

ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS, CALIDAD DE VIDA Y LONGEVIDAD : ESTUDIO DE UN CASO ÚNICO

Patricia Borreguero Sancho

Centro de Psicología y Logopedia

RESUMEN

El artículo hace una reflexión sobre la posible influencia de los factores emocionales y adaptativos en las enfermedades oncológicas. Sobre la polémica relación paciente-enfermedad y la influencia del estrés en el sistema inmunitario todavía existen escasos pero prometedores estudios. Consciente de las limitaciones metodológicas de un estudio de caso único, se subraya la importancia de la utilización metodológica de registros y cuestionarios para conseguir una información sistematizada, y poder contrastar resultados con otros casos e incluso establecer una comparación estadística con las curvas de longevidad.

Palabras clave: SISTEMA INMUNITARIO, FACTORES ADAPTATIVOS, ENFERMEDAD Y ESTRÉS, PACIENTES ONCOLÓGICOS.

SUMMARY

This article reflects the possible influence of emotional and adaptive factors on oncological patients. There is little research about the

relationship between illness and stress, and its influence on the immunological system. The researcher is aware of the article limitations, but emphasizes the importance of the use of questionnaires and records to obtain reliable and standardized information .

Key words :INMUNOLOGICAL SYSTEM, ADAPTATIVE FACTORS, ILLNES AND STREES, ONCOLOGICAL PATIENTS.

INTRODUCCIÓN

La evidencia de la importancia de las emociones y del estrés en las respuestas fisiológicas ha contribuido al desarrollo de una nueva disciplina, la Medicina Comportamental, que enfatiza la importancia de la perspectiva interdisciplinar integrando las ciencias comportamentales y las biomédicas en las áreas clínicas, para mejorar la calidad y cantidad de vida del enfermo. Así pues, las respuestas fisiológicas ante el estrés dependen de distintas combinaciones personales de variables conductuales y cognitivas, entre las que juega un papel decisivo la variable de control frente a la fuente de estrés, como demostró Frankenhaeuser (1979). Posteriormente el estudio pionero de Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (1989), que evidenció como la intervención psicológica influyó significativamente en la longevidad de vida de un grupo de mujeres con cáncer de mama metastásico, abrió las puertas a los estudios sobre la influencia del apoyo psicológico en la longevidad.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Partiendo de los estudios pioneros, y con las limitaciones pertinentes de un estudio de caso único se elaboró la siguiente hipótesis de trabajo: Si las variables conductuales y cognitivas juegan un papel decisivo en las respuestas fisiológicas frente al estrés, en este caso por enfermedad, interviniendo psicológicamente en la fuente de estrés, se puede lograr modificar las respuestas fisiológicas ante la enfermedad, y esta modificación puede manifestarse en una mejora significativa en la calidad de vida del enfermo, en las posibilidades de curación (en este caso descartadas) y/o longevidad. En este caso, ante la ausencia de un grupo control y experimental previamente establecido, se considera al enfermo sobre el cual se realizó la intervención psicológica como "sujeto experimental", y la información estadística sobre sintomatología, evolu-

ción y pronóstico de vida de enfermos similares que no recibieron apoyo o asistencia psicológica como "grupo control" o de referencia. Para valorar y contrastar adecuadamente la hipótesis de trabajo se delimitaron unas áreas de intervención específicas que se desarrollan en el apartado siguiente .

OBJETIVOS

A pesar de que los resultados de un caso único no sirven para generalizarlos a grandes poblaciones ni establecer unas conclusiones sostenidas experimentalmente, sí que sirven como punto de partida para iniciar una reflexión sobre la influencia de los procesos psicológicos en el sistema inmunológico, o bien en las conductas del enfermo que influyen en el mismo, como pueden ser el aumento del apetito y la ausencia de dolor, y así, poder profundizar en un área incipiente pero prometedora. Dadas las características del enfermo terminal en cuestión, la evaluación psicológica queda limitada a unos aspectos concretos del proceso de la enfermedad que se plasman en los siguientes objetivos :

- a) *Evaluación y control del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Medicación y Dieta.*
- b) *Evaluación y control de la calidad de vida del enfermo entendida en términos de:* 1) ausencia-presencia del dolor, 2) nivel de actividad diario y autonomía, 3) estado de ánimo, 4) apetito.
- c) *Evaluación de la longevidad*, contrastando con los pronósticos establecidos por los distintos especialistas y las curvas de longevidad para pacientes con la misma sintomatología y pronóstico.

En la evaluación de los distintos criterios se tuvieron en cuenta las distintas fases de la enfermedad, la conveniencia de la aplicación de ciertas técnicas determinadas y las características psicológicas del enfermo .

METODOLOGÍA

Técnicas , informes y registros utilizados

a) *Técnicas de relajación:* Como técnica de relajación muscular se utilizó la técnica de Jacobson grabada en un cassette .

b) *Autohipnosis:* La escala de autohipnosis de Friedlander y Sarbin se grabó completa en un cassette, una vez finalizada la secuencia de autohipnosis, se introducían imágenes aplicando técnicas de visualización e instrucciones

imaginadas. La combinación de autohipnosis y visualización se considero adecuada teniendo en cuenta que la hipnosis es un proceso de máxima atención cognitiva donde el uso de imágenes es más eficaz (Crawford , 1980) .

c) Visualización: Las instrucciones de visualización siguieron las orientaciones de Achderberg, y Lawlis (1984) y Shorr (1980), fundamentándose en las descripciones patológicas sobre color , forma y tamaño que incluyen algunos libros clínico-médicos, en concreto los citados en la bibliografía.

Los criterios que se aplicaron en la selección de imágenes son los siguientes:

- 1) localización de la enfermedad en la zona correspondiente del cuerpo.
- 2) descripción de las células en términos de color y forma.

Las instrucciones de cambio suponían:

- 3) la imaginación de un cambio de color de las células y de la forma, de verde-amarillento a rosado, de nódulos a superficies lisas.
- 4) la extensión de la parte "sana" sobre la enferma.
- 5) verbalizaciones de control, lucha y fortaleza.

d) Registros: - Registro de la frecuencia de la relajación y la autohipnosis, incluyendo la ingesta de la medicación prescrita por los médicos, pautas de la alimentación, insomnio, y crisis de dolor. Los registros eran cumplimentados por un familiar y se adjunta en el anexo una copia.

- Registro de las actividades distractoras, estado de ánimo y nivel de actividad diario.

e) Cuestionarios: De depresión de Beck (1976) y de ansiedad de Cautela (1976).

f) Biblioterapia. Dado el interés manifiesto por el enfermo por las aplicaciones de la psicología oncológica, se le recomendó el libro de Psicología Oncológica de Ramón Bayés (1991).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

A) Descripción del enfermo ,variables ambientales y situacionales y pronóstico de la enfermedad .

El enfermo, un paciente varón de 67 años de edad fue en Agosto de 1994 diagnosticado de un hepatocarcinoma, es decir , de un tumor maligno, originado por una cirrosis vírica producida por los virus de la hepatitis B y C, a raíz de una hemorragia esofágica. Como características personales del enfermo,

cabe destacar un nivel cultural muy alto y un fuerte locus de control interno. El diagnóstico clínico manifestaba el desarrollo de sintomatología clásica asociada a los tumores malignos, como varices esofágicas en grado I/IV y mínima ascitis (Child B. Estadío 5). El tumor era de un tamaño de 8cm aproximadamente, con dos nódulos de 5mm de metástasis, y el pronóstico de los distintos centros y especialistas a los que se consultó fue el siguiente:

-Hospital Universitario de Navarra: Enfermedad incurable con solo posible alivio médico de los síntomas y con un pronóstico de vida de 3 a 6 meses aproximadamente.

-Madison Cancer Center de Houston: Enfermo en situación terminal , sin posibilidad de realizar ninguna intervención quirúrgica, y con el tratamiento sintomático pertinente.

-Hospital Clínico de Valencia : Pronóstico similar al de Navarra.

-Hospital Gómez Ulla de Madrid : Pronóstico similar al de Navarra.

La descripción de la enfermedad y los pronósticos de los principales manuales de Medicina son los siguientes :

a) **Enfermedad fatal y usualmente rápida**, la mayoría de los pacientes fallecen a los 3-6 meses del desarrollo de la sintomatología por hemorragia intestinal, fallo hepático o caquexia progresiva. (Harrison's. 1991. Principios de Medicina Interna).

b) **Evolución muy mala , pronóstico de aproximadamente 4 meses** de vida a partir del desarrollo de la sintomatología (Principios de Cirugía, 1987, Schwartz).

El enfermo cumplía los criterios aplicados al concepto de **enfermo terminal**, tanto a nivel biológico, con unas condiciones vitales irreversibles manifestadas en el informe médico, como a nivel terapéutico, pues no había ningún tratamiento posible. De igual modo había recibido diagnóstico histológico probado y existían predicciones aproximadas de su muerte.

El enfermo permaneció en un estado convaleciente los primeros meses en casa, con atención médica domiciliaria, ignorando el pronóstico de su enfermedad y rechazando los diagnósticos médicos hasta el punto de negarse a ingerir la medicación prescrita, con los peligros asociados (fase de negación de la enfermedad).Una vez informado el enfermo del pronóstico de su enfermedad, y desechados diferentes tratamientos médicos y una posible curación , se hizo énfasis en la necesidad de adscribirse a la medicación, y surgió la posibilidad de iniciar el tratamiento psicológico sugerido por un familiar próximo al paciente. La reacción del enfermo ante esta posibilidad fue positiva y dispues-

to a colaborar en lo que hiciese falta. De este modo se inició el tratamiento psicológico a los tres meses de haber sido diagnosticado inicialmente .

B) El tratamiento psicológico en cuestión consistió fundamentalmente en:

- 1) Entrenamiento en relajación, autohipnosis, y visualización. Evaluación de sus posibles efectos secundarios.
- 2) Evaluación y registros de: niveles de actividad, crisis de dolor, estado de ánimo, insomnio e ingesta de medicación.

Se inició la intervención con un entrenamiento primero en *relajación* acompañado del cassette y posteriormente se introdujo el entrenamiento en *autohipnosis y visualización*, y se anotaba por un familiar qué tipo de técnica se practicaba diariamente y cuantas veces al día. Durante los ocho primeros meses se realizaba la relajación dos veces al día, una por la mañana y otra por la tarde, y la autohipnosis con visualización dos veces por semana. El enfermo manifestó que prefería la relajación muscular pues descansaba más. Después se redujo la practica de relajación diaria a una diaria y la autohipnosis a una o dos veces por semana. Esta práctica se mantuvo durante todo el proceso de la enfermedad. De los posibles efectos secundarios de estas técnicas , el enfermo manifestó unos picores muy molestos que se activaban de manera evidente al poner en práctica las técnicas, aunque no siempre.

Los niveles de actividad y autonomía fueron siempre muy altos durante el período de vida , si se tiene en cuenta que uno de los principales síntomas de este tipo de enfermedad son un gran cansancio y fatiga. La actividad diaria consistía en:

a) Actividad fuera de casa:

- Paseos o caminatas , alrededor de 1 hora diaria .
- Partidas de dominó fuera de casa de 3 a 4 horas diarias.
- Comidas en restaurantes, 1 vez a la semana .
- Conducir el coche, ocasionalmente .

b) Dentro de casa:

- Televisión y lectura. Autonomía total en hábitos de alimentación el higiene.

Respecto **a la crisis de dolor**, no manifestó crisis de dolor agudas durante todo el proceso de la enfermedad , y no hubo necesidad de administrar ningún calmante en año y medio ,excepto dos días antes del fallecimiento en estado semi-inconsciente y más debido a la agitación motora , que a manifestaciones

de dolor. Si se tiene en cuenta que entre 60% y 80% de los pacientes adultos lo experimentan en estados avanzados de la enfermedad (Bonica 1979), parece importante el papel que ha jugado en este caso la intervención psicológica.

Insomnio. Las noches de insomnio, junto a la sensación de hipersomnia diurna aparecieron ocasionalmente a partir del octavo mes de diagnóstico, y fueron aumentando gradualmente a lo largo de la enfermedad, con ciclos de inversión del ritmo vigilia-sueño. Al principio la técnica de relajación junto a la utilización de aromas específicos (Aromaterapia) fue de gran utilidad, pero posteriormente se necesitó incluir la utilización de sedantes ocasionalmente.

Estado de ánimo. Inicialmente completó el cuestionario de Beck dónde puntuó como grave y también el cuestionario de indicadores fisiológicos de ansiedad de Cautela donde los ítems más significativos como dificultades en la respiración o molestias en el estómago podrían coincidir con los síntomas de la enfermedad, dificultando su interpretación. El cuestionario de Beck se volvió a pasar a los seis meses y se puntuó un nivel de depresión entre leve y moderado, por lo que podemos inferir que hubo un cambio sustancial favorable del estado de ánimo. El estado de ánimo se mantuvo en apariencia estable la mayor parte del tiempo que duró la enfermedad, ayudado sobre todo por la gran cantidad de actividades distractoras y las técnicas de relajación. Los periodos más especialmente sensibles fueron de vuelta a casa después de haber estado ingresado en el hospital y las Navidades, periodos que duraban unos dos o tres días y después recobraba un ánimo más estable. El enfermo manifestó la importancia de haber encontrado en la información psicológica y en especial en las teorías inmunológicas una fuente importante de apoyo frente al "realismo médico". A pesar de los tres ingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad, los sucesivos controles radiológicos que manifestaban que el tumor se mantenía prácticamente estable, se convirtieron en un refuerzo importante, el enfermo manifestó una sensación de "control", que le fortalecía su voluntad en seguir adelante con el tratamiento psicológico. Sólo se constató una crisis depresiva en el cuarto ingreso al hospital, cuando manifestó la posibilidad de que fuera a fallecer y la tristeza de despedirse de todos.

Adscripción a la medicación. Aunque la actitud ante la medicación cambió sustancialmente al informarle sobre el pronóstico de la enfermedad, y a pesar del empleo de registros, se mantenía una rebeldía permanente que le llevaba a mentir y a autosuprimirse en algunos casos los diuréticos u otro tipo de medicación, lo que le condujo a una operación de urgencia de una hernia inguinal. Este tipo de actitud aunque mejoró bastante, fue muy difícil de elimi-

nar debido a las actitudes inadecuadas de control, sobre todo a la lectura y memorización de los prospectos.

Apetito. Las pautas de alimentación, durante el año y medio de la enfermedad, excepto en los periodos de ingresos hospitalarios, era de una dieta normal sobre unas 2.000 calorías diarias aproximadamente, suprimiendo sal y alcohol. Ocasionalmente se saltaba la prohibición de alcohol, tomando alguna copa de vino. Teniendo en cuenta que la anorexia es uno de los principales síntomas de los enfermos terminales oncológicos (García -Conde J., Pascual A. 1993), el mantenimiento de estas pautas de alimentación es un indicador notable de la disminución de los síntomas de la anorexia.

Evolución de la enfermedad. Como se ha comentado anteriormente, los resultados radiológicos informaron que el tumor estaba prácticamente estable o con muy poco crecimiento. Durante el proceso de la enfermedad, sufrió una encefalopatía hepática con ingreso hospitalario a los seis meses del diagnóstico, una operación de una hernia inguinal, y un último ingreso por encefalopatía hepática, con una hemorragia esofágica que determinó el fallecimiento. La longevidad de vida fue en total de **un año y seis meses**.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque en un estudio de caso único no se puedan establecer generalizaciones a grupos más amplios, sí se pueden realizar una evaluación cualitativa de los datos obtenidos y en último caso contrastar la longevidad del enfermo, con los datos estadísticos y la curva de longevidad de enfermos similares. En el ámbito de la calidad de vida cabe destacar un elevado nivel caracterizado por:

- La ausencia casi constante de dolor manifiesto, sin ser necesario la prescripción de calmantes o morfina.
- Un elevado nivel de actividad y de autonomía durante todo el período de la enfermedad.
- Un estado de ánimo bastante estable dadas las circunstancias con solo episodio importante de síntomas depresivos.

Al comparar los pronósticos médicos con la longevidad del enfermo, entre el doble o el triple en términos de número de meses de vida pronosticados las diferencias son importantes. Esta longevidad no es atribuible al tratamiento médico, puesto que no existe curación, o a la adscripción a la medicación, pues ha sido más bien negativa, o a las características o pronóstico de la enfermedad, como evidencian los manuales médicos. Aunque no se puede concluir que

la intervención psicológica sea responsable directa de una posible activación inmunológica, si es responsable de un mayor bienestar psicológico, de la ausencia de dolor, de la ausencia de anorexia, y de unos niveles muy altos de actividad que se han evaluado sistemáticamente a través de cuestionarios y registros; es decir, que si sería responsable de un conjunto de factores muy importantes que incidirían indirectamente en el sistema inmunológico, como variables mediadoras cognitivas y conductuales frente a la fuente de estrés o enfermedad. Comparando con los pronósticos de los manuales de Medicina y los pronósticos de los diferentes especialistas de hospitales y centros de Salud, con la supervivencia del enfermo en cuestión, se puede concluir que la diferencia es significativa e importante; de igual modo, somos conscientes de las limitaciones de un caso único, y todavía quedan muchas cuestiones por aclarar sobre la posible generalización de los resultados, el uso de las técnicas más adecuadas, y su relación con las características personales de los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- Achderberg, J.I. Lawlis, J.F. (1984). *Imagery and disease, Image-Ca, Image ST, Image TD, A diagnostic tool for behavioural medicine*. Prentice Hall.
- Beck, A., Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961). Inventario de depresión, adaptado al castellano por Conde Lopez, Esteban Chamorro y Useros (1976).
- Bayés, R. (1985) *Psicología Oncológica*. Editorial Marín Roca.
- Bonica, J.J. (1979) Importance of the problem, en J.J. Bonica y V. Ventafridda (eds.), *Advances in pain research and therapy* (vol. 2). Nueva York, Raven Press.
- Cautela y Upper (1976), Inventario de Indicadores Psicofisiológicos.
- Crawford, H.J. (1980) Imagery processing during hypnosis: relationship to hypnotizability and cognitive strategies, en *Imagery*, vol, 1. New York, Plenum Press.
- Frankenhauser, M., (1979), *Psychobiological aspects of life stress*, en S. Levine y H. Ursin (eds.), *Coping and health*, New York, Plenum Press.
- García Conde J. y Pascual, A. (1993). *Controversia en Oncología*, Ed. Doyma. Barcelona.
- Harrison's (1991), ed.12, Principles of internal Medicine, McGraw Hill, Health Professions Divisions.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A. Cruzado, J.A. (1986) Tratamientos conductuales del dolor. *Medicina y humanidades*, 18-23 Enero. Vol. XXX. Nº 708.44-60.
- Netter, F.H. (1990) Colección Ciba de ilustraciones médicas, Tomo 3.3. Sistema digestivo: Hígado, vías biliares y páncreas. Editorial Salvat.

- Sanz Ortiz, J. (1987). El paciente en situación terminal concepto y enfoque asistencial, *Neoplasia*, 4/2, 55-57 .
- Schwartz (1987), Principios de Cirugía, Schwartz ,Shirey, Spencer, Storer, I Vedicación, McGraw Hill 8 (Ed.).
- Shorr , J.E. (1980), *Imagery, vol.1 Its many dimensions and applications*, Plenum Press, New York.
- Shorr , J.E. (1980), *Imagery, vol. 3, Theoretical and clinical applications*, New York, Plenum Press.
- Shorr , J.E. (1980) Psycho-imagination therapy's approach to body imagery en J. E. Shorr *Imagery, vol. 1*, New York, Plenum Press.
- Spiegel, D. Bloom, J.R. Kraemer, H.C. y Goettheil, E. (1989). "Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer". *The Lancet*, 14 de Octubre, 888-892.
- Wolpin, M., Krueger, L., Shorr, J. (1980), *Imagery, vol.4, Recent practice and theory*. New York, Plenum Press.

ANEXO

Registro día : _____

Alimentación/ Medicación / Dolor
Sueño/ Actividad/ Estado de ánimo.

<i>Mañana</i>	/	/
<i>Mediodía</i>	/	/
<i>Tarde</i>	/	/
<i>Noche</i>	/	/

Criterios para completar el registro:

Alimentación: Completa, Suprime algo, Nada .

Medicación: Completa, Suprime algo, Nada

Dolor: Dolor importante, Dolor moderado, Ausencia .

Sueño: Insomio total, Insomio parcial, Sueño normal .

Actividad: Duración y tipo de actividad.

Estado de ánimo: Estable, Algo deprimido, Muy deprimido.