERAPIA DINÁMICA EN PACIENTES CON CÁNCER

Las teorías psicodinámicas subrayan especialmente la necesidad de conocer el proceso de la enfermedad, ser flexible y considerar apropiadamente la influencia de la familia, el equipo médico, los aspectos de calidad de vida y el manejo de la contra-transferencia. Para Holland y Rowland (1989, citado en Almanza y col. 1999) las terapias breves de orientación psicoanalítica o terapias dinámicas, son en la actualidad, una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psicooncología. Para estos autores, la utilidad que entrega éste tipo de intervenciones es que comprende las reacciones emocionales de pacientes oncológicos permitiendo clarificar el inicio de los síntomas psiquiátricos como respuesta al diagnóstico de cáncer. Además ofrece una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente en el setting oncológico (Sourkes, Massie y Holland, 1998, op.cit.). Por ejemplo, cuando se observan incumplimientos de las recomendaciones de tratamiento o poca adherencia a

éste, pueden ser comprendidas en términos transferenciales y no solamente como actitudes negativistas del paciente en la lucha contra el cáncer.

Es necesario contar con un conocimiento básico en las fases del tratamiento y las fases de enfrentamiento o respuesta mental ante el cáncer para conducir una psicoterapia dinámica en un paciente oncológico. (Sourkes y Holland, 1998; Schmale, 1974, op.cit.).

Según señala la Psicooncología con respecto a la respuesta al cáncer, los pacientes presentan tres etapas claves:

- Negación
- Disforia, que puede incluir sintomatología ansiosa o depresiva
- Adaptación.

Ésta última etapa puede durar de dos semanas a seis meses y puede ser o no exitosa. A lo largo de estas diversas etapas, puede ser necesaria la intervención psicoterapéutica (Holland y Rowland 1989; Holland 1998, op.cit.).

De acuerdo con Straker (1998, op.cit.), uno de los elementos fundamentales para el abordaje psicodinámico de pacientes oncológicos es que se requiere de un abordaje bastante flexible, es decir, para una evaluación inicial, se debe tomar en cuenta no solo la presencia de síntomas, sino que además, la salud física y el estado de la enfermedad, considerando también las distintas fases de la enfermedad, como el diagnóstico, el tratamiento, la remisión, la recidiva, como también sus fases terminales. Por ejemplo, pacientes que al comienzo del tratamiento necesitaron de una intervención en crisis o terapia de apoyo, pueden más tarde requerir una psicoterapia más intensiva en la etapa de recaída en la enfermedad. (Almanza y col.1999).

Es preciso el uso del sentido común para el abordaje de las defensas (Straker y Wyszynski, 1986, op.cit.), las cuales están relacionadas con la capacidad de afrontamiento con el cáncer y con su tratamiento. También es necesario que estas defensas sean evaluadas con el fin de determinar si son adaptativas y si fomentan la capacidad de afrontamiento, así como el cumplimiento del tratamiento.

De esta misma manera, los psicoterapeutas tienen que enfocarse, además, en lo que respecta a la calidad de vida (Leshan y Leshan, 1961, op.cit.). Según estos autores, elementos como la relación paciente – oncólogo, las expectativas de vida y los temas relacionados a los síntomas nunca deben desaparecer de la atención del psicoterapeuta.

Según Almanza, Straker y Hollad, (1999) hay cinco pre-requisitos para el abordaje Psicodinámico en Pacientes con Cáncer:

- 1) Considerar y conocer el curso natural y la evolución de la enfermedad.
- 2) Establecer un abordaje flexible de acuerdo con el estado médico del enfermo.
- 3) Utilizar el sentido común al abordar las defensas.
- 4) Tomar en consideración los aspectos de calidad de vida.
- 5) Efectuar un manejo adecuado de la transferencia y contratransferencia.

Respecto al encuadre terapéutico, estos autores señalan que la intervención psicoterapéutica psicodinámica en pacientes con cáncer debe considerar:

- 1) Una programación flexible.
- 2) La duración de las sesiones depende del estado físico del enfermo.
- 3) Aceptar la negación como un mecanismo defensivo común en los pacientes en la fase de la entrega del diagnóstico.
- 4) La frecuencia de las sesiones varía de acuerdo a la etapa del cáncer y las exigencias de cada caso en particular.
- 5) El espacio terapéutico puede ser variable: Hospital, domicilio del paciente, consultorio, aislamiento, sala común, etc.
- 6) El trabajo psicodinámico incluye a la familia y al equipo médico.

Respecto al contenido y proceso terapéutico, Almanza, Straker y Hollad, (1999) plantean que la intervención debe tener en consideración:

- 1) Foco en el presente.
- 2) Enmarcado por temas de separación y pérdida.
- 3) Las defensas son mecanismos hacia el presente, más que barreras hacia el pasado.



- 4) Es preciso efectuar un buen manejo de las fluctuaciones entre la regresión que sobreviene en distintas etapas de la enfermedad.
- 5) Importancia de la relación Terapéutica.
- 6) El proceso transferencial refleja los temas de apego y pérdida que el paciente vivencia.
- 7) Hacer uso del “rescate de la fantasía”.
- 8) La transferencia es influenciada por el rol de la familia y el de otros miembros del equipo médico.

Asimismo, Postone (1998, op.cit.) describe los aspectos centrales que influyen en el proceso terapéutico de pacientes oncológicos:

- 1) Amenaza básica de la integridad narcisista, producto de la confrontación que experimenta el paciente en su íntimo sentido de ser y hacer.
- 2) Sensación de pérdida de control, la cual es experimentada al percibir la mínima influencia que se tiene sobre los cambios corporales.
- 3) Dependencia, producida por la sensación de pérdida de control.
- 4) Miedo al abandono, consecuente a la dependencia.
- 5) Pérdida de la identidad.
- 6) El significado específico de la enfermedad.
- 7) El miedo a la muerte.

El espectro de la psicoterapia dinámica incluyen psicoterapias como la exploratoria, la de apoyo al Yo y Terapias de Intervención en Crisis (Straker, 1997, citado en Mollina 2012). El modelo de apoyo al Yo, por ejemplo, pone hincapié al entendimiento de la sintomatología emocional del paciente oncológico, ofreciendo una perspectiva de las defensas y los mecanismos de afrontamiento del diagnóstico y tratamiento. Este modelo de apoyo al Yo incluye soporte e infunde ánimo cuando la enfermedad se encuentra en estado terminal (Almanza, Straker y Hollad, 1999).

Para comprender la amenaza de la pérdida objetal, por ejemplo, la mutilación del cuerpo a que se debe someter una persona oncológica y la relación que se establece entre cuidador y paciente, es eficaz utilizar el modelo de las Relaciones de Objeto

El modelo de intervención en crisis (Caplan, 1964, citado en Mollina 2012) intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis del paciente.

## **2.1 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA PRIMERA FASE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

La primera fase es la que contempla el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Es frecuente que los pacientes vivencien un estado de shock que les dificulte creer lo que está pasando y que puede estar acompañado por síntomas de depresión, culpa y angustia. A pesar de aquello, esta fase generalmente es bien manejada por la mayoría de los pacientes (Holland, 1997, citado en Almanza 1999) ya que, a medida que avanza el tratamiento, estos sentimientos son sustituidos por la esperanza de que el tratamiento sea exitoso. Es fundamental en esta primera etapa, establecer una relación comunicativa y empática con el médico tratante, esto fortalecerá la adherencia del paciente en su tratamiento.

Algunos pacientes pueden requerir de una intervención psicoterapéutica, sobre todo en pacientes que han tratado de evitar enfermedades a través de la dieta, el ejercicio y un estilo saludable de vida. Para ellos, el diagnóstico de cáncer suele ser un conflicto mucho mayor (Holland, 1997, op.cit.). Pueden requerir soporte emocional aquellos pacientes que sienten que ellos mismos se han provocado el cáncer por no manejar el estrés de sus vidas, sobre todo en el área laboral, y así haber producido una falla en su sistema inmunológico. Otros pacientes, quienes también podrán requerir de psicoterapia, son superados por el miedo a morir; el miedo a la dependencia; la amenaza de perder el poder, el atractivo, el ingreso económico; o presentan ansiedad existencial acerca del significado de la vida.

En general, el trabajo psicoterapéutico durante esta primera fase es generalmente dirigido hacia la adecuación de la enfermedad. Los modelos terapéuticos psicodinámicos, usualmente efectivos a corto plazo en la mayoría de los pacientes, están orientados a apoyar el Yo y las intervenciones en crisis. La supresión de síntomas puede usualmente conseguirse con ambos métodos. En ocasiones, la adición de intervención

psicofarmacológica puede asistir este proceso. Para otros quienes tienen trastornos emocionales de una duración mayor, el estrés de la enfermedad puede demandar una psicoterapia orientada hacia el insight para posibilitar en el paciente algún grado de aceptación de su nueva realidad. (Almanza y col. 1999).

## **2.2 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA SEGUNDA FASE: SEGUIMIENTO**

Tras los rigores del tratamiento contra el cáncer que puede consistir en cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, durante la fase de seguimiento o control, el paciente puede experimentar sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad frente a la salud y su futuro. En esta fase, también llamada fase de remisión de la enfermedad, los pacientes sienten que el bienestar dependerá de cómo reaccione el cuerpo sin tratamiento y del azar del destino. Hay pacientes que pueden llegar a esta etapa con una sensación de no haber cumplido sus objetivos vitales y sentirse súbitamente presionados a conseguirlos. El trabajo psicoterapéutico, puede basarse en las necesidades psicológicas propias de cada paciente, tomando en cuenta el estado general de salud con que termina el tratamiento, especialmente en quienes presenten una fuerte motivación, alta tolerancia de la ansiedad y suficiente capacidad cognitiva para realizar un análisis de lo vivido en el tratamiento, pudiendo realizar cambios positivos y significativos para enfrentar la nueva vida. (Almanza, op.cit.)

## **2.3 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA TERCERA FASE: RECIDIVA**

La reaparición del cáncer y el consecuente reingreso al tratamiento condicionan una repetición de las reacciones correspondientes al diagnóstico y al inicio del tratamiento. El significado de la recidiva hace sentir al paciente menos esperanzado en términos de curación y pronóstico de la enfermedad. Aparecen sentimientos de culpa por “haber fallado” acompañados de ira, depresión, ansiedad, angustia frente al futuro, estrés y problemas en la relación médico-paciente. Los aspectos psicoterapéuticos están estrechamente relacionados con la fase inicial de diagnóstico y tratamiento. La intervención en crisis y el apoyo del Yo, con o sin medicación, puede ser frecuentemente suficiente para restablecer el cumplimiento y la adherencia frente al tratamiento. El manejo de la negación como mecanismo defensivo puede llegar a obstaculizar el

tratamiento, por lo que en esta etapa, para el psicoterapeuta, se transforma en el foco de atención más recurrente durante esta fase. (Almanza, op.cit.).

## **2.4 PSICOTERAPIA DINÁMICA EN LA CUARTA FASE: ESTADIO TERMINAL**

Esta fase, también conocida en nuestro país como la etapa del alivio del dolor y cuidados paliativos, es la más compleja, tanto para el propio paciente, los cuidadores como para el equipo médico tratante. El manejo médico y psicoterapéutico paliativo debe orientarse a reducir el dolor, la ansiedad, la depresión, el insomnio, etc. y deberá enfrentar cara a cara la muerte de sus enfermos. El abordaje psicoterapéutico durante esta fase es indiscutiblemente importante. Tanto los pacientes como sus familias pueden solicitar intervención psicológica para tratar temas como el término del tratamiento activo y cómo seguir viviendo sabiendo que el fin de la vida se acerca. Otros pacientes pueden necesitar la reafirmación acerca de la vida que han logrado, pudiendo solicitar al psicoterapeuta abordar sistémicamente asuntos incompletos en relación a miembros de la familia o amigos.

El tratamiento basado en el entendimiento de las transferencias omnipotentes e idealizadas de Kohut (1971, citado en Mollina 2012) y el permitir la regresión en esta fase terminal es de gran confort para algunos pacientes. Norton (1963, citado en Almanza 1999) recomienda desarrollar una relación regresiva con el paciente y permitirle a éste defenderse contra la pérdida del objeto. Eissler (1995, op.cit.) recomienda que el terapeuta comparta las convicciones de inmortalidad y eternidad del paciente, así como desarrollar una admiración por la fortaleza interna de éste.

## CAPITULO IV: CASO CLÍNICO

(C. 24 Años)

### 1. ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Paciente varón de 24 años, ingresa a la Unidad de Hemato-Oncología Adultos en marzo de 2013 con diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) de alto riesgo.

Recibe tratamiento de Quimioterapia de forma hospitalizada durante marzo de 2013 hasta enero de 2014 en la Unidad de Inmunosuprimidos del Hospital San Borja Arriarán. Este tratamiento tuvo resultados satisfactorios, no mostrándose ninguna evidencia de leucemia. El tratamiento había sido un éxito. A partir de febrero de ese mismo año, el paciente se mantendría en controles quincenales con exámenes de hemograma y procedimiento de mielograma cada 30 o 60 días.

Durante la hospitalización 2013-2014, este paciente recibió apoyo psicológico una vez a la semana en los aislamientos de la Unidad, con el fin de manejar las dificultades del tratamiento y los efectos adversos de la quimioterapia.

Durante el primer control con el médico hematólogo de la Unidad, luego de su alta hospitalaria, el paciente le señala que aparece un dolor agudo en el costado izquierdo del abdomen, con muchas dificultades para conciliar el sueño y con sintomatología ansiosa nocturna.

En Febrero de 2014, se recibe interconsulta para intervención psicológica, iniciándose un segundo trabajo psicoterapéutico una vez por semana con el fin de entregar soporte emocional, y desarrollar en el paciente, estrategias de afrontamiento ante la angustia de recaída y control de la ansiedad. La terapia se realizó sostenidamente hasta mayo de 2014, fecha en que el paciente recibe la confirmación de la recaída de la leucemia a través del mielograma de control.

### 2. EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA:

Durante la primera semana de Marzo, se inició la primera entrevista cuyo objetivo era indagar sobre el posible foco terapéutico. "C." señaló que, desde enero de 2014, ha mantenido esa sensación "*irracional*" de que no se encontraba completamente sano, a

pesar de que los exámenes arrojaban lo contrario. Sentía que *“la leucemia lo tomaría nuevamente por sorpresa”*. Su principal pensamiento era de ser un *“fracasado en la victoria del cáncer”*.

“C.” señaló: *“Si tuve el coraje de pasar casi un año metido en una sala totalmente encerrado, ¿por qué ahora no tengo el coraje de vivir mi vida tranquilamente?”*.

“C.” es de contextura delgada, tez blanca y alta estatura. De apariencia dura y mirada agresiva. Durante las sesiones realizadas en el policlínico, traía un modo de vestir que se acercaba al estilo “Metal”; vestía ropa negra, presentaba tatuajes en el cuello y ambos brazos, piercings y expansiones en sus dos orejas.

El tiempo de hospitalización fue suficiente para fomentar y fortalecer una alianza terapéutica, por lo que no resultó difícil que expresara las molestias que venían aquejándolo desde su alta hospitalaria en su primera sesión.

El paciente se veía sobrepasado por angustias y manifestaba terrores nocturnos de forma frecuente. Después de tantas ansias de salir de los aislamientos, deseaba estar encerrado en casa. Sentía que el olor a alcohol no lo abandonaba aunque se bañara a diario, que el terror que sentía a su próximo control era insoportable y que la sensación de peligro era diaria.

Su angustia de no poder acceder a la sensación de normalidad se acentuaba cuando veía que la novia, quien lo habría acompañado durante toda la enfermedad, estaría retomando sus actividades cotidianas.

En las dos siguientes sesiones, las quejas emocionales se acrecentaron. Temía buscar trabajo aun con ganas de hacerlo. Temía poder subirse a una bicicleta o ir de paseo al mall. Se cuidaba extremadamente de los contagios de gripes si salía a lugares al aire libre. El tratamiento farmacológico psiquiátrico que estaba prescrito, resultaba inútil en varias ocasiones, decidiendo consumir THC para aliviar la angustia.

Pasado el primer mes de atención, manifestó el miedo a que volviera la enfermedad, señalando: *“Tengo miedo a tener nuevamente la Leucemia, me siento como en una cuerda floja. Antes estaba seguro que no me iba a dar leucemia porque estaba con las drogas, pero ahora que solo tengo una pastilla, me siento como vulnerable”*.

A partir de lo anterior, se decide informar al paciente sobre el foco de intervención para la terapia de orientación psicodinámica que se realizó una vez por semana: el temor a la recaída conocido como “el síndrome de La Espada de Damocles”. De acuerdo a lo revisado bibliográficamente, se desarrolló una psicoterapia cuyos objetivos fueron: 1) ayudar al paciente a enfrentar la posibilidad de recaída de la enfermedad de la forma más adecuada. 2) en caso de recaída, enfrentarla nuevamente como una oportunidad para vivir. 3) reafirmar sus habilidades personales para enfrentar ésta enfermedad y 4) finalmente, lograr convivir con el fantasma de la recaída adaptándose cada vez más a la vida cotidiana.

A partir de ello, se inició el trabajo en rescatar tanto experiencias positivas como negativas de su tratamiento anterior.

Durante la primera sesión, con el foco ya establecido, el paciente comenzó a realizar un recorrido sobre lo que recuerda como tormentoso. Señaló, en primer lugar, el hospital, refiriéndose a él como un lugar frío, con poca luz natural, con comidas sin sabor, noches intranquilas, gritos de dolor de salas contiguas, llantos de familiares cuando algún paciente fallecía, experimentar dolor en las noches y que ningún profesional se encontrara disponible para ayudarlo.

Refirió especial temor a los procedimientos clínicos que debía realizarse una vez terminada las quimioterapias. Especialmente, señaló el “mielograma” y la “intratecal”. (El mielograma consiste en introducir un trocar, una especie de tubo metálico, de suficiente grosor para extraer médula ósea del hueso de la cadera o del esternón, esto, para monitorear el porcentaje de blastos en la médula. Por otro lado, la intratecal consiste en introducir quimioterapia por medio de una punción lumbar). Estos dos procedimientos, señaló el paciente tenerlos como pesadillas nocturnas, recordando su principal sueño que consiste en que su espalda y su pecho se quiebran en dos después de que el médico le insertara el trocar en la cadera, observando cómo su parte inferior del cuerpo caía a través de la camilla.

Cabe destacar que el paciente en estos procedimientos se encuentra todo el tiempo consciente, recibiendo sólo anestesia local. Sin embargo, esta anestesia no evita el dolor completamente.

Durante la siguiente sesión, el paciente relató efectos adversos que experimentaba cada vez que se disponía a dormir, como por ejemplo, náuseas, el dolor corporal inespecífico, cansancio corporal y cambios en el gusto. Señaló "C": *"siento día y noche ese gusto a fierro en mi boca"*.

Sin embargo, estos efectos adversos, acompañaban a una angustia mayor; "El miedo a quedarme sólo", señaló el paciente en la tercera sesión.

Al indagar sobre este último temor, señaló que se siente confuso. Por un lado, se sintió más sólo ahora que estaba libre de enfermedad que cuando estaba hospitalizado. Explicó que hoy todos han retomado, en cierta medida, sus caminos, su vida cotidiana. Hasta a su novia la sintió más lejana. *"Al parecer, ya no eres el centro de la preocupación"*, le comenté, no dudando el paciente en asentir con la cabeza.

El paciente es el mayor de dos hermanos, único hijo varón. Su padre es el único sustento del hogar. Su madre es dueña de casa. De familia machista, en donde las mujeres realizan los quehaceres del hogar, y los hombres debían dedicarse a estudiar o trabajar.

Este paciente, de acuerdo a lo rescatado de la psicoterapia anterior, estaba acostumbrado a tener fácil acceso a las cosas que deseaba, como por ejemplo, permisos para salir a temprana edad, permiso para beber y fumar antes de los 15 años. Durante la niñez recibió regalos de más alto costo que su hermana y no necesitaba realizar grandes esfuerzos para obtener dinero, un computador, playstation, etc. Muy cercano a sus padres, en comparación a su hermana. Nunca ha trabajado. De madre sobreprotectora y regalón de su padre.

"C", destacó por pedir horarios de visita prolongados para su madre y su novia. Sólo se alimentaba de la comida que le traía preparada su madre que llegaba a diario a las diez de la mañana, quedándose hasta las ocho de la noche todos los días sin interrupción. A su vez, tenía una novia muy preocupada y cariñosa. Había congelado sus estudios para estar con el paciente, manteniendo los mismos horarios que la madre y, en muchas ocasiones, se le concedía permiso especial para visita nocturna prolongada.

En conversaciones con la madre durante el primer tratamiento, fueron preocupaciones constantes respecto a la tolerancia del dolor de su hijo: *"nunca ha tenido tolerancia al dolor, es como su padre. Si a una persona le duele algo, a ellos les duele cien veces"*



más".Era una madre muy demandante con el personal y las quejas del paciente se acrecentaban al estar ella presente. El llanto y los gritos eran tales que el personal, no teniendo otra opción, entregaba altas dosis de morfina para que el paciente pudiese tranquilizarse. Se presentó durante el tratamiento una tendencia del paciente y de la madre a pedir morfina cada vez que sentía algún dolor en el cuerpo.

Se manifestó al paciente la falta de independencia con su madre durante la hospitalización. Se entregó, además, la observación de la relación dependiente con su novia y la relación del mismo modo que había hecho con la morfina.

El paciente tendía a depender de algo.

"C" reafirmó esta hipótesis cuando recordaba que nunca hizo nada sin que estuviese la mamá o la polola. *"Teniendo yo 24 años, no he estudiado nada. Obligado terminé cuarto medio. Todo lo tenía. No había necesidad de hacer algo más por mientras"*.

Estando en el segundo mes de intervención terapéutica, nos encontramos con dos conflictos en el paciente: La angustia a la recaída y la dependencia a algo.

A medida que se reforzaban aspectos positivos de su paso por el hospital, como por ejemplo, la fuerza para salir adelante, el enfrentamiento al dolor, el vencer a la enfermedad gracias a su voluntad de lucha, iban disminuyendo sus malestares físicos.

Durante las próximas sesiones se recalcó la importancia de retomar actividades cotidianas tal como lo había hecho su familia. Durante la octava sesión, señaló que durante febrero el padre habría enfermado, quedando cesante, por lo tanto, la madre estaba en busca de trabajo no encontrando nada hasta ese momento, pero que, según él y en vista de la situación, iba a acceder a trabajar como asesora del hogar.

Pasada la novena sesión, se le planteó ponerse en la situación de alguna posible recaída de la enfermedad. Junto con ello, se le planteó también la idea de que su temor a la recaída se relaciona principalmente con que, si volviera a enfermarse, el acompañamiento familiar se vería afectado. Considerando que su madre se encontraba trabajando, su novia seguía con sus estudios, su hermana se encontraba iniciando su carrera y la enfermedad de su padre, "C" pensaba que estaría menos acompañado que en su primer tratamiento.

Se planteó al paciente adquirir más autonomía en su vida. Debía desprenderse de tales dependencias, ya que sólo le hacían sentir más vulnerable ante un peligro como una recaída. Directamente, se le hizo ver que el vencer el cáncer fue mérito propio. Que ni la madre ni la novia fueron las responsables de la remisión. Si la leucemia volvía, debía enfrentarla de igual o mejor manera. Debía convencerse de sus habilidades personales para combatir la enfermedad y hacer frente a los efectos adversos de un posible tratamiento nuevo.

Terminada la décima sesión terapéutica, el paciente comenzó a trabajar con un tío materno en el área de electricidad, mejorando también su estado general. Parecía de mejor ánimo, buen humor y los terrores nocturnos eran menos frecuentes. Se volvieron a iniciar sus paseos en bicicleta y los días domingo ya no se quedaba en casa.

Sin embargo, dos semanas después de esta sesión, se realizó su mielograma de control. Le entregan la noticia que su leucemia había reaparecido y que el camino que se veía venir constaba de quimioterapias muy agresivas, existiendo altas posibilidades de morir y que una vez finalizado el tratamiento, el trasplante de médula ósea era la única forma de sanar la leucemia.

Actualmente se encuentra en su primer ciclo de quimioterapia. La madre se encuentra trabajando, visitándolo dos horas diarias. La hermana, durante los fines de semana y la novia, día por medio, en horario común. Durante estos días, el paciente recibió la noticia que su hermana, único donante posible, no es compatible.

El tratamiento terapéutico se inicia nuevamente en el aislamiento de la unidad de inmunosuprimidos, realizando una terapia de orientación psicodinámica cuyo objetivo es fortalecer la autonomía y evitar la dependencia a la morfina, fortaleciendo sus habilidades personales por sobre la compañía familiar para enfrentar el nuevo proceso.

El paciente, a pesar de la dificultad del tratamiento y de la noticia del trasplante, no ha presentado sintomatología de angustia o sintomatología depresiva de tal magnitud como el primer tratamiento, aun estando menos acompañado.

## CAPITULO V: DISCUSIONES A PARTIR DEL CASO CLINICO

*“Jamás desesperes en medio de las más sombrías aflicciones de tu vida,  
pues de las nubes más negras, cae agua limpia y fecundante”.*

(Proverbio Chino)

### ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO: MANEJO DEL SÍNDROME DE LA ESPADA DE DAMOCLES DESDE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA.

Trabajar con pacientes oncológicos no es sencillo, y esto puede deberse a varias razones, entre las cuales se observan: la carencia de programas de formación para psicólogos en Psicooncología en Chile, las escasas orientaciones psicoterapéuticas desde el MINSAL, los extensivos y complejos tratamientos oncológicos, las diversas etapas que debe enfrentarse un paciente con cáncer, etc.

Respecto a este último punto, el apoyo terapéutico a los pacientes que presentarían una remisión de la enfermedad tendría una complejidad particular. Es por ello que, a propósito de un caso clínico, se intentó buscar estrategias que permitieran un trabajo psicodinámico que entregara apoyo y herramientas psicológicas necesarias para sobrellevar una de las principales angustias observadas en esta etapa: la angustia a que el cáncer aparezca nuevamente.

Para ello, el tratamiento realizado en el caso clínico expuesto en el capítulo anterior, consistió en la aplicación de una terapia breve de orientación psicodinámica que tuvo una duración de doce sesiones.

Primero que todo, la psicoterapia dinámica consistió en analizar las principales angustias que surgían en cada una de las sesiones. El paciente pudo expresar las angustias vivenciadas luego del alta médica como los dolores corporales, los terrores nocturnos o el temor ante cada examen clínico. También se facilitó el espacio para que expresara las experiencias negativas durante el tratamiento recibido, como los efectos adversos de la quimioterapia, la muerte de otros pacientes, las náuseas, etc. Finalmente pudo expresar el temor a que la enfermedad reapareciera y, con ello, la posibilidad de que disminuyera su sobrevida.

El paciente experimentó entonces, lo que se conoce como “Síndrome de la Espada de Damocles”, describiéndolo, al igual que la mayoría de los pacientes, como la sensación de vivir en una constante incertidumbre o una sensación de que la enfermedad puede reaparecer en cualquier momento, aumentando estos sentimientos de indefensión y vulnerabilidad en los días previos a controles y exámenes médicos.

Esta sensación de incertidumbre y miedo es bastante frecuente entre todos los que han padecido de cáncer, afectando la calidad de vida del paciente e impidiéndole, como en el caso clínico expuesto, el regreso a una vida normal y a sus actividades cotidianas.

Con respecto al proceso terapéutico de orientación psicodinámica desarrollado en el paciente, se pueden exponer tres tópicos fundamentales de discusión:

#### Interpretación y Confrontación:

La principal herramienta técnica de la psicoterapia dinámica, señala De la Parra (2005), será la interpretación, dentro de la cual los demás elementos técnicos como señalamientos, confrontaciones y preguntas, orientarán la intervención. Por lo general, los pacientes, plantea Holm (1991), permanecen sumidos en sus conflictos psíquicos, siendo incapaces de descubrir las reales oportunidades de una liberación de sus síntomas. A través de estos elementos técnicos, para este autor, se trata de ayudar al individuo a clarificar su situación y desarrollarla activamente, a resolver un “pasivo sometimiento a las angustiosas experiencias internas y externas en beneficio del aumento de las posibilidades (internas y externas) de acción”. (Holm, 1991, p. 5).

Luborsky (1984), Rockland (1989); Johnge et. Al (1994), dan cuenta de la importancia que tiene esta confrontación en el proceso curativo del paciente, al proponer que el terapeuta la debe realizar si el proceso lo amerita. Con esto, una acción confrontacional de las relaciones interpersonales abrirá nuevos rumbos para una comprensión del fenómeno angustioso, actuando directamente como un fenómeno curativo en el mundo interno del paciente.

Respecto a lo que señala Straker y Wyszynski (1986, citado en Almanza y col. 1999), el abordaje de la capacidad de afrontamiento que tiene el paciente con la enfermedad es útil

para la disminución de la angustia. En el caso clínico, se realizó un especial trabajo en demostrar las habilidades y herramientas que tuvo el paciente para enfrentar la enfermedad y que éstas, permitirán a enfrentar su segundo tratamiento adecuadamente.

Enfrentar al paciente a la posibilidad de recidivaes, en cierto modo, enfrentar al paciente nuevamente a todo lo que significa la enfermedad, ya que el sujeto realizará un recorrido consciente de lo que recuerda como negativo y de los elementos específicos del tratamiento a los que más teme.

Junto a ello, la psicoterapia dinámica permitirá develaren los pacientes, los temores más profundos. Como se expuso en el caso clínico, este estado angustioso, ante una eventual recaída y una posible hospitalización, iba de la mano a otra angustia inconsciente: que consistía en sentirse solo, en el caso que volviera hospitalizarse para un segundo tratamiento. Esta angustia estaba relacionada con el conflicto que mantendría desde la niñez, el de la relación dependiente y egocéntrica que habría desarrollado con su familia, especialmente con su madre.

A través de las interpretaciones realizadas al paciente, como por ejemplo, la relación dependiente que estableció con la morfina, con su madre y su novia, y a través de los consejos directivos que se le indicaron para que retomara su cotidianidad, el paciente comenzó a disminuir paulatinamente algunos síntomas propios del estado angustioso en que se encontraba, disminuyendo, por ejemplo, los dolores corporales.

El confrontar la dependencia del paciente con las relaciones interpersonales y los analgésicos, se volvió una herramienta adecuada para el proceso terapéutico psicodinámico.

#### Relación Terapeuta - Paciente:

Otro de los aspectos importantes que debe estar presente en el apoyo de los pacientes que han sobrevivido al cáncer es la actitud del terapeuta. Cruz Roche (1989), se refiere a la importancia de la relación que se establece entre terapeuta – paciente explicando:

“Tener una actitud receptiva, comprensiva y empática que tiene el terapeuta respecto a su paciente, especialmente para los aspectos más desconocidos de éste, los más primitivos e infantiles, permite que ciertas necesidades emocionales muy arcaicas se vean aceptadas, reconocidas, y en cierto modo satisfechas a través de la comprensión y la interpretación; necesidades que en el pasado histórico del paciente habían quedado insatisfechas. De este modo se pueden volver a poner en marcha algunos aspectos detenidos del desarrollo emocional, que habían quedado paralizados al no encontrar un ambiente facilitador suficiente. Así puede continuar ese desarrollo emocional progresivo el que es, a nuestro entender, el aspecto más básico de la salud mental”. (p. 178).

Vidal (2006) aclara, que no se debe ejercer el anonimato absoluto del terapeuta, más bien, la sesión debe transcurrir bajo la forma de diálogo entre paciente y terapeuta, por medio de argumentaciones esclarecedoras.

A su vez Malan (1983), señala que el objetivo de establecer una relación terapeuta y paciente es “permitir a éste (paciente), comprender sus genuinos sentimientos, traerlos a la superficie y experimentarlos. Para este fin, el terapeuta aplica su saber teórico, guiado siempre que sea posible, por su conocimiento de sí mismo; así consigue identificarse con el paciente y lo que por esta vía llega a entender, lo ofrece en interpretaciones, las que constituyen su principal instrumento terapéutico”. (p. 104).

Peter Sifneos (1984), también enfatiza el valor de la alianza terapéutica, ya que esta relación, fomenta un clima favorecedor de aprendizaje donde se utiliza la transferencia positiva, la que es interpretada tempranamente. Las intervenciones predominantes para este autor, son las confrontaciones y clarificaciones e interpretaciones.

El método clínico de este tipo de psicoterapia a la luz de Marzi(2006), citado por Figueroa (1986), es un método intersubjetivo basado en la relación vivencial y cognitiva de la pareja analítica. En palabras de este autor, el proceso analítico “es una condición que se activa a través del vínculo que sostiene la pareja analista – analizado, basada en los conceptos primarios del psicoanálisis: inconsciente dinámico, fantasía, transferencia, contratransferencia, que le otorgan una dimensión a la realidad psíquica” (p. 120).

Winokur y Dasberg (1981) señalan que la psicoterapia dinámica debe incorporar fuertes elementos directivos y de apoyo al paciente, orientados a reducir o eliminar la ansiedad y otros síntomas, de manera que el paciente pueda restablecer su equilibrio emocional y, eventualmente, intentar modificar alguna de sus conductas. La estrategia básica, para estos autores, consiste en establecer un vínculo reasegurado, protector y orientador por parte del terapeuta hacia el paciente. Sus intervenciones principales deben ser de tipo sugestivo-directivo, ayudando al paciente a enfrentar más adaptativamente sus problemas e incluso interviniendo en el manejo de su entorno.

El caso clínico presentado ilustra, mediante el fortalecimiento de la relación terapeuta – paciente, el develamiento de la relación objetal primitiva y dependiente que mantiene el paciente con su madre y cómo este conflicto dio paso a desarrollar una angustia ante la recidiva. Queda de manifiesto cómo la dependencia afectiva es reemplazada por experiencias emocionales más adaptativas gracias a la confrontación y relación contenedora del terapeuta.

#### Foco Terapéutico:

En su publicación titulada *Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica*, Malan (1983), plantea que la psicoterapia dinámica propone llegar, por debajo de la defensa y de la angustia, al sentimiento oculto, para luego reconducirlo del presente a sus orígenes en el pasado. Para cumplir con estos objetivos, estos tipos de terapia procuran la comprensión del conflicto del paciente a través de su narrativa, de su comportamiento, de la contratransferencia y de la transferencia.

La psicoterapia dinámica, para este autor, propone establecer un foco que guíe o sirva de referencia para todo el proceso. Malan (op. cit.) define el foco dinámico como la herramienta esencial en la cual debe fundarse la terapia. Este foco se establece gradualmente en las primeras entrevistas a través de interpretaciones de patrones repetitivos que apuntan a un núcleo conflictivo infantil en el paciente.

Para Florenzano (1984), las psicoterapias breves psicodinámicas se limitan, en general, a “explorar o resolver un área específica de conflicto intrapsíquico, cuidadosamente

seleccionada, en cuanto a su relevancia para las molestias del paciente, como por la factibilidad de elaborarla en un lapso breve”. (p. 47).

Para Sánchez Barranco (2001), uno de los aspectos importantes a tener en consideración al establecer una terapia psicodinámica es definir un foco terapéutico y sostener el trabajo, en lo posible, permanentemente en él y emplear reiteradamente las confrontaciones y esclarecimientos de los conflictos que provocan angustia.

Davanloo (1992), propone establecer un foco que capture lo medular del conflicto psicológico. Podría existir para el autor, un foco único o múltiples focos. Es parte de su estrategia presentar al paciente un foco en términos comprensibles para él, pero que mantenga relación con el conflicto reprimido.

En este caso, el foco terapéutico consistió en comprender la dependencia con su madre y la falta de autonomía. Esto permitió al paciente enfrentar la angustia ante una eventual recaída, desarrollando herramientas que le permitieran enfrentar la vida con o sin enfermedad.

#### Consideraciones Finales:

Apoyándonos en lo que plantea la psicoterapia dinámica, los procesos centrales que se desarrollaron en este trabajo terapéutico con el paciente fueron: a) que el paciente expresara la angustia a la recaída como una amenaza a su integridad, b) que el paciente expresara su sensación de impotencia y vulnerabilidad, ya que la reaparición de la enfermedad no es controlable con ningún comportamiento específico del paciente, c) aceptar en el paciente, el temor al ser abandonado ante una nueva hospitalización, d) La utilización de la interpretación y confrontación como herramientas terapéuticas para enfrentar la angustia producida por la dependencia, e) fortalecimiento de la relación terapeuta – paciente con el objeto de permitir al paciente una expresión abierta de sus conflictos psíquicos, f) establecer un foco terapéutico con el objetivo de guiar la psicoterapia de corto plazo de una manera más eficiente.

El abordaje terapéutico con el paciente oncológico en la etapa de remisión de la enfermedad debe contemplar, por último, tres elementos importantes: Primero que



todo, debe considerar los aspectos positivos del tratamiento, como por ejemplo, las redes de apoyo familiar y/o social que surgieron en la etapa de la enfermedad, el fortalecimiento del núcleo familiar, la presencia de cuidadores, el espíritu de lucha del paciente, el enfrentamiento al dolor y a los efectos adversos de la quimioterapia, etc. Luego, debe contemplar las experiencias negativas de la etapa de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Y, finalmente, el trabajo psicoterapéutico debe considerar las fantasías y angustias del presente respecto a una posible recidiva. Estos tres elementos posibilitarán al paciente disminuir la angustia ante una posible recaída, adaptándose, por un lado, a una vida libre de enfermedad y, por otro lado, a un mejor enfrentamiento cuando la enfermedad reaparezca.

## CONCLUSIONES

*Si puedes curar, cura, si no puedes curar, alivia,  
Si no puedes aliviar, consuela  
(Marcos Gómez Sancho, Médico Oncólogo)*

El desarrollo de esta tesis, nos permite, ante todo, apreciar ciertos abordajes de intervención psicodinámica que existen hoy en día para los pacientes que padecen o que han padecido un cáncer. Este trabajo de investigación ha pretendido mostrar específicamente el abordaje de la angustia ante una eventual recaída en la enfermedad o Síndrome de la Espada de Damocles, que padece gran parte de los pacientes que se encuentran en la etapa de remisión de la enfermedad.

El diagnóstico de cáncer provoca una crisis global respecto al funcionamiento del paciente, paralizando su proyecto vital del presente y sus expectativas previstas hacia el futuro, influyendo directamente en el modo de relacionarse consigo mismo y con el entorno. El cáncer afecta el bienestar y la calidad de vida, manifestándose angustias de diversos orígenes, tales como lo corporal, lo económico, lo institucional, etc.

La psicoterapia dinámica ofrecería entonces un abordaje eficaz en el contexto de la Psicooncología para comprender los conflictos psicológicos del paciente con cáncer. Para realizar un trabajo psicodinámico, el terapeuta debiera estar familiarizado con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer, estableciendo un abordaje flexible de acuerdo con el estado médico del paciente, aplicando el sentido común al abordar las defensas y aspectos de calidad de vida.

La intervención psicodinámica frente a la angustia a la recidiva promueve la adaptación a la etapa de remisión y la preparación a una eventual recaída en la enfermedad, como se planteó en el caso clínico descrito, cuyo objetivo era disminuir el sufrimiento y potenciar el bienestar físico y psicológico.

Para el manejo de la angustia de recaída del cáncer, la técnica psicodinámica deberá maximizar en lo posible la autonomía del paciente, reforzando sus mecanismos de

defensa más adaptativos y aumentar su autoestima, siempre en función del estado físico del paciente y de las condiciones de su entorno.

Para un trabajo de orientación psicodinámico desarrollado en la discusión del caso clínico, se recalca nuevamente la relación establecida entre paciente y terapeuta. A través de la escucha atenta del terapeuta, la persona que padece angustia irá expresando sus sufrimientos, malestares y temores que tienen que ver con lo vivido en el tratamiento médico realizado y su situación actual. El terapeuta debe propiciar un lugar para el habla, facilitando la apertura a un espacio discursivo a través de la palabra y la contención emocional, la historia de la enfermedad, los sueños, las angustias, etc.

Al concluir esta investigación, creo profundamente que el trabajar desde la angustia en los pacientes con cáncer es un recurso importante para la comprensión del sufrimiento del paciente oncológico. El poder expresar aquello de lo que lo aqueja, previene y reduce la intensidad de la angustia haciéndola más llevadera.

De esta manera, la intervención psicodinámica ante el Síndrome de Damocles, pondrá su foco en la interpretación subjetiva de la angustia física y emocional que manifiesta el paciente estando en la etapa de remisión de su cáncer y en la puesta en marcha de mecanismos defensivos funcionales para que el yo sea capaz de obtener herramientas para continuar su vida cotidiana o enfrentar nuevamente un tratamiento médico.

Se hace necesario concluir este trabajo, indicando la importancia de desarrollar futuras investigaciones en psicoanálisis y psicodinámica sobre el abordaje de pacientes que padecen cáncer. Esto, por el enorme impacto global que genera su diagnóstico, por las dificultades emocionales de enfrentar el proceso de tratamiento y sobrevida, y la inevitable idea de morir ante un eventual fracaso del tratamiento médico.

Es fundamental desarrollar diseños de metodologías en psicoterapia, que permitan distintas formas de intervención para mejorar la calidad de vida tanto del sujeto padeciente de cáncer como la de su entorno familiar, especialmente del cuidador. Considerar la implementación de terapias breves que se ajusten tanto al contexto de Salud Pública como a los escasos recursos económicos de los pacientes. Y, finalmente, lograr que las intervenciones psicodinámicas, o cualquier otro tipo de abordaje psicológico, logren incorporarse en los equipos médicos y en el contexto institucional de

salud en general, para que desde una visión multidisciplinaria, entreguemos una atención de calidad e integral a todos los pacientes que luchan día a día por vencer al cáncer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alizade, A.M. (1995). *Clínica con la muerte*. Amorrortu editores, Buenos Aires: 1995.

Alizade A. M. (1999). *Duelos del cuerpo*. Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas “Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy”. Asociación Psicoanalítica de Uruguay, en Psicooncología.org, Mayo, 1999.

Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y su enfermedad*. Editorial Libros básicos. Buenos Aires, Argentina. Tomos I y II. p. 275-276, 1961.

Brannon, L.; Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson Learning 2001.

Burone, A. (2008). *Cáncer de mama. Comunicación diagnóstica y relación terapéutica*. Departamento de Investigaciones, Universidad de Belgrano. 2008

Chiozza, Luis. (1977). *El encuentro del hombre con el cáncer*, Ediciones Alianza, Buenos Aires. 1996.

Chiozza, Luis (2001). *Una concepción psicoanalítica del cáncer*. Ediciones Alianza. Buenos Aires. 2001.

Chiozza, Luis (2007). *¿Por qué enfermamos?*, Ediciones Alianza, Buenos Aires. 2007.

Chiozza, Luis (2010). *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*, Ediciones Alianza, Buenos Aires, 2010.

Davanloo, H. (1992) *Psicoterapia breve: el desbloqueo del inconsciente*. España, Ediciones Dorsi, 1990.

Die Trill, Maria (2003). *Psicooncología*. Madrid. Ades Editores, 2003.

Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós. Barcelona, España. 1994.

Espinoza, B & Calvo, A. (2004) *Psicooncología del Cáncer de Mama*. Tesina de grado, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Santiago de Chile, Chile. 2004.

Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores. 2002.

Florenzano, R. (1984). *Técnicas de Terapias Dinámicas*, Santiago: Editorial Universitaria. 1984.

Freud, S. (1890). *Tratamiento Psíquico (tratamiento del alma)*, Obras Completas Vol.I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

Freud, S. (1894). *Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?*, Obras Completas Vol.I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

Freud, S. (1893-1895) *Estudios sobre la Histeria*, Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1976.

Freud, S. (1895 [1894]). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Obras Completas Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1976.

Freud, S. (1900-[1989]) *Acerca del cumplimiento del deseo (1900-1901)*. Obras Completas Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1976.

Freud, S. (1909a). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Obras Completas, Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1976.

Freud, S. (1916 [1915]). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. Obras Completas, Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1976.

Freud, S. (1917). *35va. Conferencia. Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

Freud, S. (1917 [1916-17]). *25 conferencia, La angustia*. Obras Completas Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

Freud S. 1950. *Manuscrito. La etiología de las neurosis*. Obras Completas Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

Germà, Lluch, J. (2008). *El cáncer se cura, 50 historias reales de esperanza*. Editorial Planeta S.A. Barcelona, España. 2008

Guir, Jean. (2000). *Psicosomática y Cáncer*. Barcelona: Point HorsLigne 2000.

Ibáñez, E., y Romero, R. (1996). *Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico*. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana 1996.

Kübler-Ross E. (1992). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Monares, Madrid, 1992.

Malan, D. (1983). *Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica*. Buenos Aires, Editoriales Paidós. 1983.

Ministerio de Salud de Chile (2001). *Departamento de Estadísticas e Información en Salud*. Indicadores Básicos de Salud, Santiago, Chile. 2011.

Ministerio de Salud de Chile (2008). *Informe final: Estudio de carga enfermedad y carga atribuible*. MINSAL, Santiago, Chile 2008.

Ministerio de Salud de Chile (2009). *Unidad De Vigilancia De Enfermedades No Trasmisibles y Estudios Departamento de Epidemiología. Primer Informe De Registros Poblacionales De Cáncer De Chile, Quinquenio 2003-2007. Incidencia, Mortalidad y Estimación País*. Santiago, Chile, p. 1-178, 2009.

Ministerio de Salud de Chile (2010). *Protocolo Nacional de Oncología, PANDA*. Santiago, Chile, 2010.

Mollina I. (2012). *Clínica psicoanalítica para los pacientes con cáncer*. Universidad Católica de Santiago Guayaquil, 2012.

Vidal y Benito, María del C. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2008.

## REVISTAS CIENTÍFICAS

Almanza-Muñoz, J. (2001). *Psicooncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer*. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Número Especial, Argentina 1994-2001, p. 35-43.

Almanza, M., Straker N., Holland J (1999). *Psicoterapia Dinámica en pacientes con cáncer*. Cuadernos de Psicoanálisis XXXII, Julio-Diciembre, México, 1999.

Corral M., Matellanes F., Pérez J. (2007). *El impacto psicológico del cáncer en el paciente y su familia*. Revista Fundación MAPRE. Vol. 18 N° 2, Abril-Junio, Bizkaia 2007.

De la Parra G. (2005). *Psicoterapia breve en unidades de psicoterapia en servicios públicos de salud: la indicación adaptativa y el continuo expresivo de apoyo*. Revista Gaceta Universitaria, N° 3, pág. 291-306.

Figuroa G. (1986). *Las Psicoterapias Dinámicas Breves*. Rev. Méd. Valparaíso. Vol. 39 N° 1, pp. 31-36.

Itriago L, Silva N, Cortes G (2013). *Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro*. Revista Médica Clínica Las Condes, p. 531-552, Santiago, Chile 2013.

Murillo M. (2006). *Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer*. Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento vol. XXXV. Colombia. 2006.

Robert V y cols. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Revista Médica Clínica Las Condes [p. 677-684. 2013.

Rojas-May G (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama*. Rev. Med. Clínica Las Condes - 2006; 17(4): 194 - 97].

Sifneos, P. (1984) The Current Status of Individual Short-Term Dynamic Psychotherapy and Its Future: An Overview. American Journal of Psychotherapy, Vol. XXXVIII, N° 4, Octubre, p. 472-483.



Vives A, Valdivia G, Marshall G (2004). *Cambios recientes en la mortalidad por cáncer de próstata en Chile: Estudio de tendencias en el período 1955-2001*. Rev. Méd. Chile.p. 579-587. 2004.

Winokur, M. Dasberg, H. (1983). *Teaching and Learning Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Bulletin of the Menninger Clinic, 47 (1), p.36-52.

## **RECURSOS ELECTRONICOS**

Cano, Sofia (2013). *Psicooncología Infantil: Características del funcionamiento familiar y su relación con el ajuste psicosocial de supervivientes*. Tesina de Licenciatura, Universidad del Aconcagua, versión electrónica, Argentina, 2013.

Misic C. (2012). *El trabajo psicoterapéutico con el paciente oncológico*. Biblioteca digital de la Universidad Católica de Argentina. Presentado en Segunda Jornada de Intercambio Académico y de Investigación, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Buenos Aires, Argentina. 2012.

Solana A. (2005). *Aspectos psicológicos en el paciente superviviente*. *Aspectos psicológicos en el paciente superviviente*. Barcelona, versión electrónica. 2005, vol.28, n.3, pp. 51-57. ISSN 0378-4835.