

## **PSICONCOLOGÍA PARA EL SIGLO XXI**

Conferencia dictada por el **Dr. José Schavelzon** *1er. Jornada Argentina de Psiconcología*, en Buenos Aires, el 3 de septiembre de 2004

El título de esta exposición es ambicioso, responde a ese mítico y antropológico deseo de conocer el futuro.

En la historia, esta búsqueda del futuro estaba referida a la "lectura" de los órganos en animales y aún humanos en los antiguos Babilonios y pueblos Sumerios (Siglos V. y VI A.C.) y en Augures y Arúspices romanos (Siglo II A.C.).

25 siglos después lo buscamos en la anatomía patológica y desde la década del 50 se ha incorporado el individuo como totalidad, pero el deseo-necesidad sigue vigente, por que sigue vigente la ansiedad y angustia.

El progreso de la física y las nuevas concepciones sobre "el tiempo", como un devenir han sido profundamente modificadas desde Einstein, Plank y Maxwell aunque demorará en incorporarse a la medicina. Basta saber que ese futuro que buscamos conocer, en lo mas actual de nuestros conocimientos lo determinamos en el momento de la investigación (Einstein).

Es posible considerar dos distinciones: el futuro necesario y el contingente o libre. El primero, futuro necesario, es el que posee una realidad determinada antes de que ocurra. El futuro contingente o libre no está predeterminado. No tiene realidad antes de que ocurra.

Obviamente, la búsqueda de elementos de pronóstico en los síntomas, signos o historia que presenta el paciente es una investigación del futuro necesario, lo cual no es mas que una posición determinista.

Este comentario está limitado, por consiguiente a algunos aspectos que, con criterio personal, tan discutible, se incorporan a lo que desde 1950 he llamado Psiconcología.

La psiconcología está evolucionando, de ser solo una actividad al cuidado de alteraciones emocionales y afectivas a ser un tratamiento de la circunstancia de enfermedad, cada día más ineludible, mas amplio, más efectivo y el único de objetivo etiológico.

La relación, conexión o interdependencia del cáncer humano con procesos psíquicos está en la historia de la medicina, investigación documentada desde Hipócrates hasta hoy, y las dudas, probablemente seguirán.... en mi sentir la resistencia a aceptarlo o a negarlo es mas una creencia que una constancia.

Con respecto a la relación entre la psicología y el cáncer conozco una revisión bibliográfica referente a estudios sobre la relación psicología o inmunología y cáncer, es la de Fox, que en el período 1960/2000 refiere 52.000 fichas bibliográficas, tratando de demostrar que sí, que no y que ¿quién sabe?. Por lo tanto, si Uds. tienen tiempo y paciencia, pueden demostrar por la bibliografía lo que deseen...

Con respecto a esta relación psicología-cáncer lo mas convincente que conozco, lo refiero en esta breve poesía:

*Para el que cree,*

*puede ver a Dios en cada hoja*

*del árbol que se mece,*

*para quien no cree, dirá que es la brisa....*

¿El futuro de la Psiconcología? Mejor, ¿Qué tenemos hoy interpretable como progresos?.

¿Qué comprometido y personal será una exposición donde yo mismo participo? Toda evaluación será parcial y esta exposición, en realidad es una expresión de una ideología.

Puedo definir la tendencia actual de la psiconcología como la búsqueda de independencia, separación y evaluación de técnicas y criterios terapéuticos de la cancerología tradicional y la búsqueda de "nuevos caminos y posibilidades".

Esto implica a una comprensión, o mejor a una aceptación del paciente como persona, la fantasía de liberarnos de prejuicios y en especial la independencia del diagnóstico médico común.

Me limitaré a referir varios temas frecuentes en nuestra labor, sabiendo que dejo muchos mas en el tintero.

En primer lugar deseo considerar la interconsulta con salud mental o psiquiatría, que hoy es un anacronismo: El lugar del psicoterapeuta como consultor ocasional del grupo oncológico y sometido a sus objetivos, diagnósticos, mitos, prejuicios e intereses, afortunadamente está en vías de desaparecer.

Los pacientes eran enviados, o solicitado la interconsulta en función de las vivencias del médico, de enfermería o de la familia, proyectadas al paciente y pocas veces identificadas.

Este proceder es injusto y poco fértil, a su vez atendido por quién, forzado a esta visita sólo puede cumplir con el pedido de "verlo". En efecto, "lo mira" y sólo puede observar angustia, ansiedad, depresión o algún cuadro psiquiátrico. Lo medica y 'volverá!.

En el sentir del paciente se ha concretado una verdadera represión. Esta vivencia me ha llevado a describir e1 cuadro "¡Del paciente deprimido que tiene razón!".

Hoy, el psiconcólogo es un miembro más del equipo oncológico. Con una epistemología propia y diferente. Con otro concepto y evaluación de la afección. Con un enfoque propio y un interrogante etiopatogénico que no existe en la oncología convencional.

Por principio tiene una actitud de respeto hacia las creencias y opiniones del enfermo, que requiere conocer. No investiga traumas, estrés ni situaciones críticas en la vida de esa persona, no sirve para nada!. Sólo considera sus respuestas y la misma enfermedad es una de ellas. Por eso decimos que si bien el cáncer es la enfermedad para el oncólogo, para el psicoterapeuta es un síntoma.

Para el cancerólogo, la enfermedad comenzó con el primer síntoma o signo o cuando fue detectada. Para el biólogo, tiene años de evolución. Para el psicólogo es un capítulo más de una biografía psico-social.

El tema siguiente es el lugar del psicoanálisis en la asistencia del paciente con cáncer. Dado que el enfermo no es un neurótico y mucho menos un psicótico por tener cáncer, considero que no sólo no está en tratamiento psicoanalítico sino que éste está contraindicado y en especial en pacientes en grave estado.

En cambio, es una condición muy útil que el psicoterapeuta haya realizado su propio análisis y poder así utilizar los elementos que su formación le provee.

El psicólogo es y debe considerarse como otro ser humano y por ello tratar de controlar en sí mismo circunstancias psíquicas que puedan inducirlo a error en forma inconsciente y a no poder comprender a su paciente y su circunstancia.

No es que no cometa errores o incomprensión de hechos y conductas humanas, sino que intentará controlarse. Por eso la exigencia de un propio psicoanálisis.

En psicología y en oncología en general, la salud mental, los prejuicios y el grave y frecuente problema de la proyección inconsciente del profesional son aspectos de permanente preocupación. Un delicado tema a considerar es el referido a las "ideologías psicológicas" o mejor, las "teorías psicológicas" que hoy rigen el pensamiento, la terapéutica y la investigación.

En forma muy esquemática dos líneas dominan este período en el campo experimental y de praxis, es decir del saber y del hacer: La psicología conductista y la psicología psico-dinámica

La primera, conductismo, surge en EE.UU. como adaptación de los principios reflexológicos de Pavlov y hacia 1920 transformada en "ismo" por John B. Watson, 1878-1958 ("La psicología del punto de vista del conductismo", N.Y.1919)

Llamada también behaviorismo, o psicología objetiva, estudia conductas. Rehuye la introspección y la conciencia. Es una ciencia descriptiva. Suministra en especial datos.

Coincido con Fernando Lolas Stepke ("Notas al margen, Edit.Cuatro Vientos, 1985,Chile) en que "Todo lo que comunica "datos" está condenado a la caducidad, aunque forma la mayor parte de la ciencia actual".

El conductismo puede estar claramente orientado hacia la atención del paciente-tipo y se tiende a englobarlo en alguna encuesta, lista o test.

La otra línea básica de pensamiento es la concepción psicodinámica. Intenta comprender emociones y conductas en cada persona y en cada circunstancia. Así como el conductismo es descriptivo y nos da valores, el psicodinamismo es interpretativo y parte de los síntomas.

El conductismo nos brinda estadísticas, el psicodinamismo nos refiere una historia clínica.

El primero, conductismo es de predominio en EE.UU. y el psicodinamismo en Europa, con muy valiosas excepciones.

Esta tendencia a los datos hizo enojar tanto a Freud cuando en 1910 viajó a EE.UU. Pero, lo que los últimos años nos muestran es que el paciente con cáncer, es un caso particular y diferenciado dentro del grupo de pacientes con afección orgánica y donde ambas concepciones psicológicas deben ser reconsideradas pero identificadas.

En la asistencia del paciente la orientación que preconizamos es entonces hacia una psicoterapia de fundamentos psicoanalítico y psicodinámica. Algunas de sus características son: puede no haber encuadre y la referencia al paciente de las interpretaciones debe hacerse con cuidado porque pueden hacer daño. Tiene objetivos inmediatos. Es protectora y en especial no hay neutralidad. No fomenta la regresión y su labor fundamental es esclarecedora.

El esclarecimiento es un área de significación en la labor del terapeuta, dado la habitual desorientación y confusión del paciente ante los significados de su enfermedad, las conductas y las reacciones de su entorno, incluido sus médicos. Con frecuencia su entorno muestra mucho miedo a sus preguntas.

En el paciente esto se ve en sus inquietudes: "¿porqué yo?" que suele ser "¿porqué a mí?". Un verdadero "¿dónde estoy yo en este nuevo, agresivo e insólito mundo?". Se intenta hacer coherente para él, un mundo donde él mismo no se reconoce.

El esclarecimiento no implica lo referente a la afección, sus síntomas, el tratamiento propuesto con sus efectos inmediatos y alejados tan temidos ni el pronóstico. Estos son responsabilidad ineludible del médico. El informante del paciente es el médico.

Para el psicólogo, el esclarecimiento se refiere "al lugar de esa persona en su mundo y la tentativa de comprender lo que su universo emocional está haciendo con él" y la información recibida desde las múltiples fuentes habituales que lleva a la incoherencia y donde el psicólogo no debería sumarse con mas información sino aclarar las que tenga el enfermo.

Por eso "El terapeuta en oncología considera todo lo atingente al paciente como persona y su circunstancia o no atiende ni entiende nada". En este malhadado caso, su participación es inoperante.

El terapeuta tiene existencia real y participa. La psicoterapia se hace dónde y cómo se pueda.

Es reforzadora de todos los aspectos del YO y en especial apoya áreas de afectos y conductas que signifique cambios. Interpreto esté "cambio" como la tentativa, desde el paciente de modificar las razones o las circunstancias afectivas por la cual el paciente cree que se enfermó.

William James (1891) el psicólogo de gran influencia en EEUU en la segunda mitad del siglo XIX y que estudió los aspectos del YO y su patología, sugiere una medida simple de Evaluar ese YO perturbado, dice: "considerar todo lo que se incluye en el "mis"; mis cosas y mis lugares, mis afectos, mis opiniones, etc., etc."

## LA MEDICINA NO CONVENCIONAL – Las Creencias:

En la actualidad tiene gran influencia la participación de la llamada "medicina no convencional", "tratamientos alternativos" o peyorativamente "charlatanismo", con un número creciente de médicos que se dedican a estas prácticas.

Para los países donde se han hecho investigaciones, como Francia, Noruega e Inglaterra, estos procedimientos son utilizados por el 70 al 80% de los pacientes, de preferencia clases altas, universitarios y del mejor nivel económico. Algo similar ocurre entre nosotros.

Existen dos aspectos del tema, por un lado la persona que se ocupa de estas prácticas y de quienes no me ocupo. Por otro lado el paciente que requiere de estos "tratamientos no convencionales" y que nos lleva a considerar "Las creencias".

Considero que las creencias del paciente nos debe merecer respeto si bien no defiendo el charlatanismo ni la "medicina no convencional". Tengo mucho respeto por las creencias del paciente y aquí también debería cumplirse ese precepto, aunque esa creencia nos agrada.

Entre las múltiples razones de esta conducta, donde la mayoría de los enfermos oculta a su médico su decisión, está que en la medicina tradicional o clásica, el médico elige el mejor medicamento para la afección del paciente en un proceso presuntamente racional. En las prácticas no convencionales, alternativas o curanderiles, la elección la hace el paciente (¡elige a fulano que hace tal cosa!). El proceso aquí no es racional sino que se acerca a algo como instintivo o primitivo en él. Prueben Uds. a preguntar porqué? Y verán que está buscando "algo más".

Las creencias permiten hacer coherente, para él todo proceso. Debemos reconocer que un paciente con cáncer no sólo tiene cáncer. El es mucho más y lo enfermo suele ser mucho más que él. Entonces este paciente sale a buscar un tratamiento para ese "mucho más", cuando la medicina convencional, al tratarlo sólo como "canceroso", no le reconoce ni le brinda.

Como prueba de los sentimientos y creencias que llevan al paciente a buscar tratamientos no convencionales, (y a su entorno a sugerírselo), está el hecho de que los juicios a médicos por "mal practice", en nuestro país suman unos 800 anuales. No hay juicios en "medicina alternativa".

Es obvio que en toda consideración sobre "creencias" se parte de las creencias del observador y de que todo ser humano "cree", como algo necesario a su espíritu y de significado antropológico. Es un error creer que el que no cree en determinado tema no cree, sino qué "cree que no...". Es frecuente que se diga: "yo no creo". Es una imposibilidad epistemológica. ¡Sólo que "cree que no...!"

El paso siguiente es clarificar lo que puede beneficiar a un paciente, de lo que puede ser efectivo contra el cáncer. Ambos temas pueden ser independientes o complementarios y con frecuencia son opuestos.

Si bien es muy difícil la delimitación de las creencias, son importantes para el creyente y forman parte de nuestra herencia ancestral. Es frecuente que su aparición resulte insólita en las situaciones críticas del individuo.

Las creencias sirven para organizar una realidad que lo abrume y permite lograr cierta coherencia de los acontecimientos. En la práctica es frecuente encontrar un cierto pudor, cuando anteriormente ese individuo renegaba de toda creencia. Nuestra intervención al destacar lo beneficioso de tal sentimiento, puede ser muy importante.

LA [PARTICIPACION. LA](#) INFORMACION. El engaño:

Una tendencia actual es la necesidad de participación del paciente en las decisiones, orientación, objetivos y probables secuelas inmediatas y alejadas del tratamiento.

Es curioso el conjunto de pretextos y de racionalización que se suele hacer para evitarlo, por ejemplo: "que se va a deprimir, que puede suicidarse, que no está preparado o en condiciones de decidir" y tantas otras. Hacerlo participar implica reconocer al enfermo como persona y por ello con derecho a decidir. Es un aspecto actual de la bioética.

Se complementa con informar al paciente que existen siempre otras opciones de tratamientos, pero recomendamos ésta, y por qué. Tiene sólo ventajas y la primera de ellas es que el mismo profesional a cargo tome conciencia de ese objetivo real, ya que es la única condición para poder transmitirlo.

Al compartir responsabilidades, cuando se participa realmente, ni el médico ni la institución son responsables de la evolución. La edad no es inconveniente a partir de los 4/5 años. Solo que es más difícil. Nunca hay opción para la mentira y la mala fe. Es complejo reconocer el engaño o la mentira cuando uno se engaña o miente a sí mismo. Veremos las formas actuales y sutiles del engaño.

Con frecuencia se encuentra que toda la circunstancia de su enfermedad es de incompreensión total para el paciente, el cual desea esclarecimiento. La pregunta es ¿qué soy ahora?.

La participación adecuada tiene un indudable beneficio sobre la evolución. Para el profesional tanto la información en general como la necesidad de hacer participar al paciente en todo el curso de su asistencia requiere de conocimientos que rara vez se logra en la Universidad, quiero decir: ¿Cómo se habla con un paciente y en especial como se dan malas noticias sin hacer ni hacerse daño?

La información correcta de los objetivos reales del tratamiento, no utilizando metáforas sino un léxico directo, desde el primer momento, evitará reproches y juicios.

Engañar al paciente con respecto a su enfermedad parecía lo sensato y hasta "humano". En realidad, quizás se debía a la opinión general con respeto al significado pronóstico de esta enfermedad.

Las razones personales de esta conducta pueden ser complejas. Al pretender engañar al otro, racionalmente "por su bien", estamos emitiendo una opinión siniestra en nosotros, aunque la llamemos "mentira piadosa".

Estamos aprendiendo que la fijación, conciente o no de un pronóstico determina conductas que contribuyen a concretarlo. Son muy sutiles y racionalizadas pero no por eso menos afectivos. La protesta de amor no las inhibe.

Como agregado al tema de información al paciente quiero hacer un relato: "Miré Dr., me cuenta una paciente, estoy totalmente calva, sin cejas ni vello pubiano, la cara con una erupción horrible. Tengo gastroenteritis, cistitis y estado nauseoso permanente. Me extirparon un pecho sin pedirme autorización y cuando esto termine, dentro de tres meses me espera un tratamiento por rayos. Pero lo que más me duele es que la gente que yo quiero y respeto me mienta".

- "Sabe Dr., la mentira hace mucho daño, cuando el que te miente es el que más quieres. La mentira de ajenos no me molesta".

Creo que todos sabemos que en la interrelación humana es imposible "no comunicar" y que lo "preverbal" o "no verbal" es parcialmente inconsciente y constituye la mayor parte del proceso. Así se transmiten sentimientos y opiniones del emisor, a pesar de él.

Ante estos mensajes no verbales no es posible oponer defensas ni negación, siempre "llegan".

Me refiere un paciente internado : "...Hacía dos días que mi médico pasaba de largo por mi cama. Lo llamé y me dijo: "Quédese tranquilo que todo está bien, hasta me palmeó la espalda, pero "algo" me dejó muy triste y desesperado". "Ahora ya sé que me voy a morir"

### **LA MALA FE:**

Sartre describe lo que denomina "La mala fe": una forma sutil, compleja y frecuente de engaño. (Sartre J.P.; "El ser y la nada", Losada, Bs. As. 1966, Págs. 81/106(18). No se la asimila a la mentira, ya que aquí el que miente está al corriente de la verdad. No se miente sobre lo que se ignora. En la mentira se supone la existencia de, uno y otro.

En la "mala fe" (el mit-sein de Heidegger) se miente a sí mismo y al otro. Se enmascara una verdad desagradable o se presenta un error como verdad, pero ambos creen en él. Ante la circunstancia de una verdad que agrede a su omnipotencia, muy desagradable o que no se atreve o no sabe cómo encarar con el paciente, el profesional se "unifica" con el enfermo para rehuirla o desconocerla.

Para el psicoanalista es una forma de racionalización proyectada al otro. La dualidad del engañador y engañado no existe aquí.

Ya no es una mentira que implica un mentiroso y un engañado. En la "mala fe" ambos son uno solo, aunque en algún rincón de su conciencia se procure una defensa o neutralizar una culpa. Se procede "de mala fe" cuando no se le presentan otras opciones de tratamiento, aún cuando ofrezcan menos posibilidades de contralor de la afección, pero ventajas para el deseo del paciente.

-A un paciente de 50 años, recién casado por segunda vez y con diagnóstico de cáncer de vejiga, su urólogo le propuso una cirugía radical, con ureterostomía bilateral como el mejor tratamiento. El paciente salió a buscar mas información. Por Internet supo de la impotencia sexual y de las complicaciones de las sondas que debería usar de por vida. También por Internet supo de las posibilidades, cierto que menores, de la irradiación. Con pleno derecho tomó su decisión.

También se procede "mala fe" cuando al no expresar oportunamente con claridad nuestro conocimiento o presunción de pronóstico o el efecto o resultado del tratamiento propuesto.

También cuando mal no hablar con claridad se lo induce a concebir esperanzas que se sabe infundadas.

Se procede de "mala fe" cuando se indican procedimientos presuntamente terapéuticos en pacientes cuyo estado clínico no permitirá obtener beneficio alguno y sí sólo daño. En el cuidado de un paciente con cáncer avanzado, puede surgir la frase: "... ya no hay mas nada que hacer, pero "algo" hay que hacer..." y uno se siente como desarmado o impotente.

En ese caso y ante las características de la "mala fe", en que inconscientemente nos hemos personalizado con el paciente, para cuidar nuestra propia integridad se sugiere pedir ayuda para uno mismo!, por que ante la " mala fe" el profesional se niega a si mismo. Desea ocultarse inconscientemente junto con paciente ante los acontecimientos que prevé. Reconocerse en "la mala fe" es un nuevo capítulo de la auto-protección.

#### EL ENTORNO AFECTIVO O SIGNIFICATIVO:

El paciente, una persona, proviene de un entorno donde se reestructuró y se condicionó física y psíquicamente por interrelación. Tiene una historia de 800 millones de años y una biografía humana de 80.000 años que, con los controles y represiones de la cultura, sigue vigente. Tiene sus pensamientos, afectos, informaciones y prejuicios. Esa interrelación y dependencia es la ley universal de toda "existencia". Para "ser", desde los astros hasta los elementos sub-atómicos requieren de esa interrelación.

Estamos aprendiendo la importancia de lo llamado "entorno afectivo" y su influencia trascendente en todo proceso de enfermedad: tanto en su etiopatogenia como en su evolución. En este sentido, creo que está en crisis el concepto de que la familia inmediata, padres, hermanos e hijos son siempre afectos positivos.

Quienes son el entorno afectivo puede poner a prueba los prejuicios del terapeuta en especial si hay distancia generacional con el paciente. Por eso prefiero llamarlo: "entorno significativo". Hasta no hace mucho sabíamos de la influencia de la presencia de la enfermedad en ese "entorno afectivo o significativo". Un efecto que podemos llamar "centrífugo". Del centro hacia la periferia.

Estamos reconociendo el "efecto centrípeto" de la patogenia, que significa la influencia de ese entorno hacia el individuo, receptor de una circunstancia. Verdadero "chivo-emisario".

#### LA CONDUCTA CON LOS HIJOS DEL PACIENTE:

Hasta hace pocos años, el universo de nuestros hijos estaba determinado por su familia, la escuela y poco más. Hoy, el mundo, con sus dramas, crímenes, dudas éticas y morales entra en nuestro hogar por la TV., por Internet y las reuniones nocturnas de los jóvenes y adolescentes.

Como concepto general nuestros hijos, en cualquier edad saben, comprenden y especialmente captan mucho más de lo que se suele atribuirles. Los menores, deben ser informados, sin demasiados circunloquios y llamando las cosas por su nombre. A breve plazo se encontrarán con la realidad. Debemos evitar que además reconozcan que le mintieron.



La sobreprotección de familiares y amigos, es aparentemente útil en un comienzo pero desadapta al niño de la realidad que sobrevendrá. Las informaciones serán fraccionadas y se debe ejercer un cierto contralor sobre la información brindada por familiares y amigos comedidos que llevan a la incoherencia.

No se aconseja intentar suplantar a la persona enferma en los afectos de niños y mucho menos adolescentes. Todos requieren hacer su duelo. Es importante lograr la ayuda de la maestra o la jardinera. Los adolescentes suelen ser difíciles de contener y demandan mucha atención. Esa demanda puede tomar las más diferentes formas de expresarse. Es característica la inoportunidad de sus pedidos.

Cuando una paciente con cáncer de mama tiene hijas adolescentes, el cuidado de estas niñas es muy importante, es bueno lograr su colaboración en la atención del paciente. La incidencia estadística de cáncer en estas niñas cuando llegan a la edad de la madre supera al 300% del promedio para su medio.

### **EL CUIDADO DE LOS CUIDADORES:**

En diferentes actividades y especialidades médicas se ha identificado este problema y se está tomando conciencia de su real importancia.

Para el psicoterapeuta, lo que llamamos una "distancia crítica" permite prestar una adecuada asistencia defendiendo al mismo tiempo su propio bienestar y equilibrio psíquico. Esto está relacionado con el llamado "Burn out", profusamente referido en la literatura y tan difícil de auto-diagnosticarse.

Los valores de su frecuencia en los oncólogos, para los países donde se lo ha estudiado son escalofriantes en especial por sus efectos en el tratamiento de los pacientes.

Por ejemplo, en un estudio sobre 1000 oncólogos de EE.UU., el Burn-out llegó al 40% y las situaciones psíquicas consideradas como psiquiátricas al 10% de los oncólogos. Algo similar se publicó en Inglaterra y en Noruega.

Contribuye a esta perturbación psíquica una educación profesional inexistente o aún mal orientada en lo referente a la relación con el paciente. Se exagera al estudiante o médico joven sobre "los inmensos valores de la profesión!". "Que la comunidad lo tendrá en un pedestal!" y tantos otros que contribuyen a lograr una patológica omnipotencia que la realidad, en nuestro medio no tardará en desmentir.

La realidad no puede corregir la omnipotencia pero frustra al individuo. A ello se suma una propaganda comercial obviamente interesada y parcial. He visto en alguna revista científica de oncología avisos preconizando determinado tratamiento antitumoral donde una paciente aparece como feliz y contenta de tener cáncer (¿?) y ser tratada con esa droga.

Esto está relacionado con que el cáncer y su tratamiento, a nivel mundial presenta características curiosas. Sabemos que es posible vivir con cáncer, pero es muy difícil vivir con el diagnóstico de cáncer. Todo paciente deja de ser humano y persona para transformarse en "canceroso". Como antes se fue leproso, pestoso, sífilítico, tuberculoso y hoy sidoso.

Para la metonimia o significado de la palabra cáncer, ésta implica dolor, invasión y agresión desde múltiples frentes, médicos y psicosociales: invalidez, deterioro, lesión

estética, esterilidad e impotencia, agresión a su libido y lo peor, dejar de ser deseado. Todo ello incita a una angustia de muerte y ansiedades paranoides.

El órgano, normalmente silencioso, surge como estructura mandante y personalizada. ¡La medicina, una ciencia de amor, aquí no está! ¡Estamos en guerra!

Por un lado tenemos el conocimiento llamado científico, investigaciones y experiencias que representan el esfuerzo, gasto de dinero y número de investigadores más importante de la ciencia médica actual. Hay más laboratorios e investigadores en cáncer que en ningún otro tema médico de la actualidad con excepción del Sida.

Tenemos bibliotecas enteras con estos conocimientos e investigaciones que en toda Reunión Científica y Congreso se denomina "Investigación Básica". Cada pocas semanas se publica en revistas y periódicos algún descubrimiento científico a este respecto.

Se publican aproximadamente 3000 artículos científicos al año referente a estas "investigaciones básicas", unos 100 por día, pero... todo ese gigantesco conjunto de investigaciones, estudios y publicaciones curiosamente no se aplica al tratamiento de la enfermedad, más que por excepción.

Por otro lado, cuando nos referimos al tratamiento actual del cáncer, con gran sorpresa nos encontramos con otro conjunto gigantesco de investigaciones y aplicación directa al paciente de procedimientos para "atacar", "controlar", "destruir" o "extirpar" el cáncer, intervenir en su metabolismo o interferir en su vascularización. Algo totalmente diferente y constituido sólo por agresión.

Este otro conjunto de experiencias, intereses de laboratorios, fabricantes de aparatos y drogas y "experiencias clínicas" de miles y miles de profesionales en todo el mundo, no utilizan los maravillosos conocimientos referidos a las causas de la enfermedad. Está representado en Congresos y Reuniones por lo llamado "Oncología Clínica", donde se refieren sólo a métodos y maneras de agredir y destruir al cáncer.

La vida del paciente, su universo emocional, sus afectos, emociones y frustraciones no tendrían nada que ver. Preguntarse ¿por qué se enfermó? Parece algo prohibido. El cáncer es "algo" ajeno al individuo y que por "maligno" hay que destruir...

Por eso repito, la medicina "ciencia de amor" como decía el Dr. Carlos Reussi, no está presente. A una crítica corresponde alguna respuesta o propuesta. Intentemos interpretar y llegar a comprender el porqué de estos tratamientos por agresión y sus significados simbólicos en el mismo paciente, en el médico y en la sociedad.

Para mí está profundamente relacionado y explicado por el sentimiento antropológico de la atribución de maligno, de lo diabólico, algo que invade al individuo, lo posee y lo destruye.

Cuando el patólogo informa de "tejido o células malignas" pone en marcha sin saberlo concientemente, todo un conjunto de pensamientos, conductas, reacciones y medidas aparentemente de intención terapéutica pero relacionadas con lo primitivo, reactivo, instintivo de la extirpe humana.

Todo aquello por que Freud se consideraba culpable de haber puesto en evidencia: lo instintivo, pero ahora racionalizado. Por la existencia de estos sentimientos universales, parcial o totalmente inconscientes, sólo así se puede intentar comprender

tratamientos de tinte exorcista que intentan "controlar", alejar o extirpar "el mal" aún cuando ese exorcismo ponga en peligro la vida o signifique una lesión de sus estructuras físicas, afectivas y sociales.

Entonces la pregunta es: ¿El cáncer en los seres humanos en nuestra cultura no es sentido como enfermedad humana?. Yo creo que no. En efecto, es una enfermedad "maligna" es "el mal", es demoníaca. Se refiere al diablo, algo malo externo que invade el organismo, lo posee, lo destruye y que debemos extirpar a cualquier costo.

Por eso hablamos de tumores malignos, que pareciera significar, "te mueres poseído por el mal, por lo maligno!". ¡En forma evidente para mí, hemos demonizado la enfermedad!.

Por lo expuesto hasta aquí, sabemos que esta enfermedad no es un elemento externo que nos posee, que nos invade, nos castiga y nos destruye. Repito un concepto fundamental de nuestra ideología: se refiere a que si bien para la cancerología el cáncer es una enfermedad, para nosotros es sólo un síntoma.

Más que un proceso local que puede diseminarse, para nosotros, mucho antes es un proceso propio, general del organismo y que se localiza.

Del punto de vista interpretativo y psicoanalítico, es una opción menor, preferible o más tolerable, o su respuesta a una circunstancia psíquica, física o emocional que a ese individuo le resulta inconscientemente intolerable.

Esta respuesta deberá ser identificada o reconocida por el terapeuta y ayudar a su elaboración. Tiene características que lo individualizan entre los miles de estímulos afectivos que ha recibido. ¡Esto es psicoterapia moderna en oncología!.

El psicoterapeuta en oncología no busca dramas ni circunstancias siniestras ni tragedias. Considera sólo la respuesta personal a alguna circunstancia que no fue adecuadamente elaborada, la que llegó a trastornar su estructura yoica. Refiere Freud: "cuándo no se produjo una catarsis, desde las lágrimas hasta la venganza" y que por eso persiste en su mente".

La psiconcología no pretende destruir nada!. No utilizamos léxico cuartelario, como defensas, invasión o ataque. Incitamos a hablar de afectos y emociones y mostramos nuestro respeto por ellos, sin juzgar.

Valoramos y apoyamos todo cambio en su escala de valores afectivos, ya que significa al deseo de cambiar o modificar las causas por las que él cree que se enfermó. No se pretende curar un proceso que ya ocurrió. Buscamos razones y por que somos psicólogos ello nos permite buscarlas en lo que caracteriza al ser humano: ¡Buscamos razones en su alma!. ¡Nos permitimos decir que trabajamos para la vida!.

Dr. José Schavelzon