



Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Especialización en Psico-Oncología

Adaptación Psicosocial de un Paciente Varón con Cáncer Urogenital

“Caso Héctor”

¿Cómo se Caracteriza la Adaptación de un Paciente con Cáncer de Próstata?

Autora: Lic. Aldana Méstola

Tutora de Contenidos: Lic. Mirta Di Pretoro

Orientación Metodológica: Lic. Esp. Carina Ponce

Directora: Dra. María Bosnic

Mayo 2013

Buenos Aires, Argentina

ÍNDICE

• Introducción	Pág. 1
• CAPITULO I - Marco Teórico	Pág. 6
1. Cáncer: Datos Estadísticos	Pág. 6
1a – Epidemiología del Cáncer Urogenital Masculino	Pág. 7
1b – Aspectos Relevantes de las Patologías Propias del Varón	Pág. 8
2. Aspectos Psicológicos	Pág. 12
2a – El Paciente Adulto con Cáncer	Pág. 13
2b – El Rol de la Familia	Pág. 14
2c – Trastornos Psiquiátricos y Cáncer	Pág. 16
3. Adaptación Psicosocial	Pág. 18
3a – Adaptación Psicosocial: Definición y Características	Pág. 19
3b – Afrontamiento: Estilos y Estrategias	Pág. 22
4. Abordajes Psicoterapéuticos	Pág. 24
4a - Principales problemas objeto de atención psicoterapéutica	Pág. 25
4b - Abordajes Individuales	Pág. 27
4c - Abordajes Grupales	Pág. 29
• CAPITULO II – Planteo de Problema	Pág. 31
• CAPITULO III – Objetivos: Generales y Específicos	Pág. 31

• CAPITULO IV – Aspectos Metodológicos	Pág. 32
a - Criterios de Selección del Caso	Pág. 32
b - Instrumentos de Recolección de Datos	Pág. 32
• CAPITULO V - Presentación del Caso Héctor	Pág. 34
a - Historia de la Enfermedad	Pág. 34
b – Presentación del Paciente	Pág. 35
c – Genograma	Pág. 39
• CAPITULO VI - Descripción y Análisis del Caso	Pág. 40
a – Entrevistas Individuales y su Análisis	Pág. 40
b – Entrevista familiar y su Análisis	Pág. 46
• Conclusiones Generales	Pág. 49
• Referencias Bibliográficas	Pág. 52
• Anexos	Pág. 58
• Bases de Datos Consultadas	Pág. 60

INTRODUCCION

“...convertir el conocimiento en acción...”

OMS 2012

El escrito que se presenta a continuación corresponde al Trabajo Integrativo Final para la acreditación de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Tres de las cuatro principales causas de muerte en el mundo son enfermedades crónicas no transmisibles. En orden de importancia se enumeran: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Worley (2006), analista de políticas de alto nivel en la Population Reference Bureau (PRB¹), sostiene en su artículo, *Las Enfermedades Crónicas Aseñan a los Países en Desarrollo*, que éstos están atravesando un período de rápida transición epidemiológica, lo cual genera una mayor demanda en el sistema de salud.

Específicamente en el caso del cáncer la OMS (2006) en su página web informa que en el año 2005, estimativamente, murieron a nivel mundial 7,6 millones de personas. Y aclara que más del 70% de todas las defunciones por cáncer se producen en los países con ingresos bajos y medios, cuyos recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, son limitados o inexistentes.

Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2012) el cáncer de próstata pertenece al grupo de los más habituales y es la segunda causa principal de muerte por cáncer en varones en ese país. En el año 2012 se diagnosticaron 241.740 casos nuevos de cáncer de próstata, de los cuales fallecieron 28.170. En Argentina el Instituto Nacional del Cáncer (2012) registró en el año 2008 para esta patología, una incidencia de 13.771 casos y una mortalidad de 3.854.

Camacho Borrego (2003), realiza un recorrido sobre las respuestas psicológicas asociadas al diagnóstico. Allí resalta que la persona que recibe la noticia de un cáncer de

¹ **PRB:** El Population Reference Bureau (Servicios de Referencias Populares) informa a las personas del mundo entero, además de las de los Estados Unidos, sobre temas relacionados con la población, la salud y el medio ambiente, transformando los datos técnicos y de investigación para presentar la información de forma correcta pero fácil de entender. Para más información consultar:
<http://www.prb.org/SpanishContent/AboutPRB.aspx>

este tipo lo vive con un alto grado de estrés emocional. Además, señala que a todas las probables reacciones emocionales habituales que se pueden presentar se le suma el gran miedo que recae en relación a la sexualidad, donde pueden aflorar pensamientos en torno al contagio, la impotencia, la suciedad, la esterilidad y a problemas de comunicación con la pareja, entre tantos otros. Finalmente explica que se deben tener en cuenta las respuestas psicológicas esperables y asociadas a cada etapa de la enfermedad.

Baider (2003) en relación a la familia del paciente adulto, hace foco en el hecho de que cuando una enfermedad crónica se desarrolla lo hace en el seno de una familia, por lo cual, el impacto de la enfermedad afecta a todos en el sistema familiar. Aún así, a pesar de recibir el impacto, también pueden convertirse en fuente de apoyo social. Esta situación ayuda a disminuir las alteraciones emocionales y, por consecuencia, los pacientes pueden tolerar mejor los efectos psicológicos del estrés severo.

Respecto al afrontamiento, Suarez Baquero, Baquero, Londoño y Low (s.f.). (citado por Martin, Jimenez y Fernandez-Abascal, 1997) aluden a Lazarus y Folkman quienes lo definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

En las guías del National Cancer Institute (2011) se describe la adaptación psicosocial al cáncer como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con su enfermedad y obtener el dominio o el control de los acontecimientos que operan sobre su vida y que están en conexión con esta afección.

Considerando los fines del presente trabajo, resulta de utilidad discriminar y enfatizar los modos y estilos de afrontamiento que emplean los hombres, ya que existe cierta evidencia que apunta a diferenciarlos de los empleados por las mujeres. Alonso, Gonzalez Gonzalez y Becerro de Bengoa Vallejo (2012) en su artículo, *¿Hombres y Mujeres Resuelven los Conflictos de la Misma Forma?*, concluyen a partir de los grupos estudiados, que los hombres tienen la tendencia a utilizar los estilos de competencia y de colaboración y, sostienen además, que ambos géneros no actúan de la misma manera frente a un conflicto, lo cual los condiciona.

Jiménez-Torres, Martínez, Miro y Sánchez (2012) coinciden con la tesis según la cual entre hombres y mujeres se encuentran diferencias en relación a las estrategias de afrontamiento ante el estrés. Las mujeres utilizan más frecuentemente el contacto social, mientras que los hombres emplean más las estrategias de evitación de problemas y el estilo pasivo centrado en el problema. Además, desde otra perspectiva, al realizar una comparación por edades de los grupos, los datos indican que los mayores utilizan más las estrategias de reestructuración cognitiva, evitación de problemas y estilo activo centrado en el problema.

Rodríguez Marin y López Roig (1993) plantean que el concepto de adaptación es clave en todo el camino de la enfermedad y que afecta el vínculo de unión entre los conceptos calidad de vida, afrontamiento y apoyo social.

Die Trill (2003) sostiene que la oferta psicoterapéutica más frecuente en la actualidad es la individual, pero debido a una multiplicidad de factores hay una mayor disponibilidad de grupos terapéuticos. A pesar que los objetivos son varios, se centran fundamentalmente en facilitar la adaptación psicosocial del paciente a la enfermedad y a sus tratamientos intentando que el enfermo pueda mejorar su autoconcepto. En términos generales apuntan a que los pacientes puedan: reducir su afecto negativo (ansiedad, depresión, hostilidad), compartir sus esperanzas, aumentar y mejorar sus habilidades en el enfrentamiento al cáncer y expresar sus emociones con otros que han pasado por la misma experiencia de enfermedad. Y enfatiza otras ventajas de esta modalidad de trabajo. Por ejemplo, explica que la relación costo-efecto es óptima, dado que en un período de tiempo relativamente breve un terapeuta puede atender a varios enfermos simultáneamente. Esto adquiere especial importancia en el entorno hospitalario, donde la carga asistencial suele ser significativa y en ocasiones impide proporcionar la atención adecuada. Además, la situación grupal permite identificar problemas que cada paciente expone en el relato de los demás integrantes, pudiendo observar también maneras eficaces de resolverlos y corroborar que no son sólo ellos los que experimentan ciertas alteraciones emocionales. Esto normaliza su situación afectiva y física. Por otro lado, el grupo facilita el desarrollo de lazos y apoyo social, lo cual es indispensable cuando el enfermo tiende a aislarse. Finalmente, la situación grupal también permite practicar habilidades sociales y de

comunicación efectivas relacionadas con el cáncer, con las que el enfermo puede tener dificultad, mejorando su calidad de vida.

En términos generales, el tema a tratar en el presente estudio de caso se centra en caracterizar la adaptación psicosocial de un paciente varón que afronta una enfermedad oncológica del área genitourinaria, específicamente próstata, abordado a partir de la descripción y análisis de la experiencia de Héctor.

El caso clínico corresponde a la práctica parcialmente privada, puesto que el paciente es derivado para su asistencia psico-oncológica a su medicina prepaga, al sector Interconsultas. Se trata de Héctor de 57 años, con cáncer de próstata, que al momento del diagnóstico ya se encontraba en un estadio IV.

Las entrevistas suceden en el ámbito de su casa, lo cual habilita a que el paciente fume durante las mismas, situación que será descripta más adelante. Para el análisis del caso se utilizan recortes clínicos de entrevistas individuales y familiares, información aportada por los profesionales que componen el equipo de salud y datos extraídos de la historia clínica. El trabajo psicooncológico con el paciente se extendió por más de seis meses hasta su fallecimiento.

La intención es indagar y describir las características del afrontamiento de los pacientes que padecen cáncer de próstata, para luego profundizar sobre cuáles son las dificultades con las que se enfrenta este grupo en el proceso de adaptación psicosocial a la enfermedad.

Si bien se describe y analiza un paciente que transita un estadio avanzado de su enfermedad, la propuesta es extender algunas reflexiones hacia aquellos que logran convivir con la enfermedad por un lapso más prolongado.

Por esta razón, y cualquiera sea el estadio que curse, cabe pensar como fortalecer los recursos de los pacientes y como acompañarlos en la adquisición de otros que les permitan incrementar sus opciones de afrontamiento y, con ello, lograr una mejor adaptación a la enfermedad, a sus limitaciones y a las dificultades, con el beneficio de mejorar su calidad de vida.

Para este trabajo se utilizaron fuentes primarias. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de libros, revistas científicas, material didáctico aportado por los profesores y

recursos electrónicos, en idioma español e inglés, tanto del ámbito local como internacional.

A continuación, en el Capítulo 1, se presenta el marco teórico que incluye, en principio, algunas consideraciones sobre las estadísticas de morbilidad y mortalidad del cáncer urogenital, focalizando en los datos disponibles en nuestro país, tanto en hombres como en mujeres. Se caracterizan y desarrollan las patologías específicas que se agrupan bajo este rubro y, con más detalle, se amplía la información sobre el cáncer de próstata. Se realiza, además, una descripción de las etapas que transita el paciente adulto con cáncer, describiendo los distintos procesos de adaptación a los que se enfrenta desde el diagnóstico. Se toma en cuenta el rol de la familia y los posibles cuadros psiquiátricos que se pueden presentar en los pacientes en las distintas etapas. Se realiza también un recorrido teórico sobre el concepto de adaptación psicosocial, el afrontamiento acorde a los distintos momentos de la enfermedad y una breve revisión sobre el concepto de calidad de vida en relación a los temas tratados. Este capítulo finaliza con un estudio de dos abordajes psicoterapéuticos posibles y los beneficios de cada uno.

En el Capítulo 2, se realiza el planteo del problema, pregunta que se responderá a partir de la articulación entre el marco teórico y la descripción y análisis del caso clínico.

En el Capítulo 3, se presentan los objetivos generales y específicos correspondientes al presente trabajo.

En el Capítulo 4, se describen los aspectos metodológicos que guían el estudio de caso, el criterio de selección del mismo y se detallan los instrumentos de recolección de datos utilizados.

En el Capítulo 5, se realiza la descripción del Caso Héctor con la presentación del caso clínico incluyendo el genograma con datos relevantes de cada uno de los miembros de la familia y la historia de la enfermedad.

En el Capítulo 6, se realiza el análisis del caso a partir de la transcripción de fragmentos de entrevistas individuales, el motivo de consulta y fragmentos de su historia personal. Cabe aclarar que la única entrevista familiar a la que se alude fue realizada junto a la doctora de cuidados paliativos en el Centro Asistencial donde fue atendido el paciente. También se presentan las intervenciones psicoterapéuticas implementadas con él.

Finalmente se exponen las Conclusiones Generales, donde además de responder al problema formulado, se reflexiona acerca de la importancia de crear programas específicos para estos pacientes.

Por último se detallan las Referencias Bibliografías consultadas y citadas, seguida por los Anexos y las Bases de Datos Consultadas.

CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO

1 - Cáncer: Datos Estadísticos

La Organización Mundial de la Salud (2012) en su artículo, *¿Por Qué Importa Contar los Muertos?*, expone una reflexión importante a tener en cuenta en la que explica que saber cuántas personas mueren cada año y por qué han fallecido es uno de los caminos directos para evaluar la eficacia del sistema de salud de un país. Lo mismo sucede en relación a establecer de qué manera las distintas enfermedades afectan las condiciones de vida. Tener estadísticas actualizadas permite saber si las decisiones en Salud Pública están correctamente orientadas.

Para la OMS, en el año 2004, las principales causas de muerte en el mundo se organizaron de la siguiente manera: enfermedad coronaria; ataque apoplético y otras enfermedades cerebrovasculares; infecciones de las vías respiratorias inferiores; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades diarreicas; VIH/SIDA; tuberculosis; cánceres de tráquea, bronquios y pulmón; accidentes de tráfico y prematuridad y bajo peso al nacer. (Ver en Anexos Tabla Nro. 1).

En relación al cáncer, a escala mundial, se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en el año 2008. Estos datos estadísticos se distribuyen de la siguiente manera:

- pulmonar (1,37 millones de defunciones)
- gástrico (736 000 defunciones)
- colorrectal (608 000 defunciones)
- mamario (458 000 defunciones)
- cervicouterino (275 000 defunciones)

(Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> - 26.12.2012).

El Instituto Nacional del Cáncer en Argentina (2012) publica en su página web los siguientes datos respecto a la incidencia de esta patología en nuestro país:

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) ha estimado que durante el año 2008 en la Argentina se produjeron 104.859 casos nuevos de tumores malignos (excluyendo aquellos localizados en piel y con histología distinta al melanoma). Esta estimación corresponde para ambos sexos a una incidencia de 206 casos nuevos por año cada 100.000 individuos (<http://globocan.iarc.fr>).

Según estos datos el cáncer con mayor número de nuevos casos es el cáncer de mama, con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por el cáncer de próstata, con una tasa de 58,4 por cada 100.000 hombres y el cáncer de pulmón, también en varones, que arroja una cifra de 33,7 nuevos pacientes por cada 100.000 hombres.

En cuanto a las causas de muerte que se mencionan en el apartado sobre Mortalidad, el Instituto refiere que:

De acuerdo a las estimas de la IARC, en 2008 la Argentina se encontraba entre los países de mortalidad medio-alta. Entre los años 2008-2010 se registraron en promedio 57.500 defunciones por año cuya causa básica fue atribuida a tumores malignos, benignos e inciertos del Sistema Nervioso Central (SNC). Esta cifra representa el 20% de las más de 300.000 defunciones que se producen anualmente en el país.

Más en detalle aclara que, *“el cáncer de pulmón ocasiona aproximadamente 9000 muertes por año en ambos sexos, 15.6% del total de defunciones por cáncer. Le siguen en orden de importancia el cáncer colorrectal y el de mama (11.6% y 9.4% respectivamente)”*.

1a - Epidemiología del Cáncer Urogenital Masculino

Walsh, Retik, Vaughan y Wein (2004) en el *Campbell: Urología* organizan la Sección de Oncología en subcapítulos dedicados al abordaje, estudio y tratamiento de la enfermedad en los siguientes órganos: vejiga, riñón, próstata, pene y testículo.

Para los fines de este trabajo se realiza un recorte y se profundiza en los datos que involucra a los tres últimos, propios del varón. Se expone la información recabada sobre el cáncer de pene y de testículo en forma general y se profundiza en el cáncer de próstata en forma particular.

Cabe aclarar que los datos estadísticos localizados en las bases de datos consultadas no permiten discriminar los casos de cáncer de vejiga y de riñón por sexo, por el contrario abarcan la totalidad de los pacientes, tanto hombres como mujeres.

El INC de nuestro país, describe las características de la mortalidad por cáncer y por órgano afectado, en hombres, dentro del período 2008 – 2010 y con un promedio de 31.972 defunciones anuales: pulmón, próstata, colon-recto, páncreas, estómago, SNC, esófago, riñón / vías urinarias, hígado / vías biliares y vejiga. (Ver en Anexos Tabla Nro. 2).

Con un mayor detalle, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos formula que en el año 2012, en ese país, fueron registrados los siguientes datos: Cáncer de Pene: casos nuevos: 1.570, muertes: 310; Cáncer de Testículo: casos nuevos: 8.590, muertes: 360; Cáncer de Próstata: casos nuevos: 241.740, muertes: 28.170.

1b – Aspectos Relevantes en las Patologías Propias del Varón

A continuación se profundiza en las características más relevantes de cada uno.

La información ha sido relevada de las guías específicas para cada patología que brinda el National Cancer Institute en su sitio web.

Se caracterizan los síntomas, promedio de edad en el que aparecen, factores de riesgo, pruebas diagnósticas, pronóstico y calidad de vida, entre otras.

1b.1) Cáncer de Pene

- Edad: se presenta en hombres aproximadamente de 50 años de edad y representa del 2 al 5% de los tumores urogenitales masculinos.
- Síntomas: se manifiesta como una lesión visible a nivel del glande, siempre que el prepucio pueda rebatirse. De no ser así la lesión puede palparse a través de él como una zona irregular, endurecida. En ocasiones ulcerada y perfora el prepucio, manifestándose hacia el exterior. Es una lesión ulcero vegetante, a veces sangrante, que habitualmente se infecta produciendo un olor fétido. En ocasiones se acompaña de dolor. La progresión de la enfermedad es locorreional y temprana por lo que es común encontrar adenopatías inguinales, uni o bilaterales, que en ocasiones se presentan como formaciones únicas, móviles y, en otras, se ven como grandes masas, fijas, adheridas a planos profundos, ulceradas y supuradas. Se acompañan

con linfedemas de miembros inferiores y genitales. En estadios avanzados pueden agregarse síntomas producto de las metástasis a distancia, que aparecen tardíamente.

- Factores de riesgo: Walsh, Retik, Vaughan y Wein (2004) citan los estudios de Barrasso (1987), Maiche (1992) y Maden (1995) para respaldar que la incidencia de carcinoma de pene varía de acuerdo a: la práctica de la circuncisión, el estándar higiénico, la fimosis (un trastorno en el que el prepucio del pene no puede ser tirado hacia atrás sobre el glande), el número de parejas sexuales, la infección por HPV y la exposición a productos del tabaco (pág. 3231). Otros factores pueden ser la edad (concretamente tener más de 60 años), el tipo de raza (ya que las personas de origen afroamericano tienen mayor incidencia de la enfermedad).
- Pruebas diagnósticas: examen físico y evaluación de antecedentes médicos generales. Biopsia. Las técnicas por imágenes, como la ecografía, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear, ayudan a la identificación de la profundidad de la invasión tumoral.
- Pronóstico: depende del estadio, la ubicación y el tamaño del tumor. Depende también si se trata de un diagnóstico reciente o una recidiva. Tiene alta probabilidad de curación pero con un alto grado de morbilidad terapéutica.
- Calidad de Vida: algunos estudios sugieren que la penectomía, parcial o total, genera un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con respecto a su salud general, ansiedad, problemas sociales y alteraciones de la función sexual. La edad, el contexto socioeconómico, el estado psicológico y clínico, la motivación del paciente y la morbilidad de los diferentes procedimientos deberían considerarse como parte del proceso de la toma de decisiones.

1b.2) Cáncer de Testículo

- Edad: es el cáncer más común en los hombres de entre 20 y 40 años de edad.
- Síntomas: protuberancia o inflamación indolora en uno de los testículos, dolor inguinal, dolor en un testículo o en el escroto, acumulación súbita de líquido en un escroto, cambio en los testículos al tacto.
- Factores de riesgo: un testículo no descendido, desarrollo anormal de los testículos, antecedentes personales y familiares de la enfermedad y ser de raza blanca. Otros

factores asociados pero no confirmados: infecciones de tejido testicular, incidencia de sangrado inusual y durante el embarazo de su madre: exposición a los estrógenos, alcohol o rayos.

- Pruebas diagnósticas: examen físico, ecografía testicular, marcadores tumorales y tomografía computada. La biopsia no es posible debido al temor de diseminar células cancerígenas durante el procedimiento.
- Pronóstico: depende del tipo y estadio de la enfermedad pero en algunos casos el promedio de curación exceden el 95%. . El 75% de los hombres con cáncer avanzado puede ser curado.
- Calidad de Vida: los efectos colaterales del tratamiento es con mayor probabilidad la situación que puede generar mayor stress, como por ejemplo, los efectos sobre la sexualidad, la fertilidad y la intimidad, así como en la autoimagen.

1b.3) Cáncer de Próstata

- Edad: es el cáncer más frecuente en el varón y se diagnostica principalmente en hombres de edad avanzada a partir de los 50 años aumentando progresivamente con la edad. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de casos debido al diagnóstico precoz.
- Síntomas: a medida que los hombres envejecen, la próstata se puede agrandar y bloquear la uretra o la vejiga. Esto puede causar problemas para orinar o problemas sexuales. La afección se llama hiperplasia prostática benigna (HPB). Si bien no se trata de un cáncer, es posible que se necesite una cirugía para corregirla.

Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser los mismos síntomas del cáncer de próstata: disminución del calibre o interrupción del flujo urinario, aumento de la frecuencia de la micción (especialmente por la noche), dificultad para orinar, dolor o ardor durante la micción (expulsión de la orina), presencia de sangre en la orina o en el semen, dolor en la espalda, las caderas o la pelvis que no desaparece, eyaculación dolorosa.

- Factores de riesgo: antecedentes genéticos, consumo de tabaco, ocupaciones con exposición al óxido de cadmio, goma y metales. Algunos factores nutricionales como cafeína, vitamina A, carnes rojas y dietas saturadas en grasa.

- Pruebas diagnósticas: examen digital del recto, prueba del antígeno prostático específico (APE o PSA), ecografía transrectal y biopsia.
 - Pronóstico: depende del estadio de la enfermedad, si es diagnóstico reciente o una recidiva, la salud general y la edad del paciente.
 - Calidad de Vida: en el área psicosocial las áreas afectadas incluyen la imagen del cuerpo, cambios en la integridad, disminución de la función sexual, infertilidad. Dificultades para enfrentar el dolor y los efectos de los tratamientos, interrupción del funcionamiento cotidiano, el nivel de incertidumbre.
- Otros aspectos: disfunción de la potencia sexual, incontinencia urinaria, debilidad, fatiga, dolor y, otros efectos secundarios de la enfermedad o el tratamiento, pueden tener profundos efectos en el humor, la irritabilidad y la ansiedad.

El Dr. Montesinos (2011) coincide ampliamente con lo expuesto, en cuanto a la frecuencia de aparición de la patología, el incremento de los casos a partir de la detección precoz, los síntomas y las pruebas diagnósticas.

Por su parte, Fernández, Pascual y García (2004) concuerdan con que en los últimos 25 años la incidencia de casos fue mayor debiéndose a diferentes factores como: *“el aumento de la edad media de la población, la mejora en la atención sanitaria, las campañas de diagnóstico precoz, el amplio uso de la determinación del PSA y avances de la técnica de imagen”* (p.181).

Estos autores realizan un resumen de los abordajes terapéuticos disponibles para cada individuo. Las opciones con las que se cuenta en la actualidad son: cirugía, radioterapia, crioterapia, hormonoterapia y quimioterapia. Otra posibilidad es la de no realizar tratamientos pero si un seguimiento, a esta opción se le llama *observación y vigilancia*. Esta conducta es indicada para personas muy mayores, con comorbilidad asociada o con tumores muy pequeños y bien diferenciados, de baja agresividad.

Finalmente sostienen que cuando la finalidad de la intervención ya no es curativa sino paliativa se utiliza la radioterapia para poder tratar a los pacientes con metástasis óseas, con dolor o sin dolor.

Wilde Linz, Cruz Walteros, Rojas Serrano y Novoa Gómez (2004) detallan los efectos secundarios del tratamiento de cáncer de próstata y refieren por ejemplo, que la

hormonoterapia genera efectos indeseables como el aumento de peso, el desarrollo discreto de las mamas, la fatiga o debilidad muscular, el decaimiento, la osteoporosis, los cambios en la estructura de la piel, los sofocos de calor, la impotencia o la pérdida del apetito sexual.

En la materia *Abordajes Psicoterapéuticos en Psico-Oncología II*, dictada por la Lic. Mirta Di Pretoro (2011), se realiza una descripción de los aspectos emocionales y psicosociales de los cuadros oncológicos más comunes en adultos, entre los cuales se considera el cáncer de próstata. Algunos aspectos de interés, extraídos del material de lectura proporcionado por la docente se transcriben a continuación, profundizando lo puntualizado con anterioridad.

Un ejemplo es el impacto emocional reflejado en el humor del paciente a través de irritabilidad o sintomatología de ansiedad o depresión. Además hay que tener en cuenta otros aspectos que influyen como son la historia psiquiátrica, otros cambios significativos que la persona haya atravesado y el soporte psicosocial del que disponga la persona.

La autora, sostiene que para este tipo de cáncer son causa de distress: la elección de opciones de tratamiento, la espera del resultado del PSA, la disfunción sexual, la incontinencia urinaria, la debilidad y la fatiga. El dolor no controlado o pobremente controlado siempre es causa de distress.

Retomando lo detallado por Fernández, Pascual y Benito (2004), los efectos adversos más difíciles de tolerar para los pacientes son aquellos que afectan la esfera de la sexualidad. También lo es la incontinencia urinaria debido a que, para muchos varones, las posibles pérdidas de orina son vividas como una humillación. Frecuentemente el temor a mancharse, a oler mal o a tener que llevar pañales les lleva a evitar el contacto social condicionándolos finalmente al aislamiento.

2 - Aspectos Psicológicos

Meseguer Hernández (2003) expresa que lo más recordado por los pacientes de la circunstancia del diagnóstico de cáncer y sus tratamientos posteriores, es la experiencia subjetiva de perder algo muy valioso, ante lo cual la autora explica que: *“este sentimiento tan radical de confirmación de la pérdida de salud es vivido como equivalente a una muerte dolorosa”* (p.103).

Cunill y Serdà (2011) coinciden en que una enfermedad grave sumerge al paciente en la vivencia continuada de procesos de pérdidas, válido tanto para el individuo como para su familia. En consecuencia, desde un modelo holístico de la salud, este impacto afecta a la totalidad de la persona (a nivel físico, emocional relacional, intelectual y espiritual) y repercute en el sistema familiar.

Los autores también advierten que toda esta situación genera estados de malestar psico-emocionales y requiere de mecanismos de adaptación a las nuevas circunstancias. Una manera de aprovechar mejor los recursos de los que disponen las personas para el afrontamiento es el manejo adecuado de la información y de la comunicación por parte de todos los integrantes del proceso (paciente, profesionales y familia). Este es uno de los principales factores que influye en el ajuste de la persona y se evidencia cuando el personal sanitario asume un estilo colaborativo en la comunicación y además se puede elaborar un plan de cuidados en forma compartida.

2a – El Paciente Adulto con Cáncer

Retomando lo expresado por Meseguer Hernández (2003), la experiencia de profunda pérdida es aquello que el paciente más recuerda del momento del diagnóstico y los tratamientos posteriores. Los procesos y las reacciones de afrontamiento, ante estas circunstancias, dependerán de factores específicos relacionados con la enfermedad, la historia de vida del paciente, su personalidad y su contexto familiar.

La autora describe a lo largo del capítulo un conjunto de pérdidas con las que se enfrenta el adulto cuando enferma. Las mismas se describen brevemente a continuación:

- La pérdida de la identidad: el paciente, por un determinado tiempo, deja de sentirse y valorarse a sí mismo como lo hacía antes de concebirse enfermo.
- La pérdida del control: los tratamientos oncológicos y los resultados sobre la propia salud no dependen de la voluntad del paciente sino que quedan fuera de su alcance generando la mencionada pérdida de control sobre los acontecimientos.
- La pérdida de relaciones: los vínculos afectivos del enfermo pueden verse alterados ya sea tomando distancia o disminuyendo la empatía y con ello la posibilidad de compartir lo que le sucede.

- La pérdida de experiencias sexuales en el futuro: puede presentarse bajo la forma de no verse atractivo como antes, sentir vergüenza de sus cicatrices o el temor hacia situaciones de intimidad sexual.
- La pérdida de la imagen de sí mismo: está en relación a la localización específica del cáncer y a la devolución que las personas, significativas emocionalmente, le transmiten al paciente:

El rol de los que rodean al enfermo en estas circunstancias es decisivo para fomentar en el afectado una mínima adaptación”, y continúa: “devolverle al paciente la imagen de optimismo de que no pasa nada tan grave cuando éste se encuentra desalentado por los cambios experimentados en el cuerpo y en su imagen constituye una vía directa para que el paciente aumente su percepción de soledad y sentirse incomprendido (P.105).

- La pérdida del estilo de vida: los cambios transitorios en el estilo de vida afectan más a aquellas personas que tienen un apoyo social escaso y que además tienen a otros pacientes a su cargo, dependiendo directamente de ellos. Es decir, personas que son pacientes y cuidadores principales de otros. Todo esto contando con escasa ayuda.
- La pérdida de la capacidad de procreación: cuando una pareja se ha cimentado sobre el proyecto de los hijos como central.
- La pérdida del proyecto vital o de futuro: la enfermedad irrumpe en cualquier momento de la vida sin que se pueda decidir cuál es “el más oportuno”.
- La pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones: aquellas personas que han adoptado pautas de vida rígidas expresan un intenso malestar cuando dejan de ser “como todo el mundo”.
- La pérdida del esquema de valores prioritarios: algunas personas sitúan en la experiencia de la enfermedad un punto que marca un antes y un después.

2b – El Rol de la Familia

Baider (2003) plantea que cuando una enfermedad crónica se desarrolla, lo hace en el seno de una familia y que el impacto de la enfermedad afecta a todos los aspectos de este sistema. Por ejemplo, cada miembro del grupo puede ver modificada su rutina diaria, sus planes para el futuro, e incluso en algunos casos también, el rol que venía sosteniendo tradicionalmente. Es necesario considerar el *lugar simbólico* que el paciente ocupa dentro

del grupo, debido a que este será significativo al momento de la reorganización, pudiendo marcar cierto grado de dificultad para lograrla.

La autora sostiene que la respuesta familiar tiene un impacto profundo en el bienestar de la persona que padece la enfermedad crónica. En algunos casos logra influir sobre la estructura total y en la dinámica de la familia misma. Los pacientes que pueden contar con una fuerte sensación de apoyo social disminuyen las alteraciones emocionales, debido a que pueden tolerar mejor los efectos psicológicos del estrés severo. De hecho, datos descriptivos sugieren que los enfermos identifican el apoyo instrumental y el apoyo emocional como los tipos de apoyo más útiles que reciben de la familia y de los amigos y que los cónyuges proporcionan la mayor cantidad de apoyo emocional concreto.

Baider (2004) también refiere, en relación a la adaptación y a la supervivencia, que las personas casadas de todos los grupos de edad y de ambos géneros se adaptan mejor a la enfermedad crónica. Pero advierte que la angustia no sólo afecta al enfermo crónico ya que los cónyuges también tienen riesgo de padecer los efectos de la enfermedad en el área de las emociones como consecuencia de atravesar cambios en la realidad cotidiana. Por ejemplo, pueden sufrir restricciones a nivel social o económico, o enfrentarse a situaciones inéditas sin herramientas y sin preparación adecuada.

Por último, plantea que una de las metas de la alianza terapéutica con familias que están atravesando una enfermedad crónica debe ser ayudarles a sostener la autonomía, tanto para el paciente como para el grupo familiar. Es decir, ayudarlos a mantener la capacidad de comunicarse entre sí conociendo las limitaciones de sus miembros.

La Dra. Vidal y Benito (2008) coincide con las apreciaciones anteriores y señala que los pacientes amparados por el afecto y el cuidado de sus amigos y/o familiares toleran mucho mejor, es decir con descompensaciones emocionales de menor severidad y frecuencia de aparición, la enfermedad y los tratamientos instituidos.

Cunill y Serdà (2011) también apoyan esta línea sosteniendo que: *“el contexto socio familiar es un pilar fundamental en la evolución de la adaptación del proceso de pérdida”* (p.67). Ellos concluyen su investigación confirmando, *“la existencia de una fractura comunicativa en los procesos de enfermedad grave en el sistema sanitario (...) esta dificultad comunicativa se traslada al contexto socio familiar a partir de la no expresión de la emoción por parte del afectado”* (p.76), y sostienen que el estilo comunicativo dirigido

dificulta la autorregulación emocional del paciente complejizando la adaptación a la nueva situación. La propuesta es lograr un cambio de esta modalidad por un estilo colaborativo que incluya al equipo sanitario, al paciente y su familia, sobre la base de que la persona que sufre un proceso de pérdida debe tener la oportunidad de decidir cómo vivir esta situación.

Arbizu Lopez (2000) sostiene que el apoyo social va a ser un predictor del estado de salud, así como también de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que aquellos que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menos adherencia a los tratamientos y el impacto de la enfermedad es mucho más agotador.

Baider (2003) citando a Baider y Wein (2001) concluye que la enfermedad debe concebirse dentro de una familia de acuerdo a la concepción que tengan tanto ellos como el paciente. Y aclara que así como él es parte integral de la unidad familiar, ésta es un producto integral dentro de un contexto cultural, social e histórico.

2c – Trastornos Psiquiátricos y Cáncer

La Dra. Vidal y Benito (2008) en su libro realiza un relevamiento de trabajos de investigación de la década del 80 en los que observa que los enfermos de cáncer padecen en alto grado trastornos psiquiátricos, muchos de ellos sin psicopatología previa. Esto sucede porque, como se planteó con anterioridad, se debe aceptar que el cáncer constituye un acontecimiento traumático y que la información del diagnóstico genera un impacto que se traduce inevitablemente en algún tipo de emoción displacentera.

La autora explica que hay que considerar a los trastornos psiquiátricos como aquellos síntomas y signos emocionales, cognitivos y conductuales, que presentan una envergadura tal que alteran el cotidiano vivir, condicionan el comportamiento, las valoraciones, las ideas, las percepciones y hasta las conductas vitales más básicas del enfermo como el dormir, la ingesta, la catarsis, la diuresis, etc.

Respecto a los tipos más frecuentes de trastornos psiquiátricos que se presentan en los pacientes con cáncer describe: el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno adaptativo, el trastorno psicótico breve, los trastornos por ansiedad y la depresión mayor.

Y sostiene que es importante tener en cuenta que cada etapa de la evolución de la enfermedad (etapa libre de enfermedad o etapa de Espada de Damocles – etapa de

diagnóstico y de la recaída – etapa del tratamiento de la enfermedad – etapa terminal) tendrá características emocionales propias.

Es de destacar que la autora, además, presenta estudios donde se demuestra una relación estadísticamente significativa entre la depresión que presentaron los pacientes estudiados y, el estadio del cáncer, la presencia de dolor y el grado del mismo, el deterioro físico producido por la enfermedad y la falta de apoyo familiar o social.

Por su parte la Dra. Sala (2002) expone que los motivos de interconsulta psiquiátrica más frecuentes son tres:

*Trastornos de Ansiedad: ya sea de índole situacional, relacionados con la enfermedad, vinculados con el tratamiento, por exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente u otras causas relacionadas con la enfermedad (estados metabólicos anormales, tumores secretantes de hormonas, síndromes paraneoplásicos).

*Depresión: con origen personal (antecedentes personales y familiares, alcoholismo, abuso de sustancias, intento de suicidio, pobre apoyo social, duelo) o en relación a la enfermedad y tratamientos (estados avanzados del cáncer, dolor no controlado, otra enfermedad crónica o incapacidad, medicación).

*Deterioro Neuropsicológico (delirium): cuyo origen está en la enfermedad médica o en fármacos que se administran al paciente.

Medina-Coello, Jiménez-Ríos, Gonzalez-Hernandez, Saldaña-Guajardo y Alvarado-Aguilar (2009) estudiaron el grado de severidad de depresión en pacientes con cáncer de próstata metastásico en tratamiento con orquiectomía simple bilateral. Allí plantean, que si bien la castración quirúrgica es el medio más rápido para disminuir la carga hormonal, las consecuencias psicológicas hacen a esta técnica inaceptable para muchos pacientes. A nivel físico los efectos más frecuentes son: disminución de la libido, impotencia, disminución de la capacidad mental, pérdida del tono muscular, desarrollo de la andropausia, astenia y fatiga.

Finalmente concluyen que los pacientes con cáncer avanzado presentan principalmente trastornos depresivos y que la función social es una de las áreas de la calidad de vida que más se afecta después de los tratamientos para cáncer de próstata,

debido a las limitaciones físicas y psicológicas que pueden alterar las actividades sociales que realizan normalmente.

Medina-Coello, Jiménez-Ríos, González-Hernández, Saldaña-Guajardo y Alvarado-Aguilar (2009) sostienen que por la localización del tumor uno de los grandes miedos de los pacientes es el manejo de la sexualidad, asociado con pensamientos en torno al contagio, a la impotencia, a la higiene, a la esterilidad, a como acercarse a la pareja y a como comunicarse con ella.

Los autores referencian que la extirpación total del pene o de los testículos es vivida por el hombre como una mutilación que afecta profundamente su integridad, ya que daña elementos definitorios de su masculinidad. La cirugía se asocia principalmente con impacto en la imagen corporal, aislamiento, problemas psicosexuales y dificultades en el funcionamiento social, ya que una imagen corporal negativa puede causar el distanciamiento hacia los otros. Otros efectos asociados a la enfermedad y al tratamiento que influyen en la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata metastásico son: irritabilidad, fatiga y conducta alimentaria.

Durante la indagación psicosocial de un paciente sucede con frecuencia que el área de la sexualidad es donde mejor se puede apreciar el desajuste emocional sufrido. Grau Abalo, Llanta Abreu, Chacón Roger y Fleites Gonzalez (1999) plantean que son numerosos los factores relacionados con la enfermedad que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Sin duda, los factores de orden psicológico tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual.

3 - Adaptación Psicosocial

Gómez (2004) orienta su mirada hacia las alteraciones que sufren las personas en su funcionamiento global. Estas pueden ir desde disminuir significativa y permanentemente su calidad de vida hasta la muerte. La aparición de una enfermedad supone la interferencia en el plan de vida de la persona y depende de la particularidad de cada caso ir desde obstaculizar la continuidad del proyecto vital hasta ponerlo en crisis. Es por eso que el abordaje psicológico de la amenaza no se limita al punto de vista médico sino que remite a la experiencia subjetiva. La autora refiere además que para Bayés (2001) lo fundamental es el grado de percepción de la amenaza, no los síntomas en sí mismos, sino las valorizaciones

que los mismos suscitan en las personas que los padecen. En consecuencia la percepción de amenaza es diferente para cada persona.

Gómez (2004) sitúa en la crisis que atraviesa el paciente, un impacto disruptivo que recae en los patrones establecidos de la identidad personal y social, donde queda vulnerada la expectativa de la persona sobre su vida generando variadas respuestas emocionales.

La potencia de la crisis, a la que están expuestos los pacientes, deriva de tres características generalmente presentes frente al diagnóstico de la enfermedad:

- Habitualmente no se puede anticipar (debido a lo inesperado del diagnóstico).
- Inicialmente es poco clara (ya que en los momentos previos al diagnóstico existe una notable ambigüedad en torno a la afección como a su gravedad).
- Es necesario tomar decisiones rápidas (ya que muchas situaciones no admiten demora).

De modo que para lograr una buena adaptación a la situación las personas deben estar preparadas para instrumentar respuestas eficaces, abandonar respuestas ineficaces y desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento. La tarea abarca, en la mayor medida de lo posible, tanto un trabajo interdisciplinario como un abordaje familiar. En este contexto resulta importante preservar la autoestima y las interacciones sociales.

3a – Adaptación Psicosocial: Definición y Características

Suarez, Baquero, Londoño y Low (s.f.) analizan el continuo aumento de los pacientes diagnosticados, poniendo el acento en los aspectos psicosociales, ya que observan que estos pueden generar diferencias en la manera de llevar adelante la enfermedad influyendo sobre las estrategias de afrontamiento y los estilos conductuales que emplean las personas a la hora de aceptar y convivir con la enfermedad.

En las guías del National Cancer Institute (2011) se define *ajuste o adaptación psicosocial al cáncer* como un proceso ininterrumpido en el cual el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con la enfermedad y obtener el dominio o el control de los acontecimientos que operan sobre su vida y que están en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es una instancia aislada y única, sino más bien una serie de respuestas constantes para superar las múltiples

tareas que implica el hecho de vivir con esta enfermedad. Los pacientes se enfrentan a múltiples retos que varían según el curso clínico.

Barroilhet Diez, Forjaz y Garrido Landivar (2005) coinciden en que la adaptación normal o exitosa tiene lugar en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo el malestar emocional en sus distintas áreas de funcionamiento, regulándolo y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida que aún tienen significado e importancia para ellos. De modo que la adaptación a la enfermedad supone que el paciente pueda integrarla en la vida, adueñándose de esa realidad.

La adaptación se refiere a los pensamientos y a los comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por responder a las demandas del entorno y en acuerdo con la situación que vive. El estilo que utilice se relaciona estrechamente con la personalidad del individuo.

La Dra. Vidal y Benito (2010) refiere que las características de personalidad influyen en el binomio paciente-enfermedad:

(...) Es indudable que todo lo enunciado anteriormente, es decir la capacidad de comprensión y la conciencia de enfermedad, está teñido por las características de la personalidad de cada sujeto, ya que según sean dichas características variarán la vivencia de enfermedad, las expectativas, las preocupaciones y los temores que le produce su situación. (p.43).

En esta misma línea dice que la personalidad normal puede ser clasificada según cuál sea el tipo de comportamiento que predomine en el sujeto.

Para los fines de este trabajo, se toma la descripción que realiza la autora sobre las personas que tienen características de personalidad con predominio de rasgos obsesivos:

Planificación y control de las situaciones es su forma habitual para tranquilizarse, son escrupulosos, detallistas y reprimidos (...) estos pacientes toman sin problemas medicamentos administrados en varias tomas diarias, pero hay que tener en cuenta que cuando su rigurosidad es extrema, pueden anular una toma, simplemente porque se les pasó el horario que correspondía. (p.46)

Ferner, Guerrero, Gilabert y Rojo (2002) al describir los factores que influyen en el afrontamiento y en la adaptación a la enfermedad, enumeran características de personalidad, que predisponen al uso de determinadas estrategias frente al estrés. Algunas de ellas son: nivel de neuroticismo/optimismo o locus de control externo/interno.

Barroilhet Diez, Forjaz, y Garrido Landivar (2005) haciendo referencia a las variables psicológicas, aclaran que se pueden agrupar a su vez en tres áreas: preocupaciones/miedos (que varían según las circunstancias: diagnóstico, tratamiento, recaída), cambios en el estilo de vida (como consecuencia de la adaptación a nuevas rutinas y horarios impuestos por el tratamiento, los estudios y las visitas al médico) y malestar psicológico o distress (que puede presentarse en distintos niveles desde crisis espirituales, presencia de síntomas depresivos, ansiosos, crisis de angustia hasta sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo).

Como se lo formuló anteriormente, el grado de malestar también depende de la personalidad del sujeto con cáncer y de quienes lo rodean, determinando las valoraciones, afectando las habilidades de afrontamiento, influyendo en el soporte social y condicionando la comparación social. También afecta la percepción de la calidad de vida.

Continuando con estos desarrollos, Rodríguez, Bayón, Borgaz, Torres, Mora y Costelo (2007), publican una investigación sobre adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos, en la que obtienen como resultado que los pacientes deprimidos presentan mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación ansiosa, desamparo y fatalismo y menor espíritu de lucha.

En relación a esto incluyen otros trabajos donde se señala como factor protector para el desarrollo de depresión en el enfermo oncológico: un locus de control interno sobre la enfermedad, un nivel bajo de neuroticismo, cierto grado de dependencia, buenas habilidades interpersonales, capacidad de olvidarse de sí mismo y desarrollo del plano espiritual. También resulta positivo contar con el apoyo social y familiar y, especialmente, con una buena comunicación familiar.

En relación a este tema, Cunill y Serdá (2011) sostienen que un estilo colaborativo de comunicación permite elaborar un plan de cuidado en forma compartida, centrando la atención en las necesidades del paciente a partir de la actitud de aceptación incondicional, autenticidad, empatía, respeto, compasión y afecto.

Afirman que la comunicación adecuada y oportuna es un factor protector en situaciones de pérdida y duelo, ya que permite la obtención de recursos efectivos para la ayuda y el apoyo. Otros aspectos que afectan la capacidad de adaptación de las personas están en relación a las características sociodemográficas y clínicas de cada uno.

Nuevamente, Fernández, Pascual y García (2004) refieren que los hombres con cáncer utilizan en menor medida que las mujeres los servicios de salud y los servicios de apoyo psicológico.

Costa y Ballester (2010) explican que algunas variables emergen como moduladoras de la respuesta adaptativa al cáncer: edad, género, nivel educativo, estado marital, tiempo desde el diagnóstico, localización del tumor, efectos secundarios del cáncer o del tratamiento y tipo de tratamiento oncológico.

Rodriguez Marin, Pastor y Lopez Roig (1993) retoman la idea referida a que en la adaptación es clave el vínculo de unión entre los conceptos calidad de vida, afrontamiento y apoyo social.

3b - Afrontamiento: Estilos y Estrategias

Barroilhet Dias, Forjaz y Garrido Landivar (2005), sitúan que en la actualidad no existe un modelo unitario que incorpore todos los factores que influyen en el sufrimiento asociado al cáncer. Debido a esto es creciente la aceptación del “*paradigma de estrés y afrontamiento*”. Los pilares de este modelo son dos procesos: “*valoración*” (es la evaluación individual del significado personal de un evento dado y la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo) y “*afrontamiento*”.

De modo que plantean que el proceso de estrés comienza cuando la persona se da cuenta que, padecer cáncer es un hecho altamente probable, o bien, es ya una certeza.

Además traen a consideración que la valoración de este cambio incluye una evaluación de su significado personal, a la que llaman “*valoración primaria*” (influida por las creencias y valores personales del paciente) y una evaluación de las opciones de afrontamiento denominada “*valoración secundaria*” (que tiene que ver con el grado en que el individuo puede controlar o cambiar la situación generada por el cáncer).

Entonces el afrontamiento o coping se refiere a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse a la enfermedad para lo cual puede acceder a tres estrategias principales: aquellas centradas en las emociones (que le ayudan a regular el grado de sufrimiento emocional), las centradas en el problema (que le ayudan a manejar problemas específicos) y las centradas en el significado (le ayudan a comprender el sentido de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas).

Por otra parte, continúan explicando que los estilos de afrontamiento se refieren a las estrategias más comunes y frecuentes que tienden a utilizar las personas para lidiar con las distintas situaciones de la vida, lo cual está relacionado con su disposición general y su personalidad.

El modelo de Lazarus y Folkman, referido en las guías del National Institute Cancer (2012) y en la mayoría de la bibliografía sobre el tema, define cinco estrategias principales:

- Espíritu de lucha (El paciente responde activamente con aceptación del diagnóstico, actitud optimista, dispuesto a luchar contra la enfermedad y participando en las decisiones sobre el tratamiento).
- Evitación (Negación) (El paciente rechaza el diagnóstico o minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad).
- Fatalismo (Aceptación estoica) (El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista).
- Preocupación ansiosa (El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad o manifiesta temor a cualquier tipo de dolor que puedan indicar la propagación o recurrencia de la enfermedad, de modo que buscan frecuentemente la reafirmación).
- Desamparo/desesperanza (El paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza).

Por último, resulta importante lo planteado por Arbizu (2000) en su artículo sobre los factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento sobre el apoyo social. Allí sostiene que la red de apoyo va a ser un predictor del estado de salud y de la adaptación ante acontecimientos estresantes. Las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas o de autocuidado y las que llegan a un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante. Las redes informales de apoyo también están contempladas dentro del grupo de apoyo psicosocial debido a que de forma natural se configuran en el entorno del sujeto (amigos, compañeros de trabajo, entre otros.).

4 - Abordajes Psicoterapéuticos

Sanz y Modolell (2004) historizan que desde la antigüedad los aspectos psicológicos fueron tenidos en cuenta en la génesis y en la evolución de las enfermedades en el ser humano y reseñan que desde hace más de 50 años comienza la interacción entre la Psicología y la Oncología, ciencias que ocupan el tema central del presente trabajo.

Mencionan entre otros referentes, a la psiquiatra J.C. Holland quien sostiene que los avances en la investigación psico-oncológica guardan estrecha relación con los adelantos en el tratamiento y el diagnóstico del cáncer.

Estos autores toman de Holland la descripción que hace sobre dos grandes dimensiones psicológicas en las que debe incidir la Psico-Oncología: una, atendiendo las respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (área psicosocial); la otra, detectando e interviniendo en aquellos factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que puedan influir en la mortalidad (supervivencia) y morbilidad (calidad de vida) de los pacientes con cáncer.

En su artículo de revisión Almada-Muñoz y Holland (2000) amplían estos objetivos al cuidado del equipo oncológico y sitúan que el campo de estudio de esta disciplina incluye: cuidado clínico; prevención y consejo genético; respuesta normal y adaptación; comunicación de malas noticias; distress psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos relacionados con la enfermedad.

Sostienen que para este desempeño se vuelve imprescindible: conocer el curso de la enfermedad, plantear un abordaje flexible, abordar las defensas usando el sentido común y reconociendo que éstas funcionan más como mecanismo de afrontamiento (coping) que como barreras resistenciales, un especial cuidado en el manejo de la transferencia y contratransferencia y una consideración razonable en términos de tiempo y espacio.

Finalmente concluyen que la presencia de psicólogos en el mundo del cáncer está en relación a la necesidad de abordar las áreas del ser humano que quedan afectadas por la enfermedad y que potencialmente pueden generar una multiplicidad de síntomas, ya sean físicos (como el dolor), psico-emocionales (como el miedo, la ansiedad, la ira, la depresión), necesidades espirituales (como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior) o demandas sociales (como contención, asistencia y no abandono).

La psicoterapia y una amplia gama de intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales, comportamentales y psicoeducacionales han demostrado ser efectivas para cubrir las necesidades de los pacientes y sus familias bajo estas circunstancias.

4a - Principales Problemas Objeto de Atención Psicoterapéutica

Fernández, Pascual y García (2004) retoman la situación de que en la actualidad la cantidad de pacientes diagnosticados tempranamente hace que existan más hombres tratados de cáncer que viven muchos años, con lo cual cobra especial importancia la influencia que los efectos secundarios del tratamiento de este tipo de tumores en su calidad de vida. Y sostienen que dos de los síntomas que más afectan a los pacientes son: la impotencia sexual y la incontinencia urinaria, que puede ser vivida con mucha humillación por el temor a mancharse, oler o tener que llevar pañales, lo cual favorece el aislamiento social.

Para Font, Rodríguez y Buscemi (2004) el síntoma de fatiga merece una mención especial ya que pertenece también a uno de los principales problemas que afectan la calidad de vida de los pacientes y no siempre es evaluada correctamente. Incluye: cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular.

Estos autores refieren varias investigaciones que dan cuenta de las características a evaluar en situaciones de mayor fatiga: presencia de enfermedad metastásica, status funcional inferior y enfermedad más cercana en el tiempo. El mayor cansancio, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, se asocia significativamente con la gravedad de los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) y con la gravedad del dolor y la disnea.

Rodríguez, Ruiz, Alonso, Viotti, El-Hayaj, del Barco y Cruz (2012) suman a esta lista la evaluación de la astenia, también como síntoma importante en estos pacientes, ya que los afecta seriamente tanto en el momento activo del tratamiento o como en los meses o años posteriores.

Estos autores toman del National Comprehensive Cancer Network (2011) la definición de astenia relacionada con el cáncer: *“una sensación angustiosa, persistente y subjetiva de cansancio o agotamiento relacionada con el cáncer o su tratamiento, que no es proporcional con la actividad realizada y que interfiere con las funciones habituales”*

(p.66). Y destacan que a diferencia de la astenia experimentada por un individuo sano, ésta es más intensa, más angustiada y no se alivia con el descanso. En cuanto al abordaje terapéutico de este síntoma, debe ser individualizado, incluyendo el tratamiento de factores contribuyentes, la educación del paciente, el establecimiento de medidas generales, la administración de fármacos y las intervenciones no farmacológicas, entre las que se destaca el ejercicio físico.

Advierten además, que es uno de los síntomas con mayor prevalencia en el paciente oncológico, de manera que el 95% de los pacientes que están en tratamiento activo la presentan en mayor o menor medida. Se asocia a un detrimento en la actividad física, psicológica y social. Su influencia sobre este aspecto es mayor que la de otros síntomas, como náuseas, dolor o depresión.

Grau Abalo, Lantá Abreu, Chacon Roger y Fleites Gonzalez (1999) suman a esta lista los siguientes síntomas: dolor, trastornos del sueño, fatiga, sofocos, ansiedad y depresión, afectaciones de la imagen corporal y la identidad sexual.

Wilde Linz, Cruz Walteros, Rojas Serrano y Novoa Gomez (2004), por su parte, ponen el acento en la reducción o abolición del deseo sexual, la disfunción eréctil, oleadas de calor, cansancio generalizado, diarrea, alteración en las pruebas de función hepática, dolor y ginecomastia, pérdida o ganancia de peso y percepción de pérdida de masculinidad. Un dato importante a tener en cuenta es el relacionado con cuestiones de género. La literatura muestra que los hombres con cáncer utilizan en menor medida que las mujeres los servicios de salud y los servicios de apoyo psicológicos.

Sostienen que posibles barreras que pueden estar implicadas en esta menor utilización de los recursos por parte de los varones con cáncer de próstata son: los hombres presentan menos probabilidad de buscar ayuda que las mujeres, los mayores son más reacios a realizar una evaluación psicológica y a admitir el distress emocional, los profesionales sanitarios subestiman la morbilidad psicológica en éstos varones y, a su vez, ellos presentan un elevado desconocimiento sobre los recursos de asistencia disponibles.

Entre los factores asociados con las limitaciones a la hora de hablar sobre su enfermedad describen: una baja percepción de los pacientes de necesidad de ayuda, miedo a ser estigmatizados, necesidad de minimizar la amenaza de la enfermedad, necesidad de satisfacer las tareas básicas en su lugar de trabajo de la misma forma que antes de la

enfermedad, deseo de evitar molestias a otros. Por lo tanto, el trabajo terapéutico está orientado al abordaje de la sexualidad, aportar información sobre aspectos generales de la enfermedad y los tratamientos y el manejo del miedo y las emociones.

En tanto que el objetivo prioritario de nuestra intervención es promover el máximo bienestar posible, a continuación, se describen las dos modalidades más usuales de espacios psicoterapéuticos.

4b - Abordajes Individuales

Die Trill (2003) plantea que para tomar contacto con los problemas psicosociales y psiquiátricos de los enfermos con cáncer es necesaria una evaluación exhaustiva de su funcionamiento global.

Entre los objetivos de la evaluación se encuentran: la detección e identificación de trastornos psiquiátricos y psicológicos de los pacientes con el fin de ofrecerles tratamiento adecuado a sus necesidades y la identificación de aquellos factores médicos, sociales y personales de la historia de las personas que pueden facilitar o interferir en la adaptación a la enfermedad y que puedan contribuir a su sufrimiento.

En esta misma línea Gómez (2004), toma de Goodheart las diversas áreas de la vida para las cuales la enfermedad constituye una amenaza:

- A la vida y al bienestar general.
- A la integridad corporal y confort.
- A la independencia, la privacidad y la autonomía corporal.
- Al autoconcepto y el cumplimiento de los roles cotidianos.
- A las metas de vida y planes futuros.
- A las relaciones con la familia, amigos y colegas.
- A la posibilidad de permanecer en un ambiente familiar.
- Al bienestar económico. (p.257)

Del mismo modo Gómez (2004) plantea que para diseñar el tratamiento de cada paciente es necesario evaluar una multiplicidad de factores:

- Las características de la enfermedad.
- La respuesta a la enfermedad.
- La estructura de personalidad previa.
- La situación vital, etapa de vida, roles y ambiente físico.
- La disponibilidad de los recursos familiares, sociales y materiales.

Integrar la nueva realidad es una tarea difícil y muchas personas la logran exitosamente, pero otras, requieren ayuda y la psicoterapia puede darles una respuesta efectiva. La labor psicoterapéutica apunta a aliviar el padecimiento psicológico asociado a la aparición y las consecuencias de la enfermedad, enfrentando las tareas que trae aparejadas y reorientando los planes de vida, permitiendo, en la mayor medida posible, la continuidad del proyecto vital. El medio para lograr el objetivo de aliviar el padecimiento, es el desarrollo de habilidades de afrontamiento en función de los requerimientos de cada situación y los recursos disponibles. El objetivo se centrará en arribar a las respuestas más adaptativas dentro de las condiciones existentes favoreciendo la modalidad de afrontamiento activa, que es la forma de respuesta más funcional para la adaptación a la enfermedad. Involucra la percepción de control de la situación estresante y la expectativa de resultados positivos. Se trata de influir sobre la percepción de la posibilidad de intervenir sobre los resultados adversos y sobre las consecuencias de la enfermedad. La tarea siempre va dirigida a la organización de la experiencia por parte del paciente, dando lugar a un reacomodamiento de las prioridades, tal vez un cambio de metas o la resignificación del proyecto en uno o en varios niveles de la vida. El punto fundamental en cualquier caso es mantener viva la esperanza.

La autora sostiene que la esperanza es el factor central que irradia todo el clima terapéutico, es la expectativa de encontrar la fuerza necesaria para cumplir con un objetivo, iniciar, reanudar o alterar un proyecto vital.

En su texto, al citar a Mittag (1996), distingue diferentes formas que puede adoptar la esperanza: la disminución de las molestias y los dolores; una asistencia amorosa y contacto con las personas allegadas; la posibilidad de vivir aún un acontecimiento determinado, como ver a alguien o tener una conversación pendiente; la esperanza de que la familia podrá seguir adelante; de una muerte digna o, en el caso de que la persona tenga creencias religiosas, de una vida después de la muerte y el reencuentro con familiares y amigos difuntos.

Rodriguez Vega, Fernandez Liria y Ortiz Villalobos (2003) plantean que la psicoterapia individual está siendo cada vez más aceptada como forma eficaz de ayuda para pacientes oncológicos y sus familiares.

En este sentido Gómez (2004) coincide en que es un medio donde se interviene generando estados mentales positivos, como el optimismo, las emociones positivas, la sensación de satisfacción, el locus de control predominantemente interno, la autoeficacia y la confianza en las posibilidades de ayuda exterior, la motivación para integrar nuevas experiencias de vida, la resistencia ante la adversidad, la tolerancia a las pérdidas, la capacidad de resignación y nuevamente la esperanza. Estos aspectos median entre la situación de la enfermedad y la interpretación asignada.

Más allá del marco teórico adoptado, el terapeuta, pone en marcha una serie de estrategias generales, adaptadas a cada paciente en particular, que le ayudan a acompañar la experiencia concreta de la persona y co-construir con ella una narrativa diferente donde el sufrimiento por la enfermedad adquiera nuevos significados que alivien o mejoren el malestar psicológico.

Por último es importante mencionar que se considera de utilidad un enfoque breve, centrado en la experiencia y sus implicaciones.

4 c - Abordajes Grupales

Si bien la oferta psicoterapéutica más frecuente es la individual, en la actualidad y debido a múltiples factores, hay una mayor disponibilidad de grupos terapéuticos.

Die Trill (2003) refiere que los objetivos de los grupos psicoterapéuticos son:

- facilitar la adaptación psicosocial del paciente a la enfermedad, a sus tratamientos y a la supervivencia del cáncer,
- intentando que el enfermo pueda mejorar su autoconcepto,
- reduzca su afecto negativo (ansiedad, depresión, hostilidad),
- comparta sus esperanzas ,
- habilidades en el enfrentamiento de la enfermedad cáncer,
- exprese sus emociones con otros que han pasado por la misma experiencia.

La autora enfatiza varias ventajas de esta modalidad de trabajo. Una es la relación coste-efecto, dado que en un período de tiempo relativamente breve un terapeuta puede atender a varios enfermos simultáneamente. Esto adquiere especial importancia en el entorno hospitalario, donde la carga asistencial suele ser significativa y en ocasiones impide proporcionar la atención adecuada. Por otra parte, la situación grupal permite identificar problemas que tiene uno mismo en los otros (teniendo menor carga afectiva reconocerlos

en los demás) y observar maneras eficaces de resolverlos. El grupo facilita el desarrollo de lazos y apoyo social, lo cual resulta útil para vencer la inercia al aislamiento. La mayoría de los encuadres adoptan un formato breve y un modelo cognitivo-conductual que combina componentes de información/educación, habilidades de afrontamiento y apoyo social/emocional.

Die Trill (2003) sintetiza que existen diversos modelos terapéuticos aplicables a las terapias de grupo:

- Grupos con una orientación didáctico/informativa (eficaces en mejorar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y la adhesión al tratamiento).
- Grupos de orientación conductual (eficaces en aliviar o controlar determinados síntomas físicos y en mejorar la adaptación funcional del enfermo).
- Terapias grupales no conductuales (eficaces en facilitar la adaptación emocional y en mejorar otras medidas psicológicas globales).

Y agrega, que los cuatro temas más importantes que suelen tratarse en grupo son:

- Cuestiones intrapsíquicas (hostilidad, temor a la muerte, depresión y preocupación).
- Cuestiones interpersonales (relaciones conyugales/ de pareja, sexualidad y carga de la revelación).
- Cuestiones sociales (aislamiento, estigma y cambios en el estilo de vida).
- Cuestiones relacionadas con el cáncer (efectos secundarios de los tratamientos, opciones terapéuticas y relaciones médico-paciente).

Finalmente, Sirgo Rodríguez y Gil Moncayo (2000), plantean que: “el objetivo aquí es conseguir que los pacientes se den cuenta de la relación que existe entre los pensamientos sobre un acontecimiento determinado, y su estado de ánimo y conducta subsiguiente” (pág. 68). En definitiva, el propósito del grupo, es acompañar al enfermo de cáncer en este proceso, largo y dificultoso, y que tantas preguntas desencadena acerca de por ejemplo, cómo cuidarse, en el sentido de no separar el cuidado del cuerpo del cuidado emocional.

CAPÍTULO II – PLANTEO DEL PROBLEMA

Los avances tecnológicos permiten que más pacientes varones sean diagnosticados con cáncer de próstata al año. Esta situación sumerge a estas personas en un cambio de realidad que muchas veces presenta dificultades para ser aceptada.

Dependerá de varios factores que esta adaptación sea lograda o dificultosa. Entre ellos se cuenta el tipo de personalidad, los tipos y estrategias de afrontamiento que utilice, la existencia de contexto social de apoyo, dificultades económicas, situación clínica y expectativas futuras.

En relación a su situación clínica el paciente puede enfrentarse a efectos secundarios a los tratamientos que pueden afectar bastante su calidad de vida si es que no son tratados adecuadamente. Entre los principales se encuentran clásicamente la incontinencia urinaria y la disfunción sexual. En la actualidad están siendo mejor evaluados la fatiga y la astenia.

Para poder lograr una mejor adaptación del paciente a esta realidad y ajustar las expectativas, afectando lo menos posible la esperanza dentro del curso de la enfermedad es que se propone como alternativa al abordaje psicoterapéutico individual el abordaje grupal.

Por lo expuesto el eje central de este trabajo será:

¿Cómo se caracteriza la adaptación psicosocial en un paciente adulto con cáncer urogenital, en especial aquel que padece cáncer de próstata?

CAPÍTULO III – OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

Caracterizar la adaptación psicosocial del paciente con cáncer urogenital.

Objetivos Específicos

Describir las dificultades en la adaptación psicosocial del paciente con cáncer urológico.

Detectar problemas específicos con los que se encuentran los pacientes con cáncer de próstata en el curso de la enfermedad.

Reflexionar sobre la utilidad de contar con un espacio psicoterapéutico grupal focalizado en pacientes con cáncer de próstata.

CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se trata de un estudio de caso único, con alcance descriptivo en el cual se observa, describe y analiza la variable: adaptación psicosocial del paciente con cáncer urológico.

Se utiliza un enfoque cualitativo, por lo cual las conclusiones que se expongan no se pueden generalizar a poblaciones más amplias.

El diseño es no experimental, por lo cual se observa y describe la unidad de análisis en su contexto, para luego efectuar el análisis de la variable a estudiar.

a – Criterios de Selección del Caso

El criterio de selección del caso clínico, radica en las características mismas del paciente. Ha resultado un buen ejemplo de las conductas a analizar, debido a que en el momento de ser diagnosticado su estado ya era avanzado, llevándolo a establecer más de una estrategia de afrontamiento para incorporarse a su nueva realidad. Además la situación de Héctor ofrece la posibilidad de pensar en otras necesidades psicosociales que puede estar atravesando, para las cuales la Psico-Oncología puede ofrecerle un espacio, por ejemplo relacionado con sostener la conducta tabaquista.

Desde el aspecto psicoterapéutico, también motivaron a su elección, la red de apoyo primario y secundario, la contención familiar y el desempeño de la misma y la tendencia del paciente a afrontar las dificultades que se sucedían, muy centrado en el problema.

Desde el aspecto emocional, presenta dificultades en la expresión de los sentimientos y una tendencia a privilegiar la expresión de ellos a través de conductas impulsivas, ya sea en el modo de comunicarse con los suyos o, como ya se dijo, sosteniendo el hábito de fumar.

b – Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica para la recolección de datos utilizada al principio es el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas individuales dirigidas y semidirigidas, cuyo objetivo en esta instancia, es proceder a completar la historia clínica a partir de preguntas

puntuales. Las entrevistas posteriores fueron libres y acordes a las necesidades del paciente en cada momento.

Además se realiza una entrevista familiar, en conjunto con la doctora paliativista, sin la presencia del paciente por su propia elección.

Otros datos son proporcionados por el equipo médico y otros obtenidos de la historia clínica de la institución donde se atiende el paciente.

CAPÍTULO V – PRESENTACIÓN DEL CASO HÉCTOR

En principio cabe aclarar que el trabajo psicoterapéutico realizado con el paciente que se va a presentar corresponde a la práctica parcialmente privada, es decir, no pertenece a una institución asistencial. Esta es la razón por la cual es derivado por su medicina prepaga a través del sector de Interconsultas. El pedido de intervención psicooncológica es emitido por el equipo de salud que lo asiste, puntualmente por su médica paliativista.

La modalidad requerida para este caso es la asistencia domiciliaria, lo cual significa que es entrevistado en su casa. Esto se debe al estado avanzado de su enfermedad y a los dolores que presenta, que por momentos son difíciles de controlar.

Esto no significa que no deambule, por el contrario lo hace, pero por períodos cortos (dos o tres horas) y con dificultades.

La mayor dificultad con la que se encuentra es su higiene personal, situación que lo incomoda, más aún si los lugares a donde debe trasladarse no cuentan con la estructura necesaria para mantenerse en condiciones mínimas de higiene (debido a la incontinencia urinaria que ya presentaba y a la excesiva sudoración producto de las oleadas de calor). Sin embargo, una forma que encuentra para disminuir esta limitación es llevando consigo todos los elementos que puede llegar a necesitar, en un bolsito de mano.

De esta manera, el encuadre consta básicamente de un espacio cómodo y con un nivel de privacidad que le facilita el contacto con sus sentimientos y emociones, a fin de poder expresarlas con libertad. Las sesiones duran entre 45 y 60 minutos.

Respecto al motivo de consulta, entendido como demanda personal, es posible decir que no existió, ya que Héctor es derivado por su médica de Cuidados Paliativos en quien él deposita desde un comienzo, todo su respeto y confianza.

Al momento de la derivación para su evaluación psicooncológica el paciente se encuentra en un estadio avanzado de la enfermedad, Estadio IV, debido a que presenta metástasis óseas y pulmonares. Posteriormente se le diagnostican metástasis en SNC, que le generarán alteraciones visuales.

a – Historia de la Enfermedad

En cuanto a los antecedentes de su enfermedad no hay mucha información.

Héctor recibe su diagnóstico en Enero del 2011 en el curso de una internación.

Anteriormente, comenta que sintió dolor en la zona de la ingle y tuvo dificultades para orinar pero, al consultarle a su médico de cabecera por estos síntomas, aquél no refirió nada en concreto a pesar de haberle realizado varios estudios.

De modo que en Enero es internado por descompensación y fuertes dolores. Luego de la indagación correspondiente le comunican el diagnóstico: cáncer de próstata con metástasis ósea (estadio IV).

De inmediato es derivado a otra institución para su seguimiento. Se le asigna un médico oncólogo, un urólogo y un especialista en dolor.

Es oportuno aclarar que fue difícil profundizar el motivo por el cual el paciente dilata la consulta con el médico especialista. Al ser interrogado, respondía con evasivas. Tal vez la razón de su demora fue por temor o por negación de una posible situación de enfermedad, ya que Héctor presenta toda la sintomatología que identifica esta patología diagnosticada.

Inquieta pensar cuales podrían haber sido los motivos. Moviliza la pregunta sobre qué hubiera pasado de haber tomado contacto con alguna campaña de difusión masiva que apuntara a brindar o reforzar la información sobre los primeros síntomas de la enfermedad. ¿Héctor hubiera consultado antes?

Otro aspecto de esta situación es que el paciente presentaba dolor, alto nivel de incertidumbre oculta, fatiga, cambios en el humor, irritabilidad y ansiedad, alterando su calidad de vida.

A propósito de esta situación, su hijo, en la entrevista familiar, con mucho enojo dice que el padre se ha dejado estar con la situación de su enfermedad.

b – Presentación del paciente

A los fines de organizar mejor el análisis se presentan en este apartado los datos de Héctor, que junto a su familia, son la unidad de análisis del presente trabajo. Cabe aclarar que se utilizan nombres de fantasía para preservar la identidad de todos ellos.

Héctor tiene 57 años. Convive con su mujer Susana y su hija Laura. Pablo, su hijo mayor, vive en otro domicilio con su esposa y su perro caniche.

Trabaja en forma independiente como productor de seguros. Es representante de una compañía internacional, importante en el mercado, que le otorga *gran respaldo*. Tiene su propia oficina, que durante el período de enfermedad maneja desde su casa con la ayuda de una secretaria y una cadete. Posee una buena cartera de clientes que asesora con “*gran responsabilidad*”. Comenta que con la mayoría mantiene vínculos de años debido a que: “*Los asesoro en como tienen que ser las cosas para que salgan bien, yo no hago las cosas por izquierda, al que no le gusta que busque a otro. Yo me formé para ser productor, los pibes de ahora venden seguros pero no saben nada..., no me parece que esté bien y menos que sea justo.*” Cuenta con un muy buen concepto en la empresa y esto es un orgullo para él ya que le posibilita tener relaciones a niveles gerenciales altos. El trabajo le es muy importante, se siente reconocido y además considera que en los últimos 30 años pudo hacer una buena trayectoria.

A los 18 años realiza el servicio militar donde encuentra muy buenos vínculos, amigos que hoy continúa frecuentando y que se sumaron a sus posteriores relaciones, en el barrio, en las escuelas del barrio y en el trabajo. Al respecto dice orgulloso: “*Tengo más amigos que Roberto Carlos. Muchos de mis amigos son más grandes que yo, porque ellos me ayudaron a orientarme en la vida porque quede muy solo, al fallecer mi madre y al ser mi padre tan indiferente... crecí bien gracias a mis amigos, con lo bueno y lo malo que han tenido...*”

Al referirse a su padre comenta que se volvió a casar al año de fallecer su madre y que siempre fue distante, individualista y egoísta. Murió en 2004. No tuvo otros hermanos... “*por suerte.*”

Su madre fallece debido a una leucemia cuando Héctor tiene 20 años. Con ella trabajó ayudándole a cocer para terceros. Al referirse a esta pérdida Héctor dice: “*De golpe me quedé sin mi madre y mi empleadora al mismo momento. Todo el sacrificio y el desgaste de trabajar tanto fue seguro lo que me enfermó.*”

A partir de estos dichos se advierte que Héctor queda solo tempranamente. Frente a la ausencia de ambos padres, y al no tener hermanos, la construcción de vínculos sociales, mediado por fuertes instituciones, se constituye en un fuerte recurso de afrontamiento.

La base sobre la que construye “su nombre” es la responsabilidad (sobre todo la laboral) y el esfuerzo. En otro momento sostiene que su mayor crecimiento lo obtuvo en la calle.

Héctor habla con orgullo de sus amistades, es consciente que la diferencia de edad con muchos de ellos, diferencia en más, tiene el sentido de cobijo y protección para él. No sólo con las personas establece redes de recursos, además lo hace con las instituciones. Se trasluce que el paciente además tiene tendencia a lograr la aceptación social.

Es así que el servicio militar comienza a ser uno de las primeras experiencias que aparecen en su vida, donde vínculos e institución se unen. Luego el trabajo. Más adelante, la tarea solidaria.

Con todos mantiene y construye lazos que duran hasta el final, ya que no ha dejado de compartir espacios con ninguno de ellos.

En el transcurso de su enfermedad sus amigos han estado presentes de muy variadas formas, por ejemplo, visitándolo en su casa. Se organizan de tal manera que realmente constituyen una red social secundaria a la familia. Así es que se turnan en distintos horarios y esto hace que se sienta más fortalecido emocional y anímicamente, además de ayudarlo a afrontar la sensación de soledad con la que convive durante todo el día hasta el regreso de su esposa e hija de sus respectivos trabajos.

Ellos se constituyen en un verdadero soporte emocional, incluso aquellos a los que no ve asiduamente. Con estos más que nada mantiene cierto ritual: cuando regresa de ver al médico o tiene novedades importantes que compartir, elabora un mail y se los envía. De esta manera, aquellos que se encuentran en el exterior pueden también estar al tanto de la evolución de su enfermedad.

También recibe invitaciones a almorzar fuera de su casa y lo hace hasta donde le es físicamente posible trasladarse, situación que además lo distrae. Manifiesta que así no piensa tanto en lo que está viviendo.

A través de sus contactos también ha podido cubrir necesidades especiales. Por ejemplo, cuando necesitó una silla de ruedas, que la medicina prepaga se demoraba en entregar, o cuando necesitó de ayuda para trasladarse a la institución a aplicarse rayos. En estos y otros casos sus amigos estuvieron presentes.

De la misma manera la red laboral lo sostiene y contiene todo el tiempo. Por ejemplo, su grupo de pares realizó un viaje al exterior, obsequiado por la empresa, y ante la imposibilidad que tubo de ir, le regalaron una foto donde están todos con un cartel que dice: *Héctor vos también estas acá.*

Susana, su mujer, tiene 54 años y se conocieron de jóvenes. Fue criada por unos tíos. Ella emigra desde el interior del país en su adolescencia, por decisión de los padres. Trabaja en relación de dependencia, en forma estable y en el mismo lugar desde hace 35 años, en el sector de administración. Es hija única. Tiene a su madre internada en un geriátrico hace ya varios años debido a problemas de salud recurrentes, razón por la cual necesita de internaciones reiteradas para su compensación. Ellos son los únicos cuidadores. Susana también tiene el hábito de fumar, razón por la cual presenta ronqueras frecuentes. Está teniendo problemas de salud y le cuesta mucho cuidarse a sí misma.

Ella también representa una gran fuente de apoyo y cuidado para Héctor. Al ser su cuidadora principal el trabajo terapéutico con ella tuvo como objetivos evitar su agotamiento y prevenir la posibilidad de claudicación, ya que la exigencia para ella fue doble, debido a que además del paciente se ocupaba del cuidado de su madre anciana.

Él por su parte hace todo lo posible por regular su demanda, a modo de comportamiento protector, ya que empieza a observar signos de agotamiento en Susana. No obstante, Héctor le demanda el poco cuidado que se brinda a sí misma.

Pablo, su hijo, es Contador Público, trabaja en forma independiente y a su vez tiene a su cargo un emprendimiento, consistente en la concesión de una marca de alimentos. Vive con su mujer y su perro caniche. Esta mascota adquiere con el tiempo una función importante al constituirse en una compañía afectuosa para Héctor. Puede pensarse que esta sencilla situación le ayuda a mejorar la calidad de su internación domiciliaria, disminuyendo su sensación de soledad.

Por esta razón, Pablo cumple la rutina de dejarle el perro a su cuidado todas las mañanas. Héctor lo cuida mientras conserva la independencia necesaria como para poder salir de su casa y caminar. Esto le permite además, por un período, mantener un contacto cercano con los vecinos del barrio.

Sin embargo, con el paso del tiempo y debido a su empeoramiento clínico, el animal va representando un problema.

Laura, de 22 años, estudia diseño de interiores, no tiene pareja. Comenzó con un trabajo nuevo hace tres meses. Hasta ese momento era la compañía de Héctor: *“A mí mucho no me convence ese trabajo, es poco lo que le pagan, no sé si se va a saber desenvolver, si hubiera sido varón tal vez sería más parecida a mí, pero al ser mujer por ahí se queda callada...”*

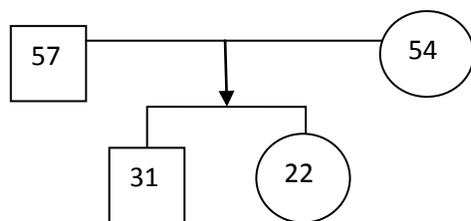
Estos dichos, en relación a la nueva situación laboral de Laura, podrían abrir por lo menos dos líneas de pensamiento.

Por un lado, se puede pensar en la expresión de cierta dificultad para compartir, junto al resto de la familia, espacios de cuidado de su padre, realizando con esta maniobra un intento de salida de esta posición tratando de correrse del perfil esperable de cuidadora (hija, mujer, soltera). Esta opción es válida ya que con posterioridad reconoce que le cuesta mucho escuchar las quejas de dolor.

Por otro lado se podría pensar en su genuina necesidad de fortalecerse en el mundo exterior y adulto, más allá de la presencia de su padre, debido a que todos toman contacto con la gravedad de su situación clínica.

En relación a sus creencias Héctor manifiesta estar enojado con Dios porque siente que ha sido injusto. Hace referencia a que, como en el edificio hace muchos años que vive, de vez en cuando las señoras mayores anoticiadas de su situación de salud, le dejan estampitas por debajo de la puerta. De todos modos contempla esta situación manifestando que así también es acompañado en este proceso por la gente que lo vio crecer.

c – Genograma



CAPÍTULO VI – DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

a – Entrevistas Individuales y su Análisis

La primera entrevista se realiza a principios de Junio de 2011, en domicilio.

Héctor se muestra con una actitud formal y muy seria y con una mirada dura en su rostro. En la casa no había nadie más, de modo que el encuentro resulta más tranquilo. En primer lugar se le preguntan sus datos personales.

Sobre el motivo de su consulta dice que fue derivado por su médica de Cuidados Paliativos y que su hijo le señaló: *“Tenés que hacerlo, es como tomar un ibuprofeno.”* Al preguntarle por su parecer respecto a esta indicación, responde levantando la voz y enojado: *“muy mala idea, muy mala idea.”* Esta situación ilustra el poco contacto emocional del que disponía el paciente.

Tal vez en ese momento una intervención posible hubiera sido preguntar el porqué, tal vez indagar sobre “su” idea de un psicólogo, pero su enojo fue un obstáculo a cualquiera de ellas. De todas formas, acepta realizar una entrevista. También es posible conjeturar que su decisión pudo haber estado en la insistencia de su mujer frente a algún momento de angustia expresado frente a ella.

Respecto al enojo, y en la medida en que avanzan los encuentros, se hace posible la construcción en conjunto de la posible función de esta defensa, identificándolo como una forma de poner límites. Por ejemplo en un momento dice: *“Quien pisa más fuerte, pisa primero.”*

A propósito fue necesario trabajar con la transferencia y, desde ya, con la contratransferencia, a fin de darle una oportunidad al trabajo terapéutico y demostrarle que no es necesario “pisar” a nadie.

Debido a sus rasgos de personalidad Héctor se encuentra muy adherido a las indicaciones médicas con un modo vincular más paternalista y un estilo comunicacional dirigido. Esta es una de las razones por las que es que accede a la primera entrevista. De todos modos lo hace con manifiesto temor e incertidumbre, tal vez debido al desconocimiento sobre el rol del psicooncólogo.

Es importante, como parte de la estrategia terapéutica, brindarle la posibilidad de elegir continuar o no con las entrevistas, más allá de la derivación médica. Por esta razón se le brinda información adecuada, clara, y se establecen algunos objetivos accesibles. Por

ejemplo, al cierre del primer encuentro se le propone realizar otros tres con el fin de establecer puntualmente en que aspectos ayudarlo, ante lo cual, acepta de buen agrado.

Los objetivos terapéuticos fijados luego del primer encuentro son: establecer el encuadre y posibles objetivos de trabajo, facilitarle la expresión verbal de sus emociones y sentimientos y evaluar estilos comunicacionales y de afrontamiento disfuncionales. Además, informar sobre la posibilidad de una evaluación familiar y mantener pendiente una posible interconsulta con psiquiatría. Finalmente se sugiere la comunicación telefónica con la especialista en dolor.

La evaluación resultante, según criterios del DSM IV, es la siguiente:

Eje I - F 54.00 Factores psicológicos que afectan al estado físico

- F 43.22 Trastorno de adaptación mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo

Eje II - F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

Eje III - Cáncer de próstata con metástasis ósea – Estadio IV

Eje IV - Problemas de salud de un familiar muy cercano

Eje V – EEAG 40

A esta descripción se le suman los siguientes rasgos: estructuración, rigidez, impulsividad, estados de ansiedad y depresión, presencia de reproches hacia otros y a sí mismos, baja tolerancia a la frustración y abuso del tabaco.

Con posterioridad a esta entrevista se lo interna por dolores no controlados, lo cual facilita el próximo encuentro en la institución.

Comenta que fuma en el baño de la habitación, trasgrediendo normas y sin mostrar conflicto. Sobre esta situación no realiza mayores comentarios, pero se queja de la falta de privacidad, del calor sofocante de la calefacción y de otras cosas que no suceden acorde a sus deseos o expectativas previas.

Uno de los aspectos con los que se logra trabajar es la verbalización e implicación de los estados emocionales que expresa a través de su conducta impulsiva, ya que el hábito de fumar es entendido como un mecanismo desadaptativo de afrontamiento. También se aborda todo lo relacionado a esta internación, por lo cual se advierte que su manera de expresar la preocupación que le genera su situación clínica, y otras emociones, es a través de la queja y de la trasgresión.

Así es que se le explica y clarifica la función del hábito de fumar, entre otros, como mecanismo desadaptativo de afrontamiento, particularmente, en relación a su internación.

El siguiente encuentro se efectúa en su casa y se tratan distintos temas. Si bien manifiesta saber que está comprometido a nivel orgánico, se siente con esperanzas de mejorar a partir del tratamiento hormonal que le fue indicado. Esta creencia es importante para él, ya que le permite mantener la disposición de seguir poniendo el cuerpo.

Piensa que su expectativa de vida no va a superar los dos años, sin embargo no puede hablarlo con su médico. Tal vez porque mantiene la esperanza de poder realizar un viaje al exterior (obsequio de la empresa por su desempeño) junto a su esposa. Esto tiene que ver con resguardar en algo este proyecto que era pensado en pareja a fin de cancelar una deuda pendiente entre ambos.

También le preocupa que su hija Laura se mantenga en silencio, sin expresar lo que siente o piensa de la situación que están viviendo. Posteriormente se pudo analizar que él tampoco le facilita la palabra a su hija, ya que tiende a hacer prevalecer sus puntos de vista sobre los del resto. Meditar acerca de esto favoreció mucho el acercamiento entre ambos y ayudó a cambiar la concepción infantil que pesa sobre ella.

En el mes de Julio recibe una transfusión de sangre debido a que cursa un cuadro de anemia, disnea y debilidad muscular (pero a pesar de eso fuma dos cigarrillos en el lapso de la sesión). En dicho encuentro oscila hacia temas que corresponden a cuestiones del país, que le permiten expresar enojo, por supuesto en relación a esas temáticas.

Prosiguiendo con el objetivo de individualizar enojos relacionados con sus emociones actuales, refiere la situación de haber sido cambiado de lugar al momento de realizar la transfusión, quedando solo, sin su mujer y con gente desconocida. Esto lo angustia mucho porque: *“la necesitaba cerca.”* También el hecho de haber recibido sangre le genera malestar, debido a que lo interpreta como signo de empeoramiento clínico. Además, menciona el hecho de haber extrañado la compañía del perrito que hace varios días no ve.

En el encuentro siguiente se le propone una entrevista familiar. Al no poder acordar un horario al cual pudieran concurrir todos dice: *“Cuatro no pueden organizar un feliz cumpleaños (muy despectivamente).”*

Para los fines del trabajo terapéutico resulta importante abordar su expectativa en relación a la reunión, a la que finalmente prefiere no asistir. Es decir, se indaga sobre la posibilidad de implicarlo en la situación de alguna manera.

Al primer intento el paciente responde: *“Yo lo que quiero es que ellos pregunten todo lo que quieran saber y después, en todo caso, me cuentan.”* Cuando se le interroga puntualmente sobre lo que quiere saber, responde: *“Cuanto tiempo me queda, como va a ser el final y si voy a tener dolor.”* Esta respuesta es interpretada como una buena señal sobre el trabajo psicoterapéutico realizado donde se ha intentado no perder las esperanzas, más allá de los resultados, y porque fundamentalmente se encuentra muy conectado con su necesidad.

Cabe aclarar que en relación al dolor fue muy importante el trabajo articulado con el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital donde se atendía el paciente. Esto hizo que se pusieran a disposición todos los recursos para disminuirlo, en la medida de lo posible, junto a la percepción de pérdida de control sobre los tratamientos y sus resultados.

Sin embargo, en ese momento cambia de tema y se muestra muy angustiado por el fallecimiento de un joven en la vía pública debido a un disparo de arma de fuego. La injusticia y el grado de vulnerabilidad son los aspectos que destaca de este hecho: *“Pensar que es un chico que salía a trabajar...”*

Al intentar una implicación sobre este sentimiento, responde que le genera mucha tristeza alejarse de actividades que solía compartir con su grupo de trabajo, hasta no hace mucho tiempo. Emerge la sensación de injusticia respecto del hecho narrado y respecto a la irrupción de su enfermedad en este momento de su vida, en que está más acomodado.

También lamenta no haber podido conocer aún el edificio nuevo de la Compañía debido a que no se siente bien, y además, tampoco está en condiciones de afrontar un viaje largo.

Hasta aquí se pueden evaluar en Héctor las siguientes situaciones de distress: la elección de opciones de tratamiento, la espera de los resultados, la incontinencia urinaria, el aumento de peso, el decaimiento, la debilidad, la fatiga, los sofocos de calor y los temas administrativos de la medicina prepaga que maneja con exclusividad desde el comienzo.

Luego de las tres entrevistas pautadas, Héctor decide continuar.

En las sesiones siguientes puede hablar con menos dificultad de sus estados emocionales. Va comprendiendo que su enojo le es útil para expresarse sin miedo, pero que no termina de ayudarlo a resolver diferentes situaciones, por ejemplo las familiares, debido a que no llega a decodificar sus verdaderos motivos emocionales: *“Ellos siempre se quejaron de la mala manera de decir las cosas que tengo y tienen razón pero no sé cómo hacer para cambiar a esta altura.”*

Una de las preocupaciones de Héctor es el destino de la cartera de clientes que está a su cargo, entendido como parte de su “legado”. Su hijo Pablo decide dar el examen para ejercer como productor de seguros y hacerse cargo de la oficina. Esto enorgullece a Héctor porque lo siente como un reconocimiento claro de su hijo hacia su esfuerzo de tantos años. Además le trae alivio, porque no deja sin trabajo a sus empleadas ni sin ingresos a su mujer e hija. Se entiende que esta es una manera de preservar su proyecto vital y convertirlo en un legado hacia su hijo, terminando de habilitar la generación siguiente en este ritual.

Héctor siente que esta conversación está pendiente entre ellos. A su vez, le hace pensar que un diálogo de este estilo, sincero, también le hubiera gustado tenerlo con su padre. Como cierre de este tema dice: *“Menos mal que viniste, así pude compartir algo lindo.”*

Esta situación le genera alivio ya que se siente muy responsable por la suerte del equipo de trabajo a su cargo y por el bienestar económico de su mujer e hija. De hecho verbaliza su preocupación diciendo: *“Quiero que económicamente tengan lo necesario para poder vivir como hasta ahora pero luego de mi ausencia.”*

Al hablar sobre su adicción al cigarrillo, dice que Pablo lo combatía bastante: *“Sé que es un mal hábito, si encuentro un pibe de 18 años fumando le diría que no lo haga, yo hoy no lo dejo porque, seamos honestos, a esta altura no me va a matar... y no me quiero sumar otro stress. Pablo y Laura no fuman, hoy pienso en la mala herencia que les hubiera dejado. La que me preocupa es Susana, pasa de cuidarme a mí a cuidar a la madre, que la están internado seguido, más el trabajo. No está descansando nada y está fumando mucho, también tiene controles médicos pendientes y no va. Si a ella le pasa algo... ¿yo que hago?”*

En su discurso Héctor no desconoce los efectos negativos de fumar, pero su preocupación la proyecta a su esposa. En él reconoce el problema de su adicción al

cigarrillo, pero también identifica que constituye una dificultad cambiar el hábito y plantea claramente que no desea someterse a una fuente de mayor stress.

En esta situación cabe pensar que si hubiera contado con un espacio de ayuda especializada, junto con información profesional adecuada, no hubiera meditado su decisión.

En el transcurso de las sesiones de Agosto, se siente bien como para ir a conocer la nueva Casa Central de la Compañía. Así es que lo lleva un colega con un auto exclusivo de la empresa. Otra cosa que hace es ir a ver a su equipo favorito a la cancha con Pablo donde se encuentra con viejos amigos (estadio que queda en el barrio). Además, asiste a un almuerzo conmemorativo del grupo de amigos del ejército, varios de los cuales se ocupan de su traslado. Al sentirse bien físicamente, se encuentra más relajado. También aprovecha para seguir juntándose con amigos a almorzar cerca de su casa, lo cual le genera bienestar por la independencia de la que está disfrutando.

Es significativo señalar que tiene vitalidad para ocuparse de cuestiones laborales de la oficina, por teléfono y desde la casa. Esto le permite sostener su rol social, todo el tiempo que le es posible, beneficiándose anímicamente.

Es importante destacar que lleva adelante actividades solidarias que le generan bienestar y lo mantienen cerca de la gente. Héctor junta tapitas para el Hospital Garrahan en cantidad y luego organiza el traslado hacia la institución. Mucha gente del edificio se las deja en la puerta de su casa, aunque también recolecta en los negocios y en las escuelas del barrio. En momentos de soledad ocupa su tiempo clasificándolas por color. También se encarga de enviar donaciones a una escuela del interior, que la compañía patrocina.

En Septiembre le realizan una resonancia magnética nuclear que resulta una mala experiencia emocional para él: *“Fue como mirar el cajón desde adentro, hasta me lo imaginé rasguñándolo. Fue muy difícil porque nadie te prepara, sos rehén de ellos. Sólo te dicen lo que a ellos les interesa, como que tenés que llevar o a qué hora tenés que estar.”* Esto lo angustia mucho y su queja se sostiene en que se siente a merced de los empleados que no le dan la información necesaria para sobrellevar esta situación. Él tampoco hace preguntas y esto lo ubica en una posición pasiva y sin preparación.

Quizás en ese momento actúa bajo el mecanismo de afrontamiento evitativo de la situación, pero él mismo quita la posibilidad de nutrirse de información vital que le hubiera

permitido elegir como prepararse o, en su defecto, tal vez cuestionarse si desea continuar con los estudios.

El hecho de ir teniendo más días de dolor no controlado le produce malestar emocional. Comienza con radioterapia, pero las condiciones de traslado y la espera en el lugar antes de la aplicación, le provocan mayor angustia debido a la incomodidad de las instalaciones del establecimiento. Por ejemplo, se le hace difícil ingresar con su silla de ruedas debiendo desplazarse con bastón y tomar asiento en sillas comunes, lo cual le genera mucho dolor a nivel óseo.

En estos momentos manifiesta tener ganas de hablar con su médico pero siente que puede no tener, “ *el coraje de decirle la verdad.*” ¿Proyecta su propia dificultad para escuchar, tal vez, lo ya sabido?

Desde mediados de Septiembre y especialmente en Octubre, la salud de Héctor se va deteriorando. Luego de algunos estudios se determina la presencia de metástasis en SNC que le genera visión doble de un ojo. Por esta razón interrumpen todo tratamiento, tanto hormonal como radioterápico. Comienza con edemas en miembros inferiores. Por momentos pierde la noción del tiempo o de sus acciones. Ya no puede salir de su casa y le cuesta moverse para ir al baño solo. Esta situación lo angustia bastante. Por momentos, se da cuenta que no tiene reacción, que está en otro mundo, que se olvida de cosas importantes y que esto lo está sobrepasando.

Ya en estas instancias se presentan cuadros confusionales indicando una alteración importante a nivel del organismo.

En esta situación el abordaje consiste en el acompañamiento a distancia. A través del contacto telefónico periódico se logra estar cerca de las necesidades del paciente y de su familia, también estar al tanto de la evolución clínica y es también una forma de mantener la disposición del espacio. Todo esto respetando la intimidad familiar que atraviesa momentos tan críticos.

b - Entrevista familiar y su Análisis

La entrevista se efectúa a comienzos de Agosto y dura aproximadamente una hora. Lo más preocupante para todos es el posible dolor no controlado. A veces Héctor lo expresa mediante quejidos angustiantes y en otras oportunidades con enojo. Por cierto Laura es la que se siente más perturbada con esta situación. Cuando su padre se queja

siente impotencia y cuando se enoja siente que le recrimina y le reclamaba directamente a ella, desvalorizando lo que tiene a su alcance hacer. Todos coinciden en que Héctor es rígido y estructurado, que tiene baja tolerancia a la frustración, tendencia al impulso y que esto puede ser desfavorable al momento de enfrentar otras situaciones futuras. Pablo dice: *“Si esto avanza no sé cómo va a hacer para enfrentarlo.”*

El señalamiento que se le realiza a Laura apunta a verbalizar lo que ella siente respecto a lo que está viviendo. Se conversa sobre la gravedad de la situación desde el momento del diagnóstico. Por su parte, Pablo expresa enojo porque: *“Se dejó estar en el cuidado de su salud.”*

Frente a la preocupación por el dolor, la doctora plantea la posibilidad de realizar radioterapia paliativa y explica la escala de analgesia disponible, entre ellos el manejo de opioides y dice: *“Se espera que la situación empeore pudiendo pensar que este es el mejor Héctor que vamos a tener.”*

Frente a esta situación la intervención es situar en ese momento la oportunidad para plantear algunas cuestiones pendientes. Se les ofrece a todos la posibilidad de mantener una entrevista individual, en caso de necesitar hablar sobre alguna preocupación puntual.

Cuando se retoma este tema en la sesión individual con el paciente, Héctor manifiesta enojo porque cuando le pregunta a su mujer y a sus hijos cómo les fue en la entrevista, sólo responden, *“todo bien.”* Siente *“que se quedan en maquillaje, en cuestiones superficiales, entonces (pensó y dijo) si no quieren hablar que se vallan a cagar.”* Cuando se le devuelve, a modo de pregunta, que sitúe la información que desea saber, cambia de tema.

A la sesión siguiente se retoman algunas cuestiones relacionadas con lo conversado anteriormente: *Héctor, quería hacer una mención de algo que me quedé pensando. Quedé contrariada, siento que me pidió información pero no me dejó entender que parte necesitaba saber y sentí que cuando usted decía que le hicieron una referencia cosmética también me involucraba a mí. Yo sin embargo tengo toda la voluntad de responderle sus preguntas dentro de los límites de mi saber... Su silencio y su postura expectante me hicieron seguir hablando y le conté de la angustia de Laura y de sus deseos de ser escuchada por él pero creo que la expresión de su enojo actúa de barrera. Ante lo cual Héctor acuerda.*

En este punto es importante recordar las dos dimensiones propuestas por Holland (2000) donde debe intervenir el Psicooncólogo:

- ✚ Atendiendo las respuestas emocionales del paciente, la familia y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad.
- ✚ Detectando e interviniendo en factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que puedan influir sobre la calidad de vida del paciente con cáncer.

CONCLUSIONES GENERALES

Tres de las cuatro principales causas de muerte en el mundo son las enfermedades crónicas no transmisibles. El cáncer es una de ellas.

En Estados Unidos en el año 2012 se diagnosticaron 241.740 personas con cáncer de próstata de los cuales fallecieron 28.170. Y en relación a las respuestas psicológicas frente al diagnóstico se puede decir que la persona recibe la noticia con un alto grado de estrés emocional.

Por otra parte, cada vez existen más hombres diagnosticados con esta patología. Mucho se debe al diagnóstico precoz, ya que luego de los 50 años se recomienda comenzar con una indagación preventiva a partir de la prueba del antígeno prostático específico (APE o PSA) y el examen digital del recto.

En consecuencia existe un grupo de personas a los que se les detecta la enfermedad en sus inicios y otro, como en el caso de Héctor, que llegan al consultorio médico en un estadio avanzado.

Bajo estas últimas condiciones se pueden observar algunos de estos síntomas: disfunción de la potencia sexual, incontinencia urinaria, fatiga, cansancio, dolor, disnea, astenia, sofocos u oleadas de calor, ganancia de peso, sintomatología ansiosa o depresiva e irritabilidad.

Resulta importante indagar las áreas de la persona que están afectadas a fin de direccionar los recursos en ese sentido. En el área psicosocial es posible evaluar alteraciones de la imagen del cuerpo, cambios en la integridad, disminución de la función sexual, infertilidad, como así también dificultades para enfrentar el dolor y los efectos de los tratamientos, interrupción del funcionamiento cotidiano y el nivel de incertidumbre.

Asimismo es necesario tener en cuenta la implicación de la familia en el curso de una enfermedad crónica y el impacto que ésta genera en sus miembros. Resulta necesaria la evaluación de posibles situaciones de conflicto para que no se pierda la función de apoyo social del paciente, cuando está presente. Esto le ayuda a disminuir las alteraciones emocionales y, por consecuencia, tolerar mejor los efectos psicológicos del estrés severo.

Respecto al afrontamiento, el paciente se encuentra frente a un proceso ininterrumpido. Los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrollan tanto él como su familia para manejar las demandas específicas de la enfermedad y otras situaciones se

pueden llamar exitosos si sirven para incorporar la realidad con todas sus limitaciones y no ceden con desbordes.

Considerando los fines del presente trabajo y retomando lo planteado en el marco teórico, el concepto de adaptación es clave en todo el camino de la enfermedad ya que afecta el vínculo de unión entre los conceptos calidad de vida, afrontamiento y apoyo social. Concretamente el caso de Héctor que permite realizar la observación de muchos de estos conceptos.

Se puede decir que el contexto que rodeó la primera consulta médica hace conjeturar la utilización de un modo y estilo de afrontamiento que parecería estar más en relación a estrategias de evitación de problemas y a un estilo pasivo centrado en el problema.

Luego del diagnóstico, resulta imprescindible evaluar interdisciplinariamente al paciente debido a la multiplicidad de los síntomas que padece, en especial el dolor, el cansancio, la disnea, la astenia y la fatiga.

Bajo esta premisa se condicionó el esfuerzo de los profesionales, distribuidos en dos instituciones, por suerte con predisposición al diálogo, con el equipo de Cuidados Paliativos del hospital donde se era atendido.

También se logró una articulación con los médicos que realizaron el seguimiento en la internación domiciliaria, con el objetivo de sostener el confort del paciente.

Este contexto profesional también posibilitó la entrevista familiar con muy buenos resultados.

Todas estas situaciones han logrado un mejor acompañamiento de Héctor, en la circunstancia que le toca atravesar, y además le permitieron desplegar, mejorar y potenciar los recursos de él y de su grupo para lograr una adaptación psicosocial satisfactoria. Puede entenderse que obtuvo un espacio de escucha para sus preocupaciones, permitiéndose la expresión de sus afectos, logrando un armónico proceso de despedida.

Como posibles puntos de discusión futuros puede pensarse que si bien en el caso del presente escrito se describe y analiza un paciente que transita un estadio avanzado de su enfermedad, se pueden elaborar interrogantes en relación a la adaptación psicosocial que enfrentan aquellas personas que logran convivir con la enfermedad por un lapso más prolongado.

Como fue expresado con anterioridad, lamentablemente y hasta el momento, no se cuenta con campañas de difusión masivas que difundan pautas de alarma frente a los primeros síntomas o la necesidad de una evaluación profesional a partir de los 50 años, con la intención de que el paciente tenga opciones para elegir a partir de poseer información calificada.

En segundo lugar, tampoco se valora la importancia del ejercicio físico, de las conductas saludables que apunten a disminuir los factores de riesgo y la regulación sana del peso a partir de una alimentación balanceada.

Y en forma complementaria, tal vez sería pertinente indagar y evaluar la necesidad de contar con espacios de abordajes grupales que les permitan a los pacientes socializar las dificultades con las que se encuentran en el transcurso de la enfermedad.

Asimismo sería importante un espacio de capacitación dirigido a las parejas de tales pacientes, ya que mediante la información se pueden dimensionar mejor las dificultades frente a las que se encuentran, y observar como son incorporados por los pacientes, sus creencias, sus prejuicios y sus limitaciones, ya que algunos efectos secundarios de la enfermedad continúan en sus vidas por largo tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almanza-Muñoz, J.J. (2001) Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Número especial 1994-2001*, pp. 35-43.
2. Almanza-Muñoz, J.J. y Holland, J. (2000) Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología (México)*, 46 (3), pp 196-206.
3. Alonso, A., Gonzalez Gonzalez, R., Becerro de Bengoa Vallejo, B. (2012). ¿Hombres y mujeres resuelven los conflictos de la misma forma? *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 25(265), pp. 86-89.
4. Arbizu López, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), pp. 173-178
5. Asociación Argentina del Cáncer. (2012). *Cáncer de Pene*. Recuperado de <http://www.asarca.org.ar/archivos/pautas03/Urologia.PDF>
6. Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), pp. 505-520.
7. Baider, L. (2003). La familia del enfermo adulto. En M., Die Trill, *Manual de Psico-Oncología* (pp. 473-486). Madrid: ADES.
8. Báñez, M., Blasco, T. y Fernandez Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Revista Anales de la Psicología*, 19(2), pp. 235-246.
9. Barroilhet Diez, S., Forjaz M.J. y Garrido Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Artículo de Revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), pp. 390-397.
10. Cajigas Plata, J.A., Suárez Paba, G.A. y Aristizábal Aristizábal, A.F. (2008). Complicaciones relacionadas con los procedimientos realizados con intención curativa en cáncer de próstata. *Revista Urología Colombiana*, 17(1), pp. 83-90.
11. Centro Oncológico de Buenos Aires. (s.f.). *Cáncer de pene. Tumor de baja frecuencia y de alto impacto médico y psicológico. Actualización de su manejo actual*. Recuperado de

<http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/C%C3%A1ncer%20de%20pene.pdf>

12. Cortés-Funes, F., Abián, L. y Cortés-Funes, H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Revista Psicooncología*, 0 (1), pp. 83-92.
13. Costa, G. y Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Revista Psicooncología*, 7 (2-3), pp. 453-462.
14. Cunill, M. y Serdà, B. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Revista Psicooncología*, 8(1), pp. 65-79
15. Di Pretoro, Mirta (2011). Abordajes Psicoterapéuticos en Psico-Oncología II. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
16. Die Trill, M. (2003). *Manual de Psico-oncología*. Madrid: ADES.
17. Die Trill, M. (2003). Psicoterapia de Grupo. En M. Die Trill. *Manual de Psico-oncología* (pp. 519-531). Madrid: ADES.
18. Durá, E. y Garces, J. (1991) La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), pp. 257-271.
19. Edelman, L. y Kordon, D. (2011) Trabajando en y con grupos: vínculos y herramientas. Buenos Aires: Psicolibro.
20. Fernández, B., Pascual, C. y García, J. (2004). El cáncer de próstata en la actualidad. *Revista Psicooncología*. 1(2-3) pp. 181-190.
21. Font, A., Rodríguez, E. y Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Revista Psicooncología*, 1(2-3), pp. 45-56.
22. Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Revista Psicooncología*, 1(1), pp. 67-86.
23. Forner, C., Guerrero, A., Gilabert, E. y Emilio Rojo, J. (2002). La adaptación o afrontamiento ante la pérdida de salud. *Revista Aula Médica Psiquiatría*, 4, pp. 201-226.

24. Gómez, B. (2004). Abordaje terapéutico de trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. En Fernandez Alvarez y Opazo (Eds.). *La integración en Psicoterapia: Manual Práctico*. pp. 257-281. Barcelona: Paidós Ibérica
25. Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M.C., Chacón Roger, M. y Fleites González, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana Oncología*. 15(1), pp. 49-65.
26. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU (2012). *Tipos de cáncer. Cáncer de pene*. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/pene/Patient#Keypoint2>
27. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU (2012). *Tipos de cáncer. Cáncer de testículo*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/testiculo/Patient>
28. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU (2012). *Tipos de cáncer. Cáncer de próstata*. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/Patient>
29. Instituto Nacional de Cáncer (2011). *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ). Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos en la adaptación*. Recuperado de <http://cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page2>
30. Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar.
31. Jiménez-Torres, M., Martínez, M., Miro, E., Sánchez, A. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Revista Anales de psicología*, 28(1), pp. 28-36. Recuperado de [http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/26372/1/Relaci%
c3%b3n%20entre%20estr%
c3%a9s%20percibido%20y%20estado%20de%20%20c3%a1nimo%20negativo.pdf](http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/26372/1/Relaci%c3%b3n%20entre%20estr%c3%a9s%20percibido%20y%20estado%20de%20%20c3%a1nimo%20negativo.pdf)
32. Lull, D., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Revista Psico-USF*, 8(2), pp. 175-182.
33. Luxardo, N. (2010). *Morir en casa: el cuidado en el hogar en el final de la vida*. Buenos Aires: Biblos.

34. Medina-Coello, E., Jiménez-Ríos, M., Gonzalez-Hernandez, S., Saldaña-Guajardo, M. y Alvarado-Aguilar, S. (2009). Severidad depresiva en pacientes con cáncer de próstata metastásico orquiectomizados. *Revista GAMO*, 8(3), pp. 115-118.
35. Mesenguer Hernandez, C. (2003). El Adulto con Cáncer. En M., Die Trill. *Manual de Psico-oncología* (pp. 103-114). Madrid: ADES .
36. Méstola, A. (2011) *Adaptación Psicosocial en Pacientes Oncológicos Tabaquistas*. (Estudio de caso Descriptivo). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires.
37. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (2012). *Análisis de la situación del cáncer en Argentina. Incidencia*. http://www.msal.gov.ar/inc/equipos_analisis.php
38. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (2012). *Análisis de la situación del cáncer en Argentina. Mortalidad*. http://www.msal.gov.ar/inc/equipos_analisis_mortalidad.php
39. Montesinos, M.R. (2011). Conceptos sobre Oncología II. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires.
40. Moss, R. (s.f.). *Afrontando enfermedades físicas, nuevas perspectivas*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires.
41. Nacional Cancer Institute. (2012). *Instantánea. El cáncer de próstata*. Artículo recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/instantaneas>
42. Oliveros Aríza, E., Barrera, M., Martinez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19-29.
43. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Global Health Observatory (GHO) NCD mortality and morbidity*. Artículo recuperado de la base de datos de OMS http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
44. Organización Mundial de la Salud. (2006). *Día Mundial Contra el Cáncer: acción mundial para evitar 8 millones de muertes por cáncer de aquí a 2015*. Artículo recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/>
45. Organización Mundial de la Salud. (2012). *¿Por qué importa contar los muertos?. Las 10 causas principales de defunción*. Centro de Prensa. Artículo recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index3.html>

46. Rodriguez Vega, B., Fernandez Liria, A. y Ortiz Villalobos, A. (2003). Psicoterapia Individual. En M., Die Trill, *Manual de Psico-oncología* (pp. 489-506). Madrid: ADES.
47. Rodriguez Marin, J., Pastor, M.A., Lopez Roig, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Revista Psicothema*. 5 (Sup.), pp. 349-372.
48. Rodriguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Revista Psicooncología*, 4(1), pp. 7-19.
49. Rodriguez, C., Ruiz, M., Alonso, R., Viotti, F., El-Hayaj, M., del Barco, E. y Cruz, J. (2012). Evaluación de la astenia en oncología. Aplicación del cuestionario Perform. *Revista Psicooncología*, 9(1), pp. 65-79.
50. Sivak, R. (1998). *Clínica de la vulnerabilidad*. Artículo recuperado de www.prev.adiccionesslr.com.ar (21.01.2013)
51. Sala, V. (2002). ¿Cuál es el pedido de Interconsulta psiquiátrica y psicológica cuando el paciente tiene cáncer?. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 13, pp. 53-58.
52. Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Revista Psicooncología*, 1(1), pp. 3-12.
53. Sirgo Rodriguez, A. y Gil Moncayo, F.L. (2000) Intervención Psico-Educativa y Terapia de Grupo en Pacientes con Cáncer. En F., Gil Moncayo (comp). *Manual de Psico-oncología* (pp.57- 74). Madrid: Autor.
54. Serdá, B., del Valle, A., Gragera, R. y Monreal, P. (2009). Beneficios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata. *Revista Psicooncología*, 6(1), pp. 211-226.
55. Serdá, B. (2006). Cáncer de próstata y ejercicio físico. *Revista Psicooncología*, 3(1), pp. 49-57.
56. Suarez Baquero, A., Baquero, L., Londoño, Ch., Low, C. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio*. Artículo recuperado de <http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>

57. Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Villas, M., Alvarez-Dardet, S., Lopez Lopez, M.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Revista Anales de la Psicología*, 18(1), pp. 45-59.
58. Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
59. Vidal y Benito, M. del C. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos.
60. Walsh, Retik, Vaughan y Wein (2004). *Campbell: Urología*. Buenos Aires: Panamericana.
61. Wilde Linz, K., Cruz Walteros, C., Rojas Serrano, L. y Novoa Gómez, M. (2004). Efectos Secundarios del Tratamiento de Cáncer de Próstata Localizado, en Calidad de Vida y Ajuste Marital. *Revista Urología Colombiana – Artículo Original*, 2, pp. 7-19.
62. Worley, H. (2006). *Las enfermedades crónicas asedian a los países en desarrollo*. *Population Reference Bureau (Servicios de Referencias Populares)*. Artículo de difusión recuperado de <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2006/LasEnfermedadesCronicasAsedianalospaisesenDesarrollo.aspx?p=1>
63. Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Madrid: Espasa Libros.

ANEXOS

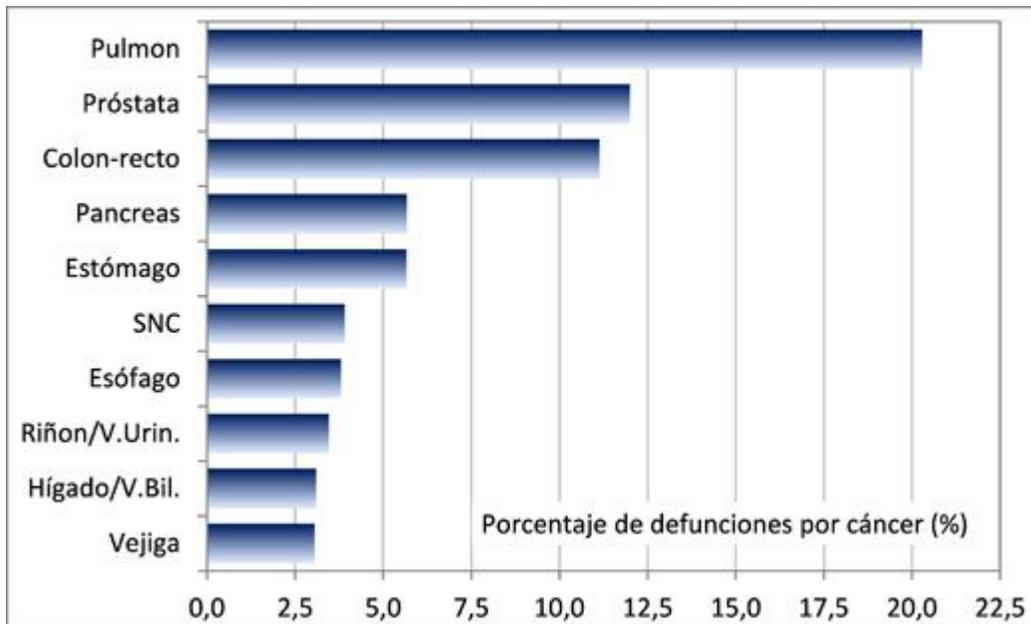
Tabla Nro. 1 – Las 10 causas principales de defunción Mundial para el año 2004:

Mundo	Millones de defunciones	Porcentaje de defunciones
Enfermedad coronaria	7.20	12.2
Ataque apoplético y otras enfermedades cerebrovasculares	5.71	9.7
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4.18	7.1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.02	5.1
Enfermedades diarreicas	2.16	3.7
VIH/SIDA	2.04	3.5
Tuberculosis	1.46	2.5
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	1.32	2.3
Accidentes de tráfico	1.27	2.2
Prematuridad y de bajo peso al nacer	1.18	2.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud – Centro de Prensa – Nota descriptiva Nro.310 - Octubre del 2008. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html> (26.12.2012)

Tabla Nro. 2 – Mortalidad por cáncer según sexo – Gráfico 4: Mortalidad por cáncer en hombres. Distribución relativa de las principales localizaciones (N: 31 972 defunciones anuales promedio). Argentina, 2008-2010.



Fuente: SIVER/INC– Ministerio de Salud de la Nación, en base a registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2012. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/inc/equipos_analisis_mortalidad.php (26.12.2012)

BASES DE DATOS CONSULTADAS

Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos

Instituto Nacional del Cáncer de Argentina

IPOS

Medline Plus

ASCO

Sociedad Internacional de Psico-Oncología

Asociación de Psicooncología de Madrid

Revista de Psicooncología de la Universidad Complutense

Sociedad Argentina de Cancerología

Sociedad Americana de Urología

Sociedad Europea de Urología

Asociación Española de Urología

Actas Urológicas Españolas