

LA PSICOTERAPIA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO GLOBAL DEL MENOR CANCEROSO

Dr. Manuel Isaías López*

Summary

When the cancer patient is diagnosed, a psychological process is initiated, in which specific defensive mechanisms frequently interfere with the general therapeutic program, in spite of the fact that these mechanisms tend to be adaptive. That is to say, they are at the service of the Ego in handling anxiety.

Psychotherapy is indicated as a part of the treatment of malignancy precisely when the patient's defenses interfere with the medical treatment and when the cooperation from the patient is limited. With children and adolescents, the psychological treatment works mainly on the deviations of the psychological development caused by the malignant illness.

When the defensive mechanisms are ineffective and as a result the patient develops a depressive state or presents psychiatric symptoms of neurotic or psychotic proportions, psychopharmacological treatment, combined with psychotherapy, may be indicated.

The general practitioner and the specialist must be prepared to deal with the defensive mechanisms of the patient and of the members of his family, as they tend to separate themselves emotionally from their sick relative, making him feel the abandonment that complicates severely his behavior and his attitudes, resulting in a more difficult or impossible global treatment.

Resumen

Desde el momento en que el paciente oncológico es diagnosticado, se inicia un proceso psicológico caracterizado por determinados mecanismos defensivos que si bien tienden a ser adaptativos, es decir, están al servicio del manejo de la ansiedad, frecuentemente interfieren con el manejo terapéutico global.

La psicoterapia se indica como parte del tratamiento del enfermo con tumor maligno precisamente cuando sus defensas interfieren con el tratamiento médico y la cooperación por parte del paciente se encuentra muy limitada. En el caso del niño y del adolescente, la psicoterapia actúa sobre las interferencias que causa la enfermedad en el desarrollo psicológico.

Cuando los mecanismos defensivos del paciente no le son efectivos y como resultado entra en un estado depresivo importante o desarrolla mecanismos patológicos que resultan en sintomatología psiquiátrica neurótica o psicótica, está indicado el tratamiento psicofarmacológico combinado con psicoterapia, o ésta en forma exclusiva.

El médico general y el especialista tendrán que estar preparados para manejar los mecanismos defensivos tanto del paciente oncológico como de su familia. Esta tiende frecuentemente a "despegarse" emocionalmente del familiar enfermo, produciendo en éste una vivencia de abandono que complica severamente su comportamiento, lo que hace más difícil, si no imposible, su tratamiento global.

**Psiquiatra infantil. Bosque de Duraznos 69-202, Col. Bosques de las Lomas, 11700 México, D.F.*

Profesor Asociado del Curso de Actualización sobre Avances en Oncología, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Cuerpo Médico y de la Asociación Médica del American British Cowdray Hospital.

El manejo psicoterapéutico como parte del tratamiento integral del paciente oncológico ha recibido progresivamente mayor atención debido a las recientes evidencias que han aparecido en los resultados de algunos proyectos de investigación que han pretendido estudiar tanto el aspecto psiquiátrico del cáncer (8, 9) como los resultados de un tratamiento proporcionado al paciente por un grupo terapéutico que incluye al psiquiatra, al psicólogo y al trabajador social (13, 14). La medicina psicosomática, cuya mayor preocupación en el pasado era estudiar los determinantes psicológicos de las enfermedades físicas, vuelca ahora su interés en el efecto que éstas tienen en el aparato psicológico del paciente y, sobre todo, en el desarrollo de este aparato cuando se trata del paciente en crecimiento. La enfermedad somática determina desviaciones en el desarrollo del niño y del adolescente que finalmente repercuten en el ajuste psicológico que alcanza en la vida adulta (9).

Lo anterior no significa que se haya perdido el interés en el estudio de los efectos de los conflictos psicológicos en el *soma*. Greer (4) evoca el interés intermitente que durante este siglo ha tenido el estudio de las características psicológicas del paciente canceroso: represión, negatividad, incapacidad para expresar agresión y tendencia a la autculpa, al sacrificio y a la desesperación. Algunos autores siguen reportando la relación entre depresión y cáncer (4). Fox (citado por Greer, 4) en un estudio exhaustivo de la literatura, encontró que *grosso modo* el cáncer infantil y juvenil es de origen hereditario; el de los viejos se debe a la exposición a agentes carcinógenos y, por lo tanto, los factores psicológicos en la etiología del cáncer serían más comunes en las edades medias. Greer enfatiza que si bien la investigación del cáncer debe intensificarse en el campo de la biología molecular, no debe abandonarse la investigación clínica y epidemiológica en estudios multidisciplinarios del paciente completo, cuerpo y mente, en donde el riguroso estudio psicológico puede contribuir a la investigación del cáncer (4).

En este trabajo nos referimos específicamente al papel que le corresponde a la psiquiatría en el tratamiento del cáncer en el paciente en desarrollo. Aquí la psicología tiene oportunidad no sólo de lograr una mejor cooperación del paciente en su tratamiento global, sino de alcanzar un ajuste psicológico más adecuado a su enfermedad y de aprovechar mejor los recursos terapéuticos, generalmente agresivos, a que es sometido. Aunque aquí nos referimos al paciente

adolescente, lo que afirmamos es válido también para los pacientes adultos.

En un trabajo anterior (7) discutimos la importancia que tiene el significado emocional de la enfermedad somática en el paciente, y la manera en que su simbolismo individual ejerce una fuerza a favor o en contra de su tratamiento global. En el caso del cáncer en el niño o en el adolescente, el tratamiento psicológico como parte del manejo global se ha hecho cada vez más importante ya que debido a los avances de la medicina, ya empiezan a ser numerosos los casos de sobrevida mayor a los 60 meses en niños y adolescentes diagnosticados como casos oncológicos. Li y Stone (6) en un estudio longitudinal a largo plazo de 142 niños sobrevivientes, encontraron que estos casos requieren de un alto potencial de ajuste debido a los tratamientos agresivos a que son sometidos (cirugía mutilante, quimioterapia, etc.). O'Malley y cols. (9), en un estudio de 114 sobrevivientes, encontraron que el 59% desarrolló sintomatología psiquiátrica severa o moderada. En un programa de investigación posterior de estos mismos autores (10) se incluyeron 116 casos, de los cuales 25% desarrolló sintomatología psiquiátrica que no interfirió con su funcionamiento general y 12% de los pacientes desarrolló sintomatología que comprometió tanto el ajuste psicológico como el funcionamiento. Además, reportaron que el grado de desajuste emocional no se relacionaba significativamente con la severidad del impedimento físico o la gravedad del cáncer.

La psiquiatría ha desarrollado una mayor conciencia de la necesidad de crear rutinas para el manejo psicológico de los niños y de los adolescentes cancerosos, que ofrezca una mejor posibilidad de ajuste y una calidad de vida más satisfactoria (8).

La intervención del psiquiatra ha de ser a diferentes niveles. La psicoterapia del canceroso y del paciente que muere es uno de ellos y es motivo de atención especial en este trabajo. Otro campo de intervención es el manejo de los padres del canceroso, y otro más es la intervención en las actitudes del personal hospitalario, del médico internista y del cirujano, quien es en apariencia el centro del equipo terapéutico, ya que actúa como si fuese el único importante.

La intervención a nivel de los padres sería motivo de otro trabajo que diera toda su atención a este tema. Baste tener en mente que el peligro de muerte del paciente ocupa el centro de la atención consciente de sus padres a expensas de conflictos inconscientes en los que los sentimientos de culpa son un ingrediente primordial. Las actitudes resultantes frecuentemente afectan la actitud del paciente, su adaptación al tratamiento y a su vida posterior y entorpecen su manejo terapéutico global (5).

La intervención con el personal hospitalario se encamina a moderar la respuesta de éste frente a la hostilidad y agresión que el paciente desplaza hacia ellos, y que proviene de su propia amargura e incertidumbre así como de sus actitudes hacia el médico o el cirujano que "lo victimiza", pero que lucha a la vez por salvar su vida. El internista y el cirujano frecuentemente encuentran cómodo el mecanismo de formación reactiva del paciente, disfrutan del sometimiento de éste y

no parecen entender por qué el paciente es hostil, antagonista y beligerante con el personal del hospital. También el médico prefiere ponerse al servicio de los mecanismos de negación del paciente y así no enfrentar el doloroso proceso que está teniendo lugar. Si bien el mecanismo de negación es prácticamente universal en estos casos, y en la mayoría es adaptativo y está al servicio del Yo (en el sentido de Yorke, 13), se hace necesario el manejo del conocimiento consciente o a través de la fantasía que el paciente tiene de su enfermedad. Frecuentemente las fantasías del niño o del adolescente son más crueles que la realidad misma y se alimentan de las distorsiones del conocimiento parcial que tienen y que no discuten porque a sus padres y al médico les resulta más cómodo emocionalmente, pretender que el paciente ignora la realidad de su enfermedad. O'Malley y cols. (10) concluyen en su estudio que el conocimiento de la realidad por parte del paciente joven siempre resulta de gran beneficio para el tratamiento global y para la adaptación del paciente. No por ese conocimiento real deja el paciente de recurrir adaptativamente a los mecanismos de negación.

Cuando se les preguntó a los médicos y a los alumnos si el paciente debe o no saber la realidad de su cáncer, los colegas médicos y cirujanos se opusieron vehementemente a tal posibilidad, recurrieron a racionalizaciones extremas como las características socio-culturales de nuestro medio para echar por tierra la evidencia presentada por los investigadores extranjeros y, finalmente, su irritabilidad y apasionada postura hizo imposible la discusión racional de este tema. Los alumnos quedaron perplejos.

La intervención psicoterapéutica del paciente canceroso atiende preferencialmente los efectos que la enfermedad y el tratamiento tienen en el desarrollo del aparato psicológico de acuerdo a la etapa en la que el paciente se encuentra en cada una de las etapas de desarrollo (cognoscitiva, psicosexual, de relaciones objetales, psicomotora, etc.). Ana Freud (3) nos hace ver que no solamente la ansiedad de separación afecta al niño hospitalizado, sino que el cambio en el clima emocional debido a las actitudes de los padres y de la familia en general, la renuncia a la autonomía, la pasividad y el sometimiento necesario del paciente al personal del hospital, las restricciones en la dieta y en el movimiento, además de la agresión quirúrgica, determinan desviaciones importantes en el desarrollo del paciente. Ana Freud enfatiza la relación tan estrecha que hay en la infancia entre el dolor físico y la ansiedad. Schowalter (12) demuestra el efecto que tiene la enfermedad física en el desarrollo del Yo en el adolescente, especialmente a expensas de la afectación del desarrollo de su Yo ideal. También nos recuerda el retardo que se produce en la maduración sexual (reportado por Crohn, 1), las manifestaciones de alteración de la imagen corporal y la perturbación en el desarrollo de las relaciones objetales.

Norton (8) investigó las características que debe tener la técnica de manejo psicoterapéutico en el paciente en peligro de morir, y señala como principal instrumento la disponibilidad constante del terapeuta,

además de la confiabilidad, la empatía y la capacidad para responder a las necesidades emocionales del paciente en un esfuerzo por disminuir el dolor físico y el sufrimiento psicológico.

Kavka (5) estudió los efectos de la enfermedad en el proceso de síntesis del Yo en la edad de la latencia y en la adolescencia temprana y describe la aparición de fantasías y manifestaciones sexuales perversas polimorfos que ponen en evidencia la falta de desarrollo de la función sintética del Yo.

Plank (11) ejemplifica la adaptación del tratamiento psicológico clásico al paciente que en su infancia temprana ha de sufrir una amputación y enfatiza la formación de una relación fuerte y confiable con el terapeuta en el cuarto de juego. La preparación del niño para la amputación a través del juego y la verbalización, además de la información tan detallada como sea posible, dependiendo de la edad del paciente, es parte indispensable del manejo (11) y permite la eliminación del trauma a través del juego posterior en la terapia que generalmente se lleva a cabo con muñecos amputados y con prótesis. Lo anterior permite una mejor adaptación posoperatoria a los miembros artificiales. Earle (2) muestra las diferencias posoperatorias entre los pacientes niños preparados y los no preparados para la amputación, en torno a la aparición del fenómeno del miembro fantasma.

La intervención psicoterapéutica del paciente canceroso puede ser de tres tipos o modalidades terapéuticas, dependiendo de las necesidades del paciente. Un primer tipo es la psicoterapia como parte de un plan terapéutico psiquiátrico dirigido a un paciente canceroso que presenta un padecimiento psiquiátrico relacionado o no con el cáncer. El segundo tipo es la psicoterapia médica que, en el caso del canceroso, tiene como meta precisa ayudarle en el manejo de su enfermedad cancerosa, orientándolo, informándole y logrando su cooperación en su tratamiento global. El tercer tipo es la psicoterapia que tiene como metas, logros a más largo plazo y que aborda los procesos mentales del paciente en forma global y que es una terapia psicodinámica y de *insight*.

La primera modalidad, la psicoterapia como parte de un plan terapéutico psiquiátrico, se ejemplifica en el proyecto dirigido por Liberman, del Departamento de Psiquiatría del Jefferson Medical College de Filadelfia, bajo los auspicios del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (14), que estudió a más de 1 000 pacientes cancerosos provenientes de siete centros hospitalarios de diferentes lugares del país. Reportó sus hallazgos en mayo de 1983, después de tres años de investigación, durante el Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana, y confirma lo que ya había reportado en la revista *J A M A*, el 11 de febrero de 1983. Sugiere la existencia de un trastorno emocional asociado con cáncer, que es una reacción separada de la enfermedad misma, en un alto porcentaje de los pacientes cancerosos (47%). Este trastorno emocional fue diagnosticado utilizando una categoría diagnóstica oficial del actual Manual de Diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM-III). Se trata de un trastorno psiquiátrico de ajuste que se caracteriza por

una reacción desadaptativa a la tensión emocional o a un acontecimiento social; en este caso, al cáncer, y aparece menos de tres meses después de que éste se ha diagnosticado. Estos pacientes deben ser diferenciados de los que presentan la reacción depresiva latente o manifiesta del enfermo canceroso, ya que requieren de un tratamiento psiquiátrico específico a través de psicoterapia y psicofarmacoterapia. La experiencia indica que esta condición psiquiátrica, precipitada por el diagnóstico de cáncer, se encontró determinada por factores ya existentes en el aparato psicológico del paciente y que encuentran su origen en la historia del mismo. Dos terceras partes de los pacientes así diagnosticados respondieron bien al tratamiento propuesto.

Nuestra experiencia es que los adolescentes que presentan estas reacciones desadaptativas frente a la enfermedad somática, son aquéllos cuyo desarrollo anterior en la infancia, sufrió desviaciones importantes.

Por otra parte, la reacción emocional de mayor prevalencia en los enfermos cancerosos se caracteriza por depresión, sentimientos de desesperanza, pesimismo, preocupación excesiva y obsesiva sobre el cuerpo, aislamiento social, fatiga, alteraciones del sueño y ansiedad. La psicoterapia de apoyo y orientación, que es a la que nos referimos como segunda modalidad de psicoterapia, obtiene resultados muy satisfactorios con estos pacientes. Bruce M. Forester, del Columbia Presbyterian Medical Center de Nueva York, reportó en un estudio en mayo de 1983 (15), que los pacientes cancerosos que habían recibido sesiones semanales de una psicoterapia que proveía apoyo y educación, mostraban una reducción sustancial de la reacción emocional. En psicoterapia se abordó la necesidad casi universal de estos pacientes de tener a alguien a quien acudir en las épocas difíciles. El paciente siente miedo y también siente que se encuentra solo. El psicoterapeuta, con su presencia, actúa como antídoto en sus sentimientos de abandono, escucha sus temores y sus dudas, maneja sus fantasías crueles y provee una información que proviene de la realidad. A través del proceso psicoterapéutico se revisan con el paciente los significados simbólicos que para éste tiene el diagnóstico de cáncer, se aborda el pronóstico en forma realista en cuanto a las posibilidades y se evita la actitud pesimista y depresiva del paciente que, sintiéndose ya sin esperanza, no coopera con su tratamiento oncológico. Forester reporta que los pacientes que dijeron estar al tanto de su diagnóstico desde un principio, mostraron mayor perturbación emocional inicialmente, en contraste con los que desconocían su diagnóstico. Con el trascurso del tiempo, esta situación se fue revirtiendo: hacia el final del estudio proyectado, los que se decían ignorantes del diagnóstico presentaban mayor perturbación. Aparentemente, el curso de la enfermedad y las técnicas terapéuticas oncológicas de la actualidad, debilitan progresivamente los mecanismos defensivos de negación sin dar oportunidad a que otros mecanismos más adaptativos se pongan en juego. Durante este proceso de deterioro de los mecanismos de negación, la psicoterapia actúa disminuyendo finalmente la intensidad de la perturbación emocional resultante.

El tercer tipo de psicoterapia requiere de una prepa-

ración profesional más especializada y se ejemplifica en el caso que más adelante presentamos.

En general, los principios básicos de la psicoterapia han de aplicarse al manejo psicológico del paciente con cáncer. El psicoterapeuta debe partir de una evaluación del aparato mental del paciente que le proporcione un conocimiento previo de la estructura de su personalidad, de los mecanismos defensivos que utiliza y de los recursos psicológicos que tiene a su alcance. Sólo después de esta evaluación es posible establecer la indicación de la psicoterapia y el tipo de ella.

Si el paciente canceroso utiliza la negación en forma masiva, el plan terapéutico deberá estar dirigido no a romper este mecanismo, sino a promover el desarrollo de mecanismos más adaptativos que protejan la estabilidad del individuo cuando la confrontación con la realidad se imponga y los mecanismos de negación ya no sean posibles. El psicoterapeuta es una persona neutral, aliado del paciente y al servicio de la realidad. No utiliza la seducción ni ofrece falsos optimismos. Si bien no ataca frontalmente la negación, tampoco se pone al servicio de ella. Escucha pacientemente las preocupaciones del paciente y no estorba el libre flujo de su contenido mental. No trae el tema del cáncer del paciente en forma propositiva sino que aguarda a que aparezca en forma manifiesta o latente en el material que trae el paciente, quien, ante todo, va aprendiendo a utilizar la disponibilidad de su terapeuta, quien lo va acompañando en sus preocupaciones, en su dolor, en su resentimiento y agresión, con una actitud comprensiva y aceptante. Poco a poco desfilan las diferentes esferas de preocupación que se encuentran más o menos ligadas al problema del cáncer: su autoestima, su imagen ideal, su temor al efecto que la enfermedad ejerza en su sexualidad. Paulatinamente la ansiedad disminuye y las mismas preocupaciones se reeditan una y otra vez, cada vez con nuevos *insights* que permiten actitudes y expectativas más realistas que a su vez van permitiendo una adaptación paulatina a la enfermedad cancerosa y a lo que ella implica, no sólo en cuanto a pronóstico, sino en cuanto a tratamientos dolorosos. El proceso psicoterapéutico tiende a posibilitar la cooperación del paciente y a mejorar el pronóstico gracias a esta cooperación y al desarrollo de un optimismo realista y legítimo que promueve el deseo del paciente de sobrevivir y la energía psicológica para luchar contra la enfermedad.

Estos principios generales se aplican tanto a la terapia del adulto como a la del niño y del adolescente, pero en el caso del menor se habrá de tomar en cuenta el nivel de desarrollo en que se encuentre el paciente, esto es, el nivel de desarrollo cognoscitivo que permita mayor o menor captación de la realidad. Sobra decir que los significados, por ejemplo, de "cáncer", "muerte", "enfermedad", etc., son totalmente diferentes en cada etapa del desarrollo. La situación familiar y el lugar que el menor ocupa en ella, tiene mayor importancia que en el caso del adulto.

La técnica de la psicoterapia en el niño y en el adolescente también ha de ser modificada y adaptada según las etapas del desarrollo. Los grandes platican, los niños juegan. La comunicación emocional con los me-

nores difícilmente se establece a nivel de plática formal. El psicoterapeuta en este caso tiene que "ablandarse" más, tiene que simplificarse, que aflojarse la corbata y arrodillarse en el suelo. Con una actitud amable y a la vez firme, tiene que tolerar y manejar las impertinencias del menor con las que exterioriza su crueldad y su agresión.

El cuarto de juego es un lugar mágico y secreto para el paciente. Ahí se pueden decir cosas y hacer cosas que el paciente no se puede permitir en otro lugar. Sus secretos son respetados y guardados y cuando finalmente en el juego se van desenmascarando sus vergüenzas, sus temores y sus "niñerías", estos secretos son acogidos y comprendidos con benevolencia y amabilidad; nunca con complicidad. El terapeuta se mantiene aliado al Yo del paciente y representa siempre la realidad y el mundo de los "grandes" pero no es punitivo ni ridiculizante; frente a él se pueden ir desglosando poco a poco las debilidades.

El caso que a continuación se describe, pretende ilustrar a grandes rasgos el proceso psicoterapéutico en un adolescente que logró un buen nivel adaptativo a su enfermedad cancerosa y un desarrollo psicológico aceptable a pesar de las interferencias que la enfermedad cancerosa le produjo.

Miguel era un adolescente de 15 años de edad cuando vino a consulta por primera vez. A la edad de 7 años había estado en tratamiento psicoanalítico por tener dificultades para relacionarse con sus dos hermanas y con sus compañeros de escuela. Esta experiencia psicoterapéutica anterior explica la razón por la que este chico pidió a sus padres que lo llevaran a psicoterapia. Ambos padres habían estado en tratamiento psicoanalítico durante varios años y en el hogar se vivía con naturalidad el hecho de recurrir a un especialista en problemas emocionales. El paciente tenía dos hermanas, una era seis años mayor que él y la otra, tres años menor. Su padres, ambos europeos, impresionaban como personas cultas y liberales y por su orientación psicológica. El padre ocupaba la dirección de una institución cultural extranjera y la madre trabajaba como traductora en una editorial de prestigio. Dos años antes de recurrir a mí se le había diagnosticado al paciente una lesión maligna en el cuerpo carotídeo con metástasis pulmonares. Los síntomas que precedieron al diagnóstico habían sido astenia y adinamia moderadas, y tos. Durante esos dos años este chico había sido sometido a tratamientos extremadamente agresivos en Boston, en París y en México. El problema se había tratado quirúrgicamente mediante resección de la carótida afectada y de las metástasis pulmonares. Había recibido ya tratamiento quimioterápico y radiológico. La madre reportaba que debido al tratamiento, presentaba fatiga, náuseas, pérdida del cabello, pérdida de peso y que no estaba creciendo normalmente. Se quejaba de dolor en las heridas quirúrgicas, se portaba agresivamente con la madre y con la hermana menor. En cambio, su relación con el padre se había tornado más cercana.

La madre indicó que aparentemente el chico no sabía nada de su enfermedad o se hacía el "loco" y no quería saber nada. Miguel llegó a su primera entre-

vista con una actitud expectante, esforzándose por ser amistoso y cordial. Su apariencia era impresionante por su extrema delgadez y palidez. Parecía muy débil y con exceso de ropa. La caída del cabello era evidente. Dijo haber querido venir a psicoterapia por tener muchos problemas con su hermana y con su mamá. Le preocupaba, además, haber perdido ya mucho tiempo en la escuela y temía perder el año escolar. Se quejó de que mi consultorio le quedaba muy lejos de su casa. Se inició un tratamiento que consistía en dos sesiones semanales de 45 minutos. Durante el primer año éste fue errático porque frecuentemente el paciente tenía que consultar a los especialistas que trataban su enfermedad.

Desde el principio Miguel habló de lo enfermo que había estado sin referirse específicamente a la gravedad de su condición. Era un hecho que ya estaba mejor, que lo peor ya había pasado. Su actitud era de gran adaptación a su problema y parecía tomarlo con una resignación optimista, intelectualizando todo el proceso doloroso por el cual había pasado. En esta forma respondió a todos los esfuerzos exploratorios que hiciera el terapeuta y frecuentemente desviaba el curso de la conversación para hablar de su hermana mayor a quien admiraba. Esta hermana era maestra en la escuela a donde él asistía y había adoptado un papel protector hacia éste. Lo defendía de la madre y discutía frecuentemente con ella. El paciente manejaba en su terapia los conflictos de lealtad. Esta hermana agravaba los conflictos familiares ya de por sí notorios debido a la enfermedad de Miguel. Cuando la hermana finalmente optó por irse de la casa y vivir con su novio en unión libre, Miguel utilizó muchas sesiones tratando el aspecto moral de la situación de su hermana. En momentos la condenaba y en otros se identificaba con ella, y hasta pretendía irse a vivir con ella. Poco a poco empezó a tocar el tema de su enfermedad en relación con la intolerancia que produjo en su hermana la enfermedad. Posteriormente apareció en el tratamiento la rivalidad edípica del paciente, desplazada hacia el novio de su hermana; la rivalidad se tornó en envidia por la salud de éste; aparecieron la agresión y el resentimiento debido a que él, y no el novio de la hermana, estaba enfermo.

Se refería a su cáncer como algo del pasado; aparentaba ignorar lo peligrosa que podía ser su enfermedad y si lo reconocía consideraba que ya había sido conjurada. En verdad, el estado físico del paciente había mejorado paulatinamente; había recuperado algo del cabello y dentro de su delgadez y palidez extremas, mostraba alguna mejoría. No fue sino hasta entonces cuando el paciente pudo expresar sus preocupaciones corporales, primeramente en torno a la apariencia física que presentaba y a la actitud de sus compañeros de escuela. Después de 12 meses de psicoterapia, asistía a sus sesiones y a la escuela con regularidad. Los especialistas que lo atendían del cáncer no se ponían de acuerdo en cuanto al pronóstico ni en si era necesario o no aplicar más quimioterapia. El paciente continuaba mejorando y por primera vez, a los 16 años y medio, empezó a mostrar interés por el sexo femenino. Empezó a preocuparle la duda de si podría tener relaciones se-

xuales. Temía ser impotente debido a su debilidad. Sus preocupaciones sexuales fueron complicándose en forma proporcional a sus inquietudes en este terreno. Su curiosidad y su excitación sexuales se convirtieron en un deseo vehemente e intolerable de tener relaciones. Para entonces, sus preocupaciones corporales se centraban en el posible daño que el tratamiento radiológico hubiera causado a sus genitales. La psicoterapia se concretó a manejar las fantasías de daño corporal que frecuentemente se le representaban en sueños, en los que se desintegraba. En un sueño que le causaba particular ansiedad, el paciente se veía con su pene erecto y sentía excitación, pero al empezar a masturbarse se le caía el pene y el resto del sueño consistía en buscar a su doctor para que se lo reparara, pero entonces lo perdía, aunque lo encontraba después con gran ansiedad.

No fue sino hasta cerca de los 16 años y medio cuando el paciente pudo masturbarse y eyacular en forma normal, aunque desde antes había tenido poluciones nocturnas. Dado que este paciente tenía un alto nivel intelectual y una gran disposición y motivación en su desarrollo, la psicoterapia continuó manejando sus fantasías y ayudándolo a centrarse en su realidad. La psicoterapia no le proporcionó información real acerca de su enfermedad ni acerca de las consecuencias del tratamiento oncológico. El psicoterapeuta, en contacto con el oncólogo y con los padres del paciente, se aseguró que esta información estuviera disponible para el paciente cuando éste estuviese "listo" para buscarla. Por ejemplo, un buen día después de mucho dudar, finalmente decidió ir a ver al especialista que le había administrado la radioterapia y discutir con él las posibles secuelas de este tratamiento. Dicho sea de paso, los efectos de la radioterapia se habían hecho tangibles por quemaduras moderadas. El paciente me dijo en su sesión lo que le explicó el especialista.

Esta explicación no modificó sus dudas reales ni tampoco su preocupación, pero el paciente quedó más tranquilo y aparentemente satisfecho. Llegó a la conclusión de que pospondría para más adelante su preocupación acerca del daño que le hubiera causado la radioterapia. De momento sentía que sí podía funcionar sexualmente y que quería tener relaciones sexuales.

Lo que el paciente había logrado a través de este penoso proceso era la relativa restauración de su Yo corporal gravemente dañado por la enfermedad y por el tratamiento.

La psicoterapia también siguió manejando sus dudas y temores en cuanto a su búsqueda de experiencias sexuales, ayudándolo a ordenar sus vivencias y absteniéndose de ofrecer consejo u orientación. Esta psicoterapia tenía metas a largo plazo y era necesario que el psicoterapeuta se mantuviera exclusivamente aliado al Yo del paciente y que en ningún momento pudiera ser identificado como figura superyoica o al servicio de sus principios morales que condenaban sus deseos sexuales. También era imprescindible que el paciente no sintiera en ningún momento que el terapeuta estaba del lado de la gratificación de sus impulsos, ya que en ese momento la psicoterapia se hubiera convertido en fuen-

te de ansiedad, al considerar al terapeuta como seductor de sus impulsos o como un mal consejero a la vista de su superyo.

El paciente tuvo que tomar la decisión de buscar una relación sexual; él mismo tuvo que procurarse los medios que generalmente están al alcance de un chico de esa edad que no tiene acceso al sexo por amor. El padre del paciente estaba dispuesto a "conseguirle" una mujer, pero esto, después de discutirlo y meditarlo, se consideró como una sobreprotección que coartaría el desarrollo psicológico del paciente, quien más tarde podría hacer responsables de las consecuencias al padre y al terapeuta.

El paciente, que continuaba excesivamente pálido y delgado, ya tenía una cabellera normal; su aspecto ya no era repugnante; todo lo contrario, aunque de apariencia enfermiza, era muy bien parecido: de ojos azules, cabello castaño muy claro, de expresión vivaz y gran simpatía, resultaba atractivo a un buen número de sus compañeras.

Como es común en el medio, Miguel tuvo su primera experiencia sexual con una prostituta y casi simultáneamente inició relaciones de relativa intimidad con una compañera de escuela algo mayor que él, en quien indudablemente despertó ternura.

En la psicoterapia se volvió a reeditar su preocupación corporal; habló de sus cicatrices, ahora en el contexto de su relación con la prostituta y con su "novia". Anticipaba que iba a ser impotente con la prostituta, etc. Después habló de su temor a la sífilis y de su terror a la P.G.P. El paciente repitió un año y durante los dos años y medio de terapia tuvo que luchar por llenar lagunas que constantemente se producían por sus frecuentes faltas de asistencia a la escuela. Al terminar su tratamiento psicológico se encontraba en preparatoria; su aprovechamiento escolar era medio y expresaba el deseo de seguir una carrera diplomática.

Durante su psicoterapia se manejaron los problemas de rivalidad con la hermana menor, quien se sentía rabiosamente resentida por el abandono en que se sintió cuando toda la atención familiar se volcó sobre el paciente y su enfermedad. Se hizo necesario que la chica entrase en tratamiento, ya que su resentimiento era amargo y cruel y encontraba respuesta en la crueldad de Miguel como hermano mayor, quien pudo llegar a expresar su resentimiento de que fuese él y no su "detestable y bruja" hermana, quien hubiese sufrido

todos sus padecimientos. La tensión familiar también encontró escape en la conducta de la hermana mayor, quien por un tiempo prolongado sirvió de mediadora y finalmente de recipiente de la agresión familiar cuando se fue de la casa a vivir con su novio en unión libre. El paciente, quien al principio la condenaba, logró recuperar su apoyo, quitándose de encima la obligación familiar de condenarla y finalmente, desechando el problema moral por no incumbirle.

Un buen día expresó que sentía que ya era hora de interrumpir su psicoterapia. Arguyó la lejanía de mi consultorio, el costo del tratamiento y el tiempo que éste le restaba a otras actividades que ahora le resultaban más importantes. El tratamiento empezó a resultarle tedioso; tenía la sensación de que no pasaba nada importante que traer a sus sesiones; por otro lado, según él, todo iba viento en popa: la escuela, sus relaciones familiares y escolares, etc. Esta actitud persistió por varias semanas.

El proceso psicoterapéutico de este chico se había anotado varios logros que pertenecían al paciente; manejó con razonable éxito el ataque a su integridad producido por la enfermedad cancerosa, y el desarrollo psicológico pudo continuar en medio de vicisitudes escalofriantes. El tratamiento vigiló y protegió este desarrollo. Ahora el paciente quería interrumpirlo cuando todavía le quedaba mucho camino por andar. Todos negábamos la posibilidad de una recurrencia del cáncer, pero era todavía un adolescente frágil e inseguro, lleno de dudas; su sexualidad era aún muy inestable y su relación con la mujer era precaria y dependiente. Con cada amiga repetía el patrón que tenía con la hermana mayor, lo que le impedía integrar la parte sexual propiamente dicha y que aún mantenía disociada. Pero al fin y al cabo era un adolescente y por su historia tenía derecho a encontrarse retrasado en su desarrollo, que por otro lado progresaba continuamente. Seguramente más adelante tendría otras oportunidades. Pesaba sobre nosotros el cuestionamiento del pronóstico. Claro, podría recurrir nuevamente a la psicoterapia si volviera a necesitarla, así es que decidimos interrumpirla seis semanas después, cuando él partiría a un viaje de vacaciones con su familia.

Nunca más se puso en contacto conmigo. Año y medio después me lo encontré en la calle, iba con su padre; me saludó y dijo estar muy bien, sé que le agradó verme. A mí me dio mucho gusto verlo. Esa fue la última noticia.

REFERENCIAS

1. CROHN B B, YARNIS H: *Regional Ileitis*. Brune and Stratton. Nueva York, 1958.
2. EARLE E M: The psychological effects of mutilating surgery in children. *Psychoanal Study Child*, 34: 527-546, 1979.
3. FREUD A: The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanal Study Child*, 7: 69-75, 1952.
4. GREER S: Cancer and the mind. *Brit J Psychiat*, 143: 535-543, 1983. Resumido en *Salud Mental*, 7: 55-56, 1984.
5. KAVKA J: Ego synthesis of a life threatening illness in childhood. *Psychoanal Study Child*, 17: 344-350, 1962.
6. LI F, STONE R: Survivors of cancer in childhood. *Ann Intern Med*, 84: 551-553.
7. LOPEZ M I: La quiebra funcional psicofisiológica. La reacción emocional ante la enfermedad. *Anales*

- Médicos*, 26: 121-128, 1981.
8. NORTON J: Treatment of a dying patient. *Psychoanal Study Child*, 18: 541-550, 1963.
 9. O'MALLEY J E, KOOCHER G, FOSTER D, SLAVIN L: Psychiatric sequelae of surviving childhood cancer. *Am J Orthopsychiatry*, 49: 608-612, 1979.
 10. O'MALLEY J E, FOSTER D, KOOCHER G, SLAVIN L: Visible physical impairment and psychological adjustment among pediatric cancer survivors. *Am J Psychiatry*, 137: 94-96, 1980.
 11. PLANK E N, HORWOOD C: Leg amputation in a four years old: reactions of the child, her family and the staff. *Psychoanal Study Child*, 16: 405-417, 1961.
 12. SCHOWALTER J: Psychological reactions to physical illness and hospitalization in adolescence. *J Am Academy Child Psychiatry*, 16: 500-516, 1977.
 13. YORKE C: Some comments on the psychoanalytic treatment of patients with physical disabilities. *Int J Psycho-Anal*, 61: 187-193, 1980.
 14. Psychiatric help found useful in treatment of cancer patients. *Psychiatric News*, 18: 16, 15 julio, 1983.
 15. Psychotherapy in cancer patients shown effective in reducing emotional distress. *Psychiatric News*, 18: 23, 1 julio, 1983.