

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y CÁNCER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PSYCHOSOMATIC DISEASES AND CANCER. A CASE.

Sergio Asensio Martínez de San Vicente

Psicólogo en el Hospital Psiquiátrico de Pamplona.

Postgrado Universitario en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Resumen: La psicosomática, a pesar de todas sus confusas y discrepantes teorías, constituye una disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Es por ello que puede ser considerada como una ciencia de tipo integrador, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influidos por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad. En este dossier, presentado para el trabajo final del postgrado en medicina psicosomática de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, trato de desarrollar la comprensión del concepto a partir del estudio de un caso clínico. Concretamente, se trata de una paciente con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición de una neoplasia. Para ello seguiré el modelo de Entrevista que he desarrollado a lo largo de mi experiencia clínica.

Palabras clave: salud, enfoque integral, bienestar, emociones, personalidad, cáncer

Abstract: Psychosomatics, despite all their confusing and conflicting theories, is a discipline specifically devoted to studying the relationships between biological, social and psychological phenomena. That is why it can be considered as an integrator-type science, designed to observe and interpret relations between trends, states, processes and psychological and biological events, as they are influenced by the physical and human environment, both in health and in disease. In this dossier, presented for the final work in psychosomatic medicine graduate of the SEMPPM (Spanish Society of Psychosomatic Medicine and Medical Psychology), I tend to develop the understanding of the concept from the study of a clinical case. Specifically, it is a patient with a history of psychosomatic illness prior to the appearance of a neoplasm. For this, I will follow the model of Interview that I have developed during my clinical experience.

Keywords: health, holistic focus, wellness, emotions, personality, cancer.

Cuando se tiene dolor de cabeza, hay razones para ello. Si se conoce la causa de ese dolor de cabeza, uno se siente mejor. Pero cuando no se sabe, uno tal vez se diga “¡Oh, qué dolor de cabeza tengo!”[...] Cuando se cree en algo existente antes del dolor de cabeza, y se conoce la causa que lo motiva, entonces uno se siente mejor, naturalmente. Tener dolor de cabeza está bien porque significa que se tiene bastante salud como para experimentarlo. Si se tiene dolor de estómago, es porque el estómago tiene bastante salud como para sentir el dolor. Pero si el estómago se acostumbra a estar mal, no se sentirá dolor. ¡Eso es terrible, llegar al final de la vida por un dolor de estómago!

Shunryu Suzuki. “Mente Zen, Mente de Principiante”

Muchos de los pacientes que acuden a sus centros de salud reciben una atención fallida. ¿Fallida por qué? Lo psíquico juega un papel inevitable y obviarlo es descuidar aspectos fundamentales del paciente y de la génesis de la enfermedad. ¿Algo tan cotidiano como ruborizarse no es acaso un hecho psíquico que produce un cambio somático visible, aunque transitorio? Desde una concepción integradora de la medicina, entendemos que la enfermedad tiende a producir una desestructuración que siempre será global, es decir, que en mayor o menor medida afectará a todas las dimensiones de la persona, así como también a la interacción de ésta con su entorno.

En lo psicosomático coexisten dos entidades (psique y soma) de alguna manera relacionadas entre sí. Cuál es la naturaleza de estas dos entidades y de qué manera precisa se relacionan ha sido objeto de una intensa controversia filosófica desde la más remota antigüedad. En la actualidad, “psicosomático” no implica una causalidad unidireccional en la aparición de la enfermedad (a partir de algún factor psicológico se produce alguna enfermedad física). En cambio, se parte de una consideración etiológica de la enfermedad que se apoya en el principio de multicausalidad, donde diversos factores (constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales...) interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico.

La psicosomática, a pesar de todas sus confusas y discrepantes teorías, constituye una disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Es por ello que puede ser considerada como una *ciencia de tipo integrador, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influidos por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad*(1). En este dossier, presentado para el trabajo final del postgrado en medicina psicosomática de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, trato de desarrollar la comprensión del concepto a partir del estudio de un caso clínico.

Concretamente, se trata de una paciente con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición de una neoplasia. Para ello seguiré el modelo de Entrevista que he desarrollado a lo largo de mi experiencia clínica.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Antes de presentar el caso clínico de una paciente con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición de un cáncer, considero de vital importancia realizar una serie de consideraciones cruciales.

¿Existen recetas para conseguir estados de cosas como la felicidad, la autoestima, la espontaneidad, caer simpático, enamorar u olvidarse de un acontecimiento doloroso? ¿Es erróneo el plantearlas como metas alcanzables mediante procedimientos racionales? El Dr. José Luis Marín López, presidente de la *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica*, en el prólogo del libro “Este no es un libro de autoayuda” (Guerra Cid, LR. 2006), expone una opinión muy sensata sobre este tema: “Tomemos el caso de la felicidad: es absurdo, grandilocuente y curiosamente vacío intentar de manera premeditada y consciente ser feliz; así, a las bravas, en abstracto, de buena mañana, leyendo un librito. Por lo general, lo que se quiere son cosas más concretas que la felicidad: se quiere acabar una novela, una sinfonía o un cuadro, ser correspondido amorosamente, conseguir el Premio Nobel de Medicina, ser reelegido para un cargo político o que el Atlético de Madrid gane la Liga (se han dado casos); y es mientras se está en ello, o inmediatamente después, cuando la felicidad sobreviene, nos visita en silencio sin haberla convocado de manera expresa(2).”

LA PERSONALIDAD PSICOSOMÁTICA

Una característica importante en muchos pacientes con trastornos psicosomáticos es la ineficacia relativa de sus mecanismos psicológicos de defensa, junto con cierta incapacidad para la representación simbólica con sus conflictos pulsionales(1). Se han observado ciertos rasgos de inmadurez comunes a numerosos pacientes psicosomáticos, así como una curiosa disociación entre sus afectos y su expresión mímica verbal.

Prácticamente no existe ser humano que, en ciertos momentos críticos o no, de su vida, no haya experimentado síntomas psicosomáticos que van más allá de los que, por su mecanismo de formación, definiríamos como conversivos. Personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas, duelos, etc., y otros que enferman frecuentemente, o tienen enfermedades difíciles de curar(3).

Muchos teóricos y clínicos se preguntan si hay una personalidad psicosomática, dado que investigaciones y estudios clínicos que indudablemente merecen ser tenidos en cuenta,

sostienen que no habría una personalidad psicossomática como estructura, sino que ésta varía ampliamente entre los pacientes estudiados.

Otros autores señalan que los pacientes psicossomáticos se caracterizan por ser personas eficaces, trabajadoras, alexitímicas, sobreexigidas, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencia en las demostraciones y sentimientos afectivos(4). Pueden tener buenos logros en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, que se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad.

Teniendo en cuenta los diferentes estudios que sobre el tema se han realizado, podemos resumir que las características fundamentales de la personalidad psicossomática son (1):

1. *Relaciones objetales marcadamente carentes de afecto*. En la entrevista, el paciente se muestra desinteresado tanto por la situación como por el entrevistador.

2. *Pensamiento operativo*, caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin afectos.

3. *Alexitimia*. Dificultad extrema en describir los estados emocionales. Este rasgo ha sido documentado por Sifneos (citado en Glez. de Rivera) y está relacionado con el punto anterior.

4. *Normalidad psíquica aparente*, con buena adaptación social y ausencia de síntomas neuróticos o caracteriológicos.

5. *Tendencia a gesticulación corporal* o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas, o quejas de dolor físico, en momentos de estrés psíquico en que habitualmente se producen síntomas psíquicos.

6. *Inercia de las asociaciones*, con respuestas cortas y terminales, escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.

7. *La incapacidad del sueño y de la actividad onírica* para neutralizar experiencias traumáticas. Los sueños en enfermos psicossomáticos son típicos (o bien son el exponente de una actividad fisiológica automática y sin significado psicológico, o bien están llenos de ansiedad e incompletos) en el sentido de que no cumplen su función de formar una fantasía o solución positiva del conflicto psicológico.

Por supuesto, no todos los pacientes con alteraciones de tipo psicossomático presentan estas características de personalidad. Sin embargo, es cierto que un importante subgrupo de enfermos con procesos somáticos presenta estos rasgos. Es posible que la aparición de pensamiento operatorio e inhibición afectiva en sujetos que han sufrido pérdidas recientes de objetos queridos (personas, posesiones, etc.), sea un signo de alerta, predecesor de inminente riesgo de enfermedad.

Las circunstancias estresantes capaces de precipitar cuadros psicósomáticos son muy parecidas a las que desencadenan episodios delirantes en los psicóticos.

Desde un punto de vista psicodinámico, tanto los pacientes con personalidad psicósomática como los psicóticos tienen dificultades en la utilización de la fantasía y actividad onírica para el mantenimiento de su equilibrio psíquico. La dificultad es, sin embargo, de signo opuesto con los psicósomáticos exageradamente aferrados a la realidad, mientras los psicóticos la rechazan totalmente, sustituyéndola por su fantasía.

PSICOSOMÁTICA Y CÁNCER

Para comenzar este apartado podemos preguntarnos: ¿por qué una persona desarrolla un cáncer? Partiendo de que habitualmente se producen células atípicas o anómalas en los seres humanos y el sistema inmunológico las detecta y se encarga de eliminarlas sin consecuencia alguna para la persona, ¿qué es lo que falla en estos casos? ¿El sistema inmunológico no las detecta? O si lo hace, ¿por qué no se deshace de ellas y en cambio permite que se reproduzcan?.

En un tratado sobre estrés⁽⁵⁾ los investigadores postulan que “el estrés produce sus efectos sobre diferentes respuestas psíquicas y somáticas, a su vez hemos observado los efectos de situaciones estresantes sobre el sistema nervioso central y las respuestas somáticas, en particular la respuesta inmune, encargada de la defensa. Se piensa que una de las razones de la variación en la duración de la respuesta depende de la capacidad del individuo para enfrentar un evento, más que a la duración o severidad del estresor”.

Por otro lado, autores como Eysenck (1995) y Grossarth-Maticek (1990, 1991)⁽⁶⁾⁽⁷⁾, intentan demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés pueden asociarse consistentemente a determinados trastornos físicos. Realizan un estudio y revisión de la evidencia prospectiva sobre ciertas variables de personalidad que ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad.

La revisión considera el efecto de variables como hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y SIDA. Presentan un modelo que integra todas estas variables en un esquema conceptual global. Además, identifican distintas variables que ejercen cierto efecto moderado sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de personalidad y la salud.

Los autores proponen que deben realizarse investigaciones futuras utilizando un mayor aporte teórico, un mayor número de estudios prospectivos y técnicas de medida más válidas y fiables. Una tercera línea de investigación se centra en la búsqueda de modelos referidos a trastornos específicos. Por ejemplo, un modelo explicativo sobre los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer.

Pero aun en este campo restringido, se suelen tomar en consideración aspectos parciales de las relaciones entre los diferentes factores implicados:

1. En muchos casos esto es debido al variado número de disciplinas que abordan un mismo trastorno. Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. En concreto, Levenson y Bemis (1995)(8) analizan los resultados de distintos estudios que investigan dos hipótesis. La primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer. La otra, estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como acontecimientos estresantes.

2. Por otra parte, incluso dentro de la misma disciplina, como es la psicología, es evidente que los investigadores ponen el acento en un tipo de variables psicológicas u otras, dependiendo del área de conocimiento del que procedan. Este es el caso, nuevamente, del estudio de la influencia psicológica sobre el cáncer, en el que los diferentes autores han propuesto diversos constructos (dimensiones de personalidad, estilos de afrontamiento o variables situacionales) como factores psicológicos predisponentes a la neoplasia, conforme a sus tendencias por conceptualizar el mundo psíquico de la persona desde un ángulo o desde otro.

Por tanto, es necesario encontrar un modelo explicativo de los diferentes estudios para obtener una panorámica lo más completa posible en el momento actual. En este sentido Contrada y col. (1990)(9) ofrecen un modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer bastante completo e interesante de ser estudiado. Las variables psicosociales sobre las que se centran las hipótesis de su influencia en el cáncer, son principalmente:

- 1.- El estrés psicosocial.
- 2.- Las emociones de ansiedad, ira, depresión.
- 3.- Dimensiones de personalidad como alexitimia, agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés, etc.
- 4.- El apoyo social y afectivo.
- 5.- Estilo de afrontamiento represivo y evitativo.

Es necesario recalcar que este grupo de variables psicosociales se evalúa siempre desde una perspectiva multicausal, en la consideración de la enfermedad oncológica. Se tienen en cuenta estos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera, se está orientando

este tipo de investigaciones en el sentido de proponer que cierto tipo de personalidad podría ser la responsable (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente.

La enfermedad oncológica siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas. El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En el campo de la Psicooncología se han establecido dos líneas amplias de trabajo en lo que se refiere a la enfermedad neoplásica. Por una parte, se ha estudiado el papel que las variables psicológicas pueden jugar como agentes de influencia directa o indirecta en el cáncer y, por otro, se ha intentado establecer las consecuencias psicológicas que el cáncer y sus tratamientos tienen para la persona.

Con respecto al primer aspecto, que se refiere al análisis de la influencia de ciertas variables psicológicas en la enfermedad oncológica, se han desarrollado a su vez, dos líneas de estudio:

La primera se centra en la investigación del papel que los aspectos psicológicos desempeñan en la etiología y desarrollo del cáncer, en concreto se hace especial hincapié en determinados factores emocionales y de personalidad. Este campo de investigación tiene muchos problemas metodológicos debido a que los estudios prospectivos no pueden controlar todas las variables que pueden haber influido en la oncogénesis.

La segunda, se centra en poner de manifiesto las relaciones entre variables psicológicas y el ritmo de progresión del cáncer ya diagnosticado. Más en concreto, se plantea la posibilidad de que determinadas dimensiones psicológicas puedan tener un papel pronóstico en la enfermedad ya declarada.

Con respecto a esta segunda línea, la investigación se ha centrado en el estudio de las consecuencias psicológicas que el cáncer tiene para el individuo, y que pueden ser distintas en las diferentes fases de la enfermedad (prediagnóstica, diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva o terminal). Estas respuestas psicológicas (ansiedad, depresión, problemas de comunicación, problemas con la imagen corporal, miedos, etc.) pueden ser atendidas en buena medida por la intervención del psicólogo. Con ello se está favoreciendo la adaptación del paciente a la enfermedad y avanzar hacia una mejor calidad de vida ya que no sólo es importante aumentar la supervivencia, sino que desde hace tiempo se ha considerado como un hecho relevante aumentar también la calidad de la misma(10).

PERSONALIDAD Y CÁNCER

Son muchos los investigadores que a lo largo de los siglos han observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de personalidad, sin embargo problemas metodológicos y teóricos impiden establecer conclusiones claras al respecto. Aún así, existe un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y progresión del cáncer, éste es el de “patrón de conducta o personalidad Tipo C(11)”.

La personalidad tipo C se plantea como una constelación de variables que pueden considerarse como características de las personas que tienden a padecer cáncer. Las variables que han conseguido un mayor apoyo empírico son las siguientes:

- Depresión
- Desamparo-desesperanza
- Pérdida o escaso apoyo emocional
- Bajo afecto negativo
- Inexpresividad emocional

La depresión es el estado psicológico descrito con mayor frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer. Aunque la mayor parte de estudios presentan evidencias a favor, problemas metodológicos presentes en los mismos no permiten afirmar tajantemente que esta variable juegue un papel importante en la aparición de los tumores, si bien puede ser un factor adicional en el desarrollo y progresión clínica de los mismos.

Más consistente parece ser la relación postulada entre desamparo-desesperanza y cáncer. Esta variable fue uno de los factores asociados con el desarrollo de melanomas, y también se ha encontrado que es un buen predictor tanto en el surgimiento del cáncer de mama como de las recaídas de la misma enfermedad(12). También en los estudios prospectivos realizados por el grupo de Grossarth-Maticek se ha encontrado que las reacciones de desamparo ante acontecimientos vitales estresantes son predictores del surgimiento del cáncer.

Otro conjunto de factores que parecen contribuir a la carcinogénesis es el referido a la ruptura del apoyo social, entre ellos, la pérdida de personas significativas. Sin embargo, dado que las pérdidas, tanto en la infancia como en la vida adulta, se asocian con la depresión, es difícil establecer una relación directa entre ruptura del apoyo social por pérdidas afectivas, y aparición del cáncer. Con todo, una serie de estudios se han centrado en el análisis de esta variable, encontrando que la pérdida o ausencia de buenas relaciones con los padres puede ser un buen predictor del cáncer(13), o bien que los enfermos que tienen una recidiva o recurrencia de la enfermedad, presentan(14) un mayor número de pérdidas recientes que los que no la

presentan. Además, en trabajos en los que se aplica tratamiento psicológico para potenciar los vínculos de apoyo social, se incrementa notablemente la supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastático.

Un cuarto factor que conformaría la Personalidad Tipo C según Contrada et al (1990) es la relación que se establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo; es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas (ira, cólera, agresividad, etc.) en contraste con su alta expresividad de emociones positivas (amor, cariño, solidaridad, etc.). Diversos autores han relacionado la represión de las emociones negativas y la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer o con un peor pronóstico de la enfermedad.

Respecto al quinto factor relacionado con el patrón de conducta Tipo C, la deficiente expresividad emocional, se han encontrado resultados contradictorios. Existen algunos estudios que indican una menor frecuencia de expresión de la ira, antes del diagnóstico, en enfermas cuya biopsia dio lugar a un diagnóstico de cáncer de mama. Pero también se ha encontrado cierta evidencia de que la expresión de emociones puede incidir negativamente en el desarrollo del cáncer. Para explicar estos resultados se ha planteado que el hecho de que los enfermos de cáncer subestimen, por lo general, sus estados emocionales, puede llevar a estados de desorganización personal y, en consecuencia, a mostrar una mayor labilidad emocional.

A la vista de lo señalado hasta ahora cabe plantearse si existe una o muchas personalidades proclives al cáncer(15), si hay más de una, o si existen variables psicológicas específicas para cada tipo de cáncer. Estas autoras proponen, como vía para una mejor comprensión de esta problemática y de los mecanismos por los que los factores psicológicos influyen en el cáncer, el análisis de los procesos fisiológicos que podrían mediar entre los factores psicológicos y la enfermedad.

La propuesta pues de un modelo que explique las relaciones entre psicología y cáncer parece que, inevitablemente, ha de provenir desde la psicoimmunología.

En definitiva, podemos considerar que las conclusiones planteadas por Da-Shih y Silberfard (1988)(16) siguen siendo válidas hoy en día:

1) Los factores psicológicos probablemente actúan (si es que lo hacen) como potenciadores del cáncer, más que como iniciadores del mismo.

2) El estrés, como acelerador de la enfermedad, puede jugar un papel importante en la manifestación clínica del cáncer.

3) La gran variabilidad de la enfermedad implica que es posible que los factores psicológicos afecten únicamente a una subpoblación de enfermos, y

4) Cualquier factor que se considere relevante en la aparición del cáncer, tendría que analizarse un número importante de años, dependiendo del tipo de cáncer y del tiempo que se necesita para que la multiplicación celular de lugar a manifestaciones clínicas.

ENFOQUE INTEGRAL

La enfermedad tiende a producir una desestructuración que siempre será global, es decir, que en mayor o menor medida afectará a todas las dimensiones de la persona, así como también a la interacción de ésta con su entorno.

Esta desestructuración global es especialmente evidente y en ocasiones intensa cuando la persona está afectada de un trastorno mental (sobre todo severo), en el que asistimos a una desestructuración corporal-biológica, religiosa-trascendental, emotiva-emocional e intelectual. Además a esto hay que añadir que en el trastorno mental es una constante (a diferencia de otras enfermedades), la afectación de la interacción de la persona con su entorno familiar y/o social, afectación que en ocasiones se manifiesta de forma activa (conflicto relacional) o de forma pasiva (aislamiento).

El integrar es la acción de reunir o juntar en un todo elementos separados para conseguir un objetivo común. En el caso de la asistencia sanitaria, existe un conjunto de profesionales, con funciones diferentes e identidad propia que intervienen en una persona enferma. Lo integral será la coordinación de sus acciones en la atención a esa persona enferma. Para ello son requisitos imprescindibles la comunicación, el consenso y el respeto a la identidad propia y funciones de cada profesional. El hablar de atención integral a una persona enferma se materializa en una serie de acciones que en ocasiones (por no decir siempre), tienen que ver con «actitudes» tanto individuales de los profesionales (cómo entiende cada profesional qué es «ser persona» y además cómo entiende «ser persona enferma»), como de la propia institución sanitaria en cuanto a su misión como tal. Estas acciones y actitudes en las que se materializa la atención integral a la persona enferma hay que entenderlas a varios niveles:

Personalización de la atención

La persona enferma tiene un nombre, una historia, unas costumbres, un entorno, etc. y va mucho más allá de unos síntomas, un diagnóstico y un número de habitación o historia clínica. Se trata de tener en cuenta un lema de la medicina clásica de que no hay enfermedades sino enfermos.

Respeto absoluto a la dignidad de la persona

Respeto absoluto de sus derechos como ciudadano, independientemente de su edad, raza, sexo, posición económica y social, creencias, tendencia sexual, etc. Este respeto absoluto,

en la asistencia sanitaria, ha de poner un especial énfasis por el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la persona, especialmente en determinados trastornos cuya ruptura puede suponer un grave perjuicio para la misma.

Este respeto ha de tener muy en cuenta a personas en situación de especial fragilidad como en personas mayores o patologías psiquiátricas, en las que con frecuencia se producen situaciones de marginación y exclusión.

Función social de la asistencia sanitaria

La tecnificación absoluta de la medicina, la «distancia» que ha provocado su uso masivo con la persona y la «insensibilidad» que muchas veces perciben los enfermos de los profesionales e instituciones sanitarias, es uno de los motivos de la pérdida del prestigio social de la medicina y de las profesiones sanitarias

Atención a la dimensión psicológica

Supone acercarse al conocimiento del mundo emocional (funcionamiento mental) de la persona, y se materializa en:

Conocer cómo es la persona, es decir, cómo es su personalidad, lo cual nos informará de cómo vive la enfermedad.

Comprender, es decir, ponerse en el lugar de la persona enferma.

Apoyo y acompañamiento emocional.

Atención a la dimensión social

Hemos señalado que hablar de atención integral no es sólo hablar de una persona que tiene unos síntomas y un diagnóstico, sino que eso está enmarcado en un entorno que hay que conocer y tener en cuenta (función social), lo cual implica:

Conocimiento de la situación de la persona (cultural, económica, social, etc.)

Apoyo decidido a la persona ante el rechazo y exclusión social que algunas enfermedades (trastornos mentales) todavía conllevan en el momento actual.

Atención a la dimensión trascendental

La atención a la dimensión trascendental en la persona enferma la hemos de entender en un sentido amplio que incluya:

a) Atención religiosa-espiritual (respetando la voluntad y creencias de cada persona).

b) Atención a la parte trascendental de la persona, que se ve afectada (en determinados procesos patológicos muy seriamente) ante la enfermedad: Sentido de la vida y la existencia, Valores personales y Criterios morales que rigen decisiones y conductas de la persona.

CASO CLÍNICO

A continuación presentaré un caso clínico que tiene que ver con todo lo anterior, siempre y cuando contando con el permiso de la paciente para mostrarlo. Se trata de una mujer con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición del cáncer. Para ello seguiré el modelo de Entrevista que he desarrollado a lo largo de mi experiencia clínica con estos pacientes en la que intento recoger aspectos que considero importantes como son:

- Si hay antecedentes familiares oncológicos y los nombra. Hay casos en que en un primer momento dicen que no y después a lo largo del tratamiento se descubre que sí los hay. Esto nos está dando datos importantes del estilo de la persona.

- Acontecimientos vitales estresantes (positivos o negativos) previos a la aparición de la enfermedad que nos permiten ver si ha habido pérdidas, duelos no elaborados o cualquier otra situación estresante para la persona.

- Cómo se define la persona: detectar rasgos de Personalidad Tipo C, alexitímicos, etc.

- Motivo de consulta: a través del cual se detecta qué es lo que le ha hecho venir a la consulta psicológica.

- Historia de la enfermedad: cómo surge, pruebas realizadas, tratamientos. Al ser pacientes que vienen del modelo médico, es una forma más fácil de ir hablando de lo que les pasa, a la vez que permite conocer lo que sabe sobre su enfermedad, si nombra o no la palabra cáncer, qué información tiene, etc. También los efectos secundarios del tratamiento, hasta ahora recibido, tanto en el ámbito físico como psicológico: malestar físico, alopecia, mastectomía, etc.

- Exploración psicológica: cómo todo lo anterior lo ha vivido desde el punto de vista emocional.

- Motivo de la enfermedad, por qué cree que le ha pasado. De esta forma se exploran pensamientos irracionales o no, creencias, etc.

- Significado de la palabra cáncer (si lo nombra) al margen de lo que le hayan dicho los médicos, vamos viendo qué actitud tiene ante la enfermedad.

- Lo que más preocupa y miedo le da respecto a su enfermedad y momento actual: exploración de miedos, temores.

- Actitud ante la enfermedad: permite conocer el estilo de afrontamiento, tan importante desde el punto de vista terapéutico.

- Apoyo social, ya que es una de las variables que actualmente está siendo considerada como una de las más importantes para la buena adaptación al proceso de enfermedad.

- Cómo se encuentra en este momento desde el punto de vista emocional.

- En algunos casos, batería de test para la evaluación de: Ansiedad-Depresión, Desesperanza, Impacto, Control y tipo de Afrontamiento, que rellenan en casa y después traen a consulta.

Señalar que, según sea la persona y su situación física, todo lo anterior no se explora en la primera consulta, en algunos casos requiere como mínimo de dos entrevistas y en otros no pueden explorarse todos los puntos porque la situación de la persona así lo aconseja.

Al ser una paciente con cáncer de mama, además es importante que nos fijemos en:

- a) Relación con la madre
- b) Vivencia del cuerpo
- c) Identidad de género

Por último, destacar las consecuencias de la enfermedad. En muchos pacientes la experiencia de vivir un acontecimiento vital de esta magnitud y sobrevivir, les facilita una forma nueva de sentir, pensar y actuar, aprenden a valorar más lo positivo de cada día, lo que llamaría una Nueva Vida. No se trata de vivir como antes, sino de vivir lo mejor posible con lo que ha pasado.

CARACTERÍSTICAS DE LA PACIENTE

Antes de nada, creo conveniente encuadrar este caso concreto dentro del marco pertinente propio del enfermo de oncología. Los continuos avances diagnósticos y terapéuticos en oncología han hecho mejorar la supervivencia de estos enfermos, con lo que aumenta la prevalencia de incidentes clínicos en su evolución. Además, los nuevos fármacos quimioterápicos inducen efectos secundarios frecuentes, unas veces menores (como las náuseas o la mucositis), que aunque no ponen en riesgo la vida, empeoran su calidad y les hacen consultar. Pero no hay que olvidar otros tan graves como la inmunodepresión y las infecciones, que pueden acarrear serias consecuencias tanto en la calidad como en la cantidad de tiempo vivido si no se tratan adecuadamente.

Por otro lado, en la evolución de estos pacientes pueden existir también otras patologías intercurrentes y tratables en el momento agudo, cuya resolución mejora claramente la calidad de vida. El reconocimiento y tratamiento de estos casos puede ser importante para estos enfermos. No hay que olvidar tampoco que su situación emocional es especial. No es fácil y eso hace que el enfermo esté en ocasiones retraído y poco colaborador, y angustiado, intranquilo y demandante ante cualquier pequeño cambio en su situación personal. No es infrecuente tampoco el caso de enfermos que desconocen el diagnóstico, no lo aceptan, carecen de un adecuado soporte familiar, factores todos ellos que condicionan su aptitud.

Estos pacientes son además “médico-dependientes” con respecto a su oncólogo de referencia y frecuentemente al llegar al servicio demandan la atención directa por dicho especialista, cosa que en este centro no estaba contemplada. Todas estas circunstancias condicionan la atención al enfermo y hacen que el médico responsable deba desarrollar una actitud paciente y empática con el enfermo y su familia.

-Datos personales

- Nombre: Teresa José (el nombre, aunque modificado, es un dato importante como veremos después).
- Edad: 40 años.
- EC: Soltera.
- Profesión: Funcionaria, está de baja laboral por la enfermedad.
- Vive con los hermanos: hermano pequeño y hermana, ambos solteros.
- Diagnóstico: Cáncer de mama
- Tratamiento: Quimioterapia (QT) preoperatoria + Cirugía + QT + Radioterapia + Hormonoterapia
- Observaciones: no está tomando ninguna otra medicación.

(Estos tres últimos puntos no los pregunto, sino que lo relleno posteriormente, según la información de la persona).

-Antecedentes familiares

Físicos:

- Padre: murió a los 69 años de un infarto, hace 9 años.
- Madre: murió a los 78 años por un virus (posteriormente sabremos que fue un cáncer de estómago), hace un año.
- Es la tercera de 4 hermanos:
- La mayor es una mujer de 53 años vive sana, casada, es hermana de madre (el padre de la paciente es el segundo marido de la madre).
- Le sigue otra hermana de 43 años, vive sana, soltera.
- El pequeño es un hermano de 38 años con “depresiones”, soltero.
- La paciente vive actualmente con éstos dos últimos.
- En el resto de la familia no hay datos de enfermedad física de interés salvo antecedentes de muerte por infarto en la familia paterna.

Psicológicos-psiquiátricos:

- Hermano con depresiones en Ttº farmacológico
- Una tía paterna con depresiones.

-Antecedentes personales

Físicos:

- Menarquia a los 13 años. Menopausia: post-quimioterapia (hace 4 meses) A los 20 años hemorragia gástrica.
- Helicobacter Pylori.
- Fibroadenoma desde hace 7 años.

En este momento esto es lo que nos cuenta, posteriormente en una sesión de tratamiento saldrá toda su historia psicosomática.

Psicológicos-psiquiátricos:

- Cuadro ansioso hace un año que requirió Ttº ansiolítico.

-Acontecimientos vitales

- Hace un año cambió de trabajo, choca con un jefe que le hace la vida imposible. “Creo que quizás el cáncer se me desarrolló antes por esto”. Esto le provocó: “tristeza, ganas de llorar, ansiedad”. Recibió tratamiento farmacológico: Lexatín.
- A los 6 meses enferma la madre: cirugía y muerte a la semana. “Me afectó mucho, adelgacé. Tomé ansiolíticos desde Octubre a Noviembre. Entonces noté que el Fibroadenoma empezó a crecer de forma desorbitada y en la revisión fue cuando me dijeron lo del cáncer”.

-Propia personalidad

“Cerrada, introvertida, tímida, antes tenía que hacer un esfuerzo para relacionarme con la gente, a partir de la enfermedad me he abierto más. Exigente conmigo misma, perfeccionista, intento hacer todo bien; altruista, intento ayudar a la gente. Más bien triste, no soy muy alegre, soy pesimista. Afectuosa y lo demuestro. Muy cumplidora, responsable...me encanta regalar, prefiero que no me regalen. Normalmente soy la confidente de los demás, de sus problemas pero yo no le cuento mis cosas a cualquiera...salvo a una amiga a la que le cuento mis cosas, tengo mucha confianza con ella”.

Como vemos cumple criterios de Personalidad Tipo C: estado de ánimo donde predomina la tristeza, rasgos depresivos. Muy exigente y cumplidora. Afecto negativo e inexpresividad emocional: es la que escucha y atiende los problemas de los demás, pero le es más difícil hablar de los suyos y sobre todo quejarse. Debajo de todo ello se percibe mucha rabia contenida y enfado que no manifiesta.

-Motivo de consulta

“Llamé porque me sentía agobiada, hablé con X...al principio lo llevaba bien pero después de la cirugía he empezado a pensar que no me voy a curar (llora)...miedo a tenerlo en otro sitio...delante de mi familia y amigos intento mantener el tipo, es como si me estuvieran engañando”.

Situación emocional normal para su situación, pero destacar el control emocional de la paciente no hablando de lo que le pasa con las personas más cercanas.

REPRODUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

De forma literal, tal como está recogida en la historia. No voy a detallar todo lo que la paciente cuenta, sólo destacar lo más significativo. También decir que mis reflexiones personales van en letra cursiva.

PRIMERA PARTE

Primera sesión

—¿Quieres hablarme sobre tu enfermedad?

—En agosto pasado acudí al médico porque el “bulto” de la mama me había crecido y éste me dijo que como anímicamente estaba mal (muerte de la madre), no tenía importancia y que lo dejara hasta febrero, cuando en una ecografía me detectaron el tumor.

>>Me dieron quimioterapia previa a la cirugía para reducción del tumor: 4 ciclos. Se redujo mucho el tumor.

>>Cirugía: Mastectomía radical bilateral + linfadenectomía

>>QT postoperatoria: Está recibiendo el tercer ciclo.

>>Radioterapia: comenzará después del 4º ciclo de QT. Efectos secundarios: vómitos y náuseas.

>>También se me ha caído el pelo, fue radical con el T. (fármaco), lo pasé mal por la forma de caerse, fue el primer síntoma de la enfermedad... me rapé y no me quise ver el primer día, luego ya sí...no quiero dar pena, que piensen "¡Uf, tiene cáncer, pobrecilla!"...ahora con el nuevo tratamiento se me han caído hasta las cejas, pestañas...ahora me veo más deteriorada...

Destacar que al hablar de los efectos secundarios lo que ahora le preocupa más es la alopecia, imagen externa, la evidencia de que tiene lo que tiene y el tratamiento que está recibiendo. Esto tapa otro aspecto importante: la mastectomía y lo que ello pueda significar. Pero en este momento no habla de ello, está en un segundo plano. Esto puede explicarse porque lo que más le preocupa ahora es lo externo y también porque la misma angustia de la modificación de su imagen corporal, no permita que salga de forma espontánea.

—¿Cómo lo has vivido?

—Al principio lo llevé bien, ya cuando me hicieron la ecografía y me la repitieron ya pensé: tengo cáncer; se lo dije a mi hermana...no me vine abajo, era algo que ya intuía. Me enfrenté muy bien a la enfermedad, a las pruebas...El bajón ha sido en Septiembre cuando la gente viene de vacaciones y vuelve a la rutina y yo no vuelvo (llora)...Tuve un retraso de una semana en la QT... el no empezar a trabajar... no puedes planificar nada (llora)... luego surgen cosas.

...

—¿Cuál crees que es la causa de lo que te ha pasado?

—La vida es muy ingrata, he tenido mala suerte... Hay factores externos que te traen mala suerte... Para animarme en la primera fase de la enfermedad positivice las cosas buenas, pero ahora ya no me sirve.

Como vemos, se aprecia cierto pesimismo en la paciente, atribuye lo que le ha pasado a la mala suerte, lo que nos puede estar indicando cierta sensación de indefensión que hay que tener en cuenta en el tratamiento. Como dato positivo es que aún pasándolo mal puede ver cosas positivas, aunque en este momento no sea así, nos está indicando que hay recursos positivos con los que poder trabajar.

—¿Qué es lo que más te preocupa?

—Que haya “extensiones” por el dolor físico que pueda acarrear.

Es significativo la palabra que usa “extensiones” por metástasis, ¿ésta la asusta?

—¿Qué es lo que más miedo te da?

—Es lo mismo, que tenga recaídas, cuando ves que la gente recae, piensas también me puede tocar a mí.

—¿Cuál es tu actitud?

—Hasta ahora he tenido espíritu de lucha, que iba a poder, ahora tengo miedo a no tener fuerzas para soportarlo... aunque en el fondo tengo una actitud positiva porque creo que se está avanzando mucho en el tratamiento.

Aunque ahora no se encuentre bien, el afrontamiento parece positivo, ya que no predomina el fatalismo y puede sentir esperanzas.

—¿Y tu apoyo?

—Aunque con mis hermanos tengo una relación conflictiva, siento que me cuidan. También cuento con una amiga y un compañero de trabajo que me llama para ver cómo me encuentra. Esto me gusta.

—¿Tu estado de ánimo actual?

—No es malo ni tampoco bueno, creo que es mediocre... Con la gente de mi alrededor no manifiesto mi estado de ánimo para que no sufran... Les oculto cómo me encuentro para que no lo pasen mal. A veces tengo ganas de llorar; falta de ilusión; tristeza; me cuesta reírme y distraerme; desesperanza; no veo futuro y el que veo es triste; falta de perspectiva; disminución de la concentración; duermo mal, me despierto enseguida pensando en el problema; come bien; no pensamientos autolíticos... Falta de ilusión, total para qué voy a hacer nada...

Como vemos se aprecian síntomas depresivos que, en este momento, no me parece que requieran tratamiento farmacológico, ya que es la reacción normal (aunque dolorosa) al proceso de la enfermedad. Está elaborando el duelo del diagnóstico, los efectos del tratamiento y, sobre todo, cómo todo ello ha modificado su vida cotidiana. Lo que nos planteamos como objetivos del tratamiento.

Al final de esta primera sesión hago contención emocional y devolución de su situación. Le entrego batería de tests para hacer en casa y le digo que escriba cómo se siente y que el próximo día lo traiga.

Encuadre de una sesión semanal.

Creo que se ha establecido una buena relación terapéutica. La transferencia y contratransferencia son positivas, por lo que podremos trabajar bien juntas su proceso de adaptación.

Segunda sesión

—Me vino muy bien el estar contigo el otro día. Me encontré bien, expulsé las emociones, como cuando vas al gimnasio y te cansas pero te encuentras luego con más calma, mejor. Por la tarde me encontraba triste, con ganas de llorar, me quedé sola y pude llorar tranquila. He escrito pero no sé si lo he hecho bien (lee lo que ha escrito).

>>Me acuerdo de mi madre, ella me cuidaría.

>>Fui el fin de semana a mi pueblo... lo paso mal allí, echo en falta a mis padres, es el recuerdo de mi infancia..."

—¿Qué te ha supuesto la enfermedad?

—Es un palo, antes tenía todas las posibilidades para ser feliz y la enfermedad ha sido una perturbación para mí, me ha quitado futuro...es una enfermedad larga...romper la rutina, no puedo plantearme cosas a largo plazo, sólo a corto plazo...Miedo al dolor, al deterioro, sufrimiento...

Está mejor emocionalmente, con menos síntomas emocionales. Tiene recursos adaptativos. Trabajamos afrontamiento: miedo al futuro. Trae los tests.

Tercera sesión

—Estoy mejor, volviendo a la rutina... El otro día no me pudieron dar el ciclo porque estaba baja, pero no lo vi mal como otras veces, me vio el Dr. X y él me anima...

>>En general me encuentro anímicamente mejor que el primer día que vine.

Habla de otras cosas de su vida actual, ha comenzado a ir a clase (estaba estudiando además de trabajar) y se sintió bien con los compañeros. Siente que le han tapado la angustia con frase como "qué bien estás".

Habla de la madre, llora su muerte, me pregunto ¿duelo no elaborado?

—Siempre estuve muy unida a ella, tenía **hambre de madre**... Tenía mucho carácter, quizás un poco dictadora...yo siempre la quería halagar.

Importante fijarse como empieza a hablar de la madre, habla de ella de forma idealizada como una madre-buena, algo que más adelante veremos que no es así.

Trabajamos adaptación y anoto que creo que está haciendo un buen proceso, ya que se perciben recursos adaptativos muy positivos.

Le comento el resultado de los Cuestionarios: HAD (Ansiedad-Depresión), HS (Desesperanza), Control y Afrontamiento (Doping): no revelan nada anormal, está todo dentro de parámetros normales. Lo que correlaciona con la impresión clínica de que los síntomas emocionales que presentan son susceptibles de abordar desde el tratamiento psicológico.

Cuarta sesión

—El miércoles me pusieron el ciclo de QT (último)...he tenido muchos efectos secundarios, ayer fue el primer día que salí... he estado cansada, fatigada. Ahora pendiente de empezar la RT, no le tengo miedo a este tratamiento...Me preocupa más el tratamiento hormonal.

Se perciben síntomas del Síndrome de Damocles (miedo a la recidiva), incertidumbre ante el futuro...Dificultad para la separación familiar, deseos de individualidad, siente que el grupo familiar la asfixia, se siente atrapada, pero no ve posible, por ahora, el irse a vivir sola. Trabajamos planes de futuro.

Como está mejor y ya tiene que ir bastante a médicos y hospitales (yo la veo en un hospital), creo que podemos distanciar las sesiones para probar cómo se siente, por lo que le propongo sesiones cada 15 días y si siguen bien alta por el momento, lo que acepta de buen grado.

Quinta sesión

En esta sesión no tengo anotado nada, algunas veces prefiero sólo escuchar y al final anotar algo si me ha llamado la atención.

Sexta sesión

—Me encuentro muy bien, apenas si pienso en la enfermedad. Fui a la consulta del Dr. X, me dijo que estaba todo bien, que hasta dentro de seis meses no me tiene que ver...me puse muy contenta. Ahora me importa menos que me vean sin pelo, con el gorro. Voy normalizando mi vida. Y me has venido muy bien, me has ayudado a afrontar la enfermedad. He tenido una dependencia excesiva de mi familia.

—¿La enfermedad te ha liberado, te ha hecho crecer?

—Sí, creo que sí, me encuentro mucho mejor.

Como ha acabado el tratamiento médico y han remitido sus síntomas emocionales, acordamos que también aquí dejará de venir. Ella lo había demandado y a mí no me parecía mal.

En este caso, como en otros con estos pacientes, se plantea el tratamiento como afrontamiento de lo que está pasando aquí y ahora, aunque se perciba que hay otros problemas de base pero que este no es el momento para abordarlos. En esta paciente, aunque no había hablado mucho de su vida previa, se pudo percibir que había conflictos en la relación con la madre y con los hermanos pero al no ser una demanda específica de la paciente, no entré a abordarlos. Pensé que si volvía, como así fue, quizás ya estaría en situación como para hablar de ello.

Decidimos que parábamos el tratamiento, pero que cuando ella quisiera podía llamar para vernos de nuevo.

SEGUNDA PARTE

A los 4 meses de la última sesión, llamó por teléfono para pedir cita.

Primera sesión

—He hecho el tratamiento de RT desde Diciembre hasta la primera semana de Febrero. Físicamente lo he tolerado bien...anímicamente a la semana tuve un bajón (coincide con las Navidades)...tenía ganas de llorar. La semana pasada tuve otro bajón, es por lo que te llamé y he venido.

—¿Cómo te encuentras ahora?

—Mal, con angustia, ganas de llorar, duermo mal...no puedo pensar en el futuro, no quiero...me falta ilusión, esperanza...

—¿Lo relacionas con algo de ahora?

—No, porque no ha pasado nada especial, no sé si es por la enfermedad o por qué es...Físicamente me encuentro cansada, limitada para hacer las cosas. Quería verte para que me entendieses.

De nuevo presenta síntomas depresivos que, aunque parecen de mayor intensidad que la primera vez, interpreto como secundarios al proceso de adaptación a la normalidad y anoto que si persisten o intensifican habrá que plantearse tratamiento farmacológico.

Esto es algo que no está descrito en la literatura pero que con frecuencia observo en los pacientes. Igual que se tiene que dar un proceso de adaptación a la enfermedad, cuando los tratamientos finalizan, hay que hacerlo a lo cotidiano. Ahora ya no hay que ir al médico, recibir fármacos, pero todavía no se está al cien por cien. La gente de alrededor espera que la persona esté como antes de la enfermedad, pero el enfermo siente que no está como antes. Hay personas que se sienten indefensas al no tener al médico al lado, ahora ya sólo tiene que ir a las revisiones o si le pasa algo. Psicológicamente hay que hacer el proceso de adaptación a la normalidad, aprender a vivir lo cotidiano con todo lo que ha pasado y esto no es algo que se consiga en un día o dos, requiere su tiempo.

Segunda sesión

(Viene sin peluca ni sombrero)

—¿Cómo te encuentras?

—Estoy baja de ánimos, tengo ganas de llorar...con poca ilusión...me da igual que lleguen las vacaciones... Duermo bien porque tomo el X...me despierto cansada. Tengo miedo a las “extensiones”.

Trabajos repercusión de la enfermedad, destacando sobre todo la limitación.

Al final escribo: Presenta un cuadro depresivo secundario a proceso de enfermedad. Creo que es necesario tratamiento farmacológico + psicológico. Como ella no sabe de ningún psiquiatra y me dice que si yo sé de alguien, le doy el nombre del psiquiatra del Centro donde realizo mi actividad privada, para su valoración.

Pido Biografía y propongo sesiones semanales.

Tercera sesión

—Ayer estuve en la consulta del Dr. X, me vino bien, me di una panzada a llorar (me dice la medicación que le ha puesto)... me dijo que volviera a las tres semanas. Estuve muy cómoda, me dio mucha confianza sentí que me daba permiso para hacer lo que quisiera con lo de salir y hacer cosas... Cuando salí me encontré mejor y me di cuenta que lo que me pasa tiene que ver también con la **muerte de mi madre**...siempre me he valorado poco”.

—¿Quieres hablarme de tu madre?

—Siempre he estado muy enmadrada... salir de casa me costó mucho...

—¿Cómo era tu madre?, preséntamela

—Era muy directiva y a la que creo que más ha manejado ha sido a mí... Murió en Agosto de hace dos años... Le diagnosticaron un cáncer (**recordar que en la primera entrevista dijo que había muerto por un virus, ahora ya puede nombrar la palabra cáncer**).

>>Cuando me diagnosticaron el cáncer, yo creo que estaba de luto.

>>Al morir mi padre, mi madre se viene a vivir conmigo y mis hermanos. Yo había comprado un piso con mi hermana y creo que fue un error. Fue a los 32 años que creo que era la edad ideal para hacer mi vida, mi gusto...Creo que a partir de ahí fue ya lo de hacer lo que los demás han querido...

Esto nos recuerda lo que hablábamos en el desarrollo teórico al hablar de la personalidad de los pacientes psicosomáticos: control de sus impulsos, hiperadaptados, cumplidores, etc.

Cuarta sesión

—Estoy mejor, con menos ganas de llorar, ya empiezo a ser yo. Los primeros días de tomar la medicación tuve los efectos secundarios que el Dr. me había dicho, luego ya bien... Me encuentro bien sin estar eufórica.

—¿Vemos las causas de tu malestar?

—Creo que la muerte de mi madre no lo acabo de aceptar... Quién me va a proteger... Hace ocho años yo tenía que haber sido capaz de separarme... Cuando volví (se fue por motivos laborales), mi padre se muere y se decide comprar un piso y vivir todos juntos. Sentí frustración; mi ilusión hubiera sido tener mi piso, mi casa...

Parece que la estructura familiar no tolera la separación, que separación es igual a ruptura

—Mi madre siempre me hablaba mal de los hombres... Nos decía: a vosotras quién os va a aguantar... Hemos vividos todos a la sombra de mi madre, a mí me conocen por ser la hija de ella, no por mi nombre... Cuando mi madre se muere es como si yo también me hubiera muerto...

—¿Cuál es tu imagen, cómo te ves?

—No tengo una imagen de mí... No soy nada... Siempre he tenido un montón de complejos: yo era la fea... Mi hermana la que va delante de mí era la guapa... Toda la vida mi madre me ha comparado con ella, toda la vida siendo la tonta, la triste, la fea, estudiosa, la hacendosa... No sé por que mi madre ha querido que mi hermana y yo siendo tan diferentes viviéramos juntas... Creo que para fastidiarme... Mi hermana se parece a mi madre: perfecta, alegre, decidida...

Esta sesión es rica en contenidos. Comienza a poder sacar la rabia, frustración, enfado que le han acompañado a lo largo de su vida. Vemos como puede ir empezando a ver a la madre real no a la idealizada de las primeras sesiones y cómo ha sido la relación con ella. Parece que no ha sido una madre suficientemente buena para ella. Y también, la imagen tan deteriorada que tiene de ella misma.

Quinta sesión

—Ayer estuve con el Dr., me dijo que siguiera igual con el tratamiento, lo estoy tolerando bien, me dijo que me veía mejor, que volviera en un mes.

>>Bien, mejor... Me venía la imagen del cuadro que tú me decías (restauración, ir quitando capas poco a poco para descubrir el original)... lo veía bien, que es posible... El otro día pensaba que no lo era y que debajo no había nada... lo veía como una cara, ahora no... Esta semana he hecho cosas que me apetecen a mí... notaba como que me había quitado una carga que quizás me la había puesto yo...

—El pasado es nuestro archivo, donde están los datos para entender el presente.

—Mirar el pasado creo que me puede doler...Mi familia era perfecta y yo adoraba a mi madre, pero no si esto era así o era impuesto...

Lee la biografía (transcribo lo que fui anotando porque es una pena que no la conserve, normalmente me suelo quedar con ella pero en este caso la paciente la traía, leía, hablábamos y al final se la llevó)

—Somos 4 hermanos, yo soy la tercera, antes del niño. Cuando yo nací, lo que se buscaba era un niño, nací porque tenía que nacer un niño, sino no hubiera nacido...yo me he sentido como la desilusión...a mi hermano le he protegido mucho, mimado, de pequeña estaba con él más que con mi hermana, le he mimado tanto que creo que hasta le he perjudicado...le hacía los trabajos del colegio...

—¿Tu nombre te dice algo? (es de mujer y de hombre)

—Claro, como esperaban un niño me pusieron Teresa José, mi hermano se llama José...

...

—Háblame de tus enfermedades juveniles.

—Nací muy gordita... a los 6 años me cambió el metabolismo, empecé a adelgazar, estaba más endeble, tenía anginas, fiebres reumáticas... A los 10 años se me paralizaron las cuerdas vocales. Vivíamos en un pueblo pequeño, íbamos al transporte escolar, me caí, me hice una herida, tuve un “susto de tipo nervioso” (es lo que le dijeron los médicos), faringitis. Me dijeron que tenía paralización de las cuerdas vocales. Me vio un psiquiatra de mi ciudad, que me puso tratamiento farmacológico. Me duró unos cuatro meses, hablaba muy bajito, la voz no la perdí...ahora creo que fue una llamada de atención: mi hermana la mayor tenía su sitio por ser la mayor, la segunda porque era la buena, perfecta y luego el niño porque era niño, y yo estaba sin sitio...de esta manera estaban pendientes de mí, me mimaban, yo estaba a gusto (*llora*)...

>>A los 18 años tuve una hemorragia gástrica, perdí bastante sangre...vivía con mi hermana la mayor que estaba casada y yo vine a estudiar...Ella tiene mucho carácter...ffjate que estuve una semana haciendo deposiciones negras, me notaba cansada pero no tuve la suficiente confianza como para decírselo (*llora*), de esto me doy cuenta ahora...Me diagnosticaron de “úlceras de estrés”...Para mí era la convivencia con mi hermana...El estómago no me ha dado guerra hasta el año cuando muere mi madre, empecé con vómitos. Me hicieron una endoscopia y me dijeron que tenía el Helicobacter Pylori, cuando me iban a dar tratamiento me salió el cáncer (a los 40 años). Al decirte esto, me estoy dando cuenta que las enfermedades se han dado en períodos puntuales de mi vida.

—¿Quieres que lo veamos?

Ella me va diciendo la edad y lo que le pasa y yo le pregunto qué le dice:

Historia psicosomática

<i>Edad</i>	<i>Síntoma</i>	<i>Qué te dice</i>
6 años	Adelgaza	Dejo de ser niña
9-10 años	Pérdida de la voz	Empiezo a ser mujer y no quiero
18 años	Hemorragia gástrica	No he vivido adolescencia me he perdido algo
40 años	Cáncer de mama	Se me está acabando ya la vida

—Me doy cuenta que he estado perdiendo la vida...

Creo que pocos comentarios se pueden hacer a esta sesión, ya que los datos de la misma nos están diciendo mucho acerca de la paciente. Nace porque querían un niño, no ha tenido sitio en el grupo familiar, de la única forma que se la veía y tenía en cuenta era cuando enfermaba. Le han privado toda identidad, hasta el nombre se lo pusieron de hombre. También en su historia psicosomática podemos percibir los conflictos que tienen que ver con su identidad femenina. Para satisfacer a los padres (más a la madre) tenía que ser un chico y en los momentos que su cuerpo va cambiando, va siendo una mujer, se produce el conflicto y lo que sus palabras no pueden hacer, lo hace su cuerpo, enferma. La enfermedad física parece que es la única salida que ha tenido, lo que quizás la ha protegido de enfermar psicológicamente.

Sexta sesión

—Bien, aunque el jueves tuve un bajón, quedé con una amiga que es enfermera a la que no había visto desde que había hecho el tratamiento...me pasé el rato llorando...creo que fue porque recordé el momento del tratamiento, ella es muy maja, no me agobia...me permití el lujo de decirle cosas de mi familia (críticas) que antes no hubiera hecho, no se si lo hice por compartirlo o por tener su aprobación (de que se tiene que independizar)...luego me sentí a gusto.

Hablamos de la reincorporación al trabajo

—Creo que si quiero trabajar es por los demás, para decirles: mirar lo bien que estoy y porque si tardo mucho me va a costar más... ¿Podemos seguir leyendo? (biografía)

—Claro, adelante.

—Mi madre era muy activa, abierta, siempre había gente en la casa pero a mí eso no me gustaba, ella siempre estaba pendiente de los demás, igual yo añoraba tener mayor intimidad familiar y que estuviera más pendiente de mí...Además, yo siempre era la primera que se levantaba de la mesa para fregar, decía que no me importaba, pero ahora me doy cuenta que sí, que me fastidiaba...eso le hacía a mi madre sentirse reina...Me he sentido la criada y ellas las

reinonas...No quiero ir al pueblo porque rechazo esa casa, me he sentido media vida mía la chacha...Siempre me han estado comparando con J que es la guapa. Recuerdo un comentario de mi madre: -me ha dicho el Sr. X: "Vd. tiene una hija muy guapa"...esto me dolía mucho, yo creo que le tenía envidia, no se me ha olvidado, además siempre me da rabia por mi madre por decirlo y por mí porque no lo olvido y eso que han pasado 32 años, o por haberlo oído...

—¿Qué te hizo sentir mal?

—Yo permitía que los demás lo dijeran, pero que lo dijera mi madre, fue bajarme un escalafón... Una cosa de mi hermana que me molesta es que cuando me llaman mis amigas ella se mete, les habla...no se da cuenta que son mis amigas...esto no se lo he dicho a ella...Siempre me sentí fea, quizás he rechazado mi cuerpo. Mi madre era como una Lola Flores...siempre nos unía a J y a mí, aún después de muerta. La herencia, lo que me pertenece, todo está compartido con mi hermana J, no tengo nada mío. Siempre me han tenido por la débil.

Como vemos la relación con la madre es conflictiva. Una madre que no la mira, que no la valora, que no existe para ella y mientras, ella adopta el papel de la hija buena, hacendosa, trabajadora, tratando de satisfacer a una madre insatisfecha. Esto es algo que he observado también en otras pacientes con cáncer de mama.

En una anotación tengo que se percibe la culpa por no ser chico, una traba más para asumir su identidad femenina y curiosamente su historia psicossomática llega a un cáncer de mama, el cáncer femenino por excelencia, que tiene que ver con la identidad y la sexualidad.

Pero ahora ya se está pudiendo permitir la crítica y sacar su enfado.

Séptima sesión (después de dos semanas sin vernos por vacaciones de S. Santa)

—Al final me quedé...estoy empezando a tener más personalidad...Vino una prima y lo pasamos bien, aunque al principio me agobié porque a ver qué iba a tener que hacer para agradarla...

Hablamos de la relación con la madre, que ahora se repite con la hermana

—No quiero hacer con ella igual que hice con mi madre, aunque viva cinco años quiero ser yo... Quiero hablarte de un compañero de trabajo...Demostraba afecto hacia mí de forma diferente pero yo no sentí nada por él...luego ya me cambié de trabajo, corté con él...aunque él ha seguido llamándome...no quiero salir de una dependencia de mi madre y de mi hermana y meterme en otra...él durante la enfermedad ha estado pendiente de mí...tengo miedo, no sé si al fracaso, a que me deje...

—Parece que confías poco en ti

—Siempre he sido la más fea, la menos válida, la más sosa...No entiendo por qué se ha fijado este hombre en mí...me da miedo que esto no funcione...No recuerdo que mi madre me achuchara, lo he echado en falta (llora)...recuerdo que le decía a mi madre que quería más a mí

hermana y ella no lo desmentía, no me decía que no era verdad...me tengo que plantar. Como he visto la muerte, me digo total para qué he nacido.

Aparece por primera vez el hombre. Me estoy dando cuenta al transcribir el caso de que del padre no sé nada, tampoco ha hablado de su sexualidad, sólo en la sesión de hoy al hablar de esta relación, que por un lado desea y le gusta y por otro le asusta. Recordar que el mensaje de la madre era negativo hacia los hombres y hacia ella "a ti quien te va a querer". Pero se van viendo los avances del tratamiento.

Octava sesión

—Me encuentro muy bien. Ayer estuve con el Dr., creo que estoy mejor que antes de la enfermedad y eso lo hemos conseguido entre las dos...Estoy consiguiendo reafirmar mi personalidad, por temor no hacía ciertas cosas...Creo que me apetece ir a trabajar, ya que tengo flexibilidad horaria. Me he comprado un cochecito...estuve atareada la semana pasada...

Trae un escrito en el que sale su miedo a salir, a ser rechazada, infravalorada, comparaciones con la hermana. Miedo a fracasar, al qué dirán.

—Creo que por eso nunca he tenido pareja, para que no me dejen.

A continuación cuenta una historia de un "novio" que tuvo y que le quitó una prima.

...

—Mi madre se preocupaba de mí físicamente, pero no he recibido palabras de afecto, de cariño, de valoración...ni de ella ni de mi padre, él estaba a la sombra de ella.

Tengo hecha una anotación: vivió pegada a la madre, ella no era nada, era en la medida que era la madre...no tiene identidad propia...cuando la madre muere ella enferma de cáncer.

—Mejor me hubiera muerto con ella...para vivir como he vivido, mejor muerta...aunque ahora estoy aprendiendo a vivir...casi diría que ha sido una suerte tener un cáncer porque me ha hecho espabilar...

Sale su nombre, dice que se lo pusieron por el deseo de su madre de haber tenido un niño.

—Cuando me llaman Teresa me gusta, es más mío...mi madre siempre me llamaba Teresa José.

Por fin aparece el padre, pero un padre que parece que no ha pintado mucho, por el que tampoco ha sido reconocida. Está dando pequeños pasos en su autonomía, por primera vez tiene algo suyo: un coche. También vemos en esta sesión como la enfermedad es una oportunidad para vivir de otra forma.

Novena sesión

—Bien, aunque soy muy indecisa...me influye lo que piensen los demás...Los demás eran perfectos y yo no...para agradar...me da rabia ser así.

*Le señalo cómo antes ni se lo planteaba y ahora hasta se puede enfadar ...
Continuamos con la biografía*

—A los 15 años (Instituto) me vine con mi hermana la mayor (hermana de madre)...la convivencia con ella fue difícil (llora)...me sentía rechazada, no valorada...el rechazo de la hermana, le llama la atención el silencio de la madre cuando dejó la casa de la hermana, nunca me preguntó nada de por qué me fui. Tenía la sensación de estar de prestado, igual que en la casa de mis padres...lo que me llevaba a pensar que el problema era yo...Me han dominado toda la vida...Mi madre muerta sigue manipulándome como en vida (por la herencia).

Décima sesión

—Bien con ganas de que llegue el viernes que empiezo a trabajar, mañana pido el alta...voy a intentar ir casi con el horario normal, me apetece hacerlo” ...

Seguimos con la biografía

—Hice Magisterio, vivía con dos tías: una soltera y otra viuda. Me vine a vivir con los hermanos que también están solteros y vivían juntos. Me encargaba de las tareas de la casa. Lo decidió mi madre...me cargué con el peso de la casa, creo que porque económicamente no aportaba nada...la relación con la madre: “conflictiva, manipuladora, controladora...me decía que yo era triste, amargada...Me he sentido como una marioneta movida por mi madre...He crecido pegada a mi madre, no jugaba con las amigas, tenía miedo de salir...De pequeña me recuerdo siempre mala, una milindris...luego en el colegio me sentí bien, integrada, una integración que no había sentido en mi familia, creo que me sentía aceptada.

Décimoprimer sesión

—Empecé a trabajar hace cuatro días, bien, tenía un poco de miedo...

—Miedo...

—...A cómo te miran (las mamas), que me preguntaran si ya estoy buena (se emociona)...me han dado flexibilidad horaria.

Trabajamos proceso de adaptación a la normalidad, a su vida cotidiana

—Incluso creo que estoy mejor que antes de la enfermedad, antes intentaba no molestar, agradar a los demás, ahora es diferente...La enfermedad me ha hecho espabilar.

De nuevo vemos los aspectos positivos de la enfermedad y cómo poco a poco va volviendo a lo cotidiano, sintiéndose cada vez menos en el papel de enferma y más en el de persona normal.

Décimosegunda sesión

—Bien, aunque he tenido sentimiento de miedo ante una reunión que tenía de trabajo... creo que siempre lo he tenido.

—Miedo a...

—Hacer las cosas mal, que me regañen, me siento mal, pienso que no soy eficaz, que no valgo para nada. Mi madre me decía: “eres rara, siempre estás de mal humor, enfadada...era rara porque no era como las demás...me decía que tenía mala leche...”

Décimotercera sesión

—Me encuentro muy bien. Estuve con el Dr., me bajó la medicación...me verá después de las vacaciones (de verano) para suspender el tratamiento...Hablamos del futuro...Ahora quiero disfrutar el presente, liberarme del pasado y del futuro...

—¿Qué te gustaría?

—Seguir igual en el trabajo...ser más individual, independizarme...aunque me da miedo de perder a mis hermanos, mi familia...Me planteo como objetivo comprarme un piso y vivir independiente, la mayor dificultad la veo en la relación con la hermana.

Hacemos una valoración de sus aspectos positivos y negativos:

—Negativos: Tragar todo, su físico, ser sufridora, la última de la fila, baja autoestima, poco carácter, sumisa.

—Positivos: Ser constante, tolerante, cariñosa, ordenada, eficaz, cumplidora, mañosa. Ideal (lo que la gustaría): Poder decir las cosas, imponer mi criterio.

Trabajamos acerca de ello, de lo que ha cambiado, de lo que puede cambiar y de lo inmodificable.

Decimocuarta sesión

La semana anterior no pudo venir a la sesión, llamó por teléfono para cambiar la cita.

—Estoy bien, aunque veo que siempre tengo que estar pendiente de mis cosas. En general bien en el trabajo. Lo que noto es que no me apetece discutir. Siento atadura con mis hermanos...mi madre nos casó ...

Hablamos de los planes para las vacaciones del verano

—Tengo sensación de liberación que me ha dado la enfermedad y por haberos conocido a vosotros. Quiero vivir, pero no como hasta ahora...La enfermedad me ha enseñado a vivir...hasta ahora he vivido la vida de los demás, no mi vida...

Como se ve las últimas sesiones han sido de evaluación y de despedida. Ya habíamos hablado que si seguía bien finalizaríamos el tratamiento. Ahora llegan las vacaciones de verano y quedamos que a la vuelta nos veremos y si todo sigue bien acabamos la terapia.

Décimoquinta y última sesión

Nos vemos en Septiembre después de las vacaciones del verano.

—¿Cómo te ha ido?

—El verano bien...estuve 15 días fuera y muy bien, lo he vivido de forma diferente a otras veces. Además, no me ha costado volver al trabajo. Por eso deseo finalizar aquí mi consulta.

—¿Qué valoración final deseas hacer? ¿Cómo deseas cerrar este ciclo?

—Creo que he superado un montón de cosas aquí: miedos, inseguridad...La semana pasada pasé la revisión y todo está bien, no he tenido miedo como otras veces. Quiero hacerme la cirugía reparadora, ya me han visto los cirujanos plásticos. He aprendido a disfrutar de lo que hago.

NOTA FINAL

La paciente ha finalizado la terapia con una notable mejora física y psicológica, haciendo vida normal, y con un buen afrontamiento de su situación, incluso mejor que antes de todo el proceso de la enfermedad. Está pendiente de consulta con el psiquiatra, aunque está ya con dosis mínima de medicación. Alta por remisión de sintomatología. Si en algún momento necesita volver, se pondrá en contacto con nosotros.

COMENTARIO Y VALORACIÓN PERSONAL

En este dossier hemos visto la historia psicosomática de una paciente que concluye con la aparición del cáncer. En ese transcurso, el desarrollo de las sesiones ha permitido ir relacionando los diferentes contenidos de la historia de la paciente con la teoría. Se trataba de una paciente típica oncológica y psicosomática, lo que no es tan frecuente ni habitual. Al ser un tratamiento corto, ha permitido la transcripción íntegra de las sesiones (de lo que tenía anotado, ya que en ocasiones no he escrito todo el tiempo), lo que ha facilitado la comprensión y reflexión del mismo.

Generalmente, el/la paciente oncológico/a observa cómo una serie de profesionales se cruzan con él/ella; todos se dedican a realizar su labor: medicina se interesa por su situación física, enfermería se ocupa de ésta, auxiliares realizan labores de acomodo... pero nadie se preocupa realmente de cómo se encuentra emocionalmente y qué miedos y preocupaciones tiene. Está claro que la figura del psicólogo todavía no goza de la estima que debería, porque ¿acaso no es tan importante o más el bienestar psicológico como el físico? El simple hecho de tener una persona que se preste a escucharles es un gran alivio y desahogo para enfermos y familiares, pero más aún si es la persona que se encarga de ayudarles a resolver los asuntos inconclusos para permitir, llegado el momento, una muerte digna.

La muerte no es simplemente el momento último de la vida. Estamos muriendo desde el nacimiento, el final está presente desde el principio. Debemos aceptar el morir y la muerte como parte de la experiencia vital. Así es como podremos transformarnos lentamente. He aprendido mucho sobre mis temores, incluyendo sugerencias de lo que se puede hacer en cuanto al apoyo cognitivo, emocional y espiritual en el acompañamiento a una persona en el final de la vida. También soy consciente de la importancia que tienen los cuidados físicos para facilitar a la persona el mayor confort posible.

Señalar que cuando se escribe acerca de lo que se ha hecho, podemos ver los logros y también las faltas. En este sentido he caído en la cuenta que ha habido dos aspectos que han salido sólo superficialmente: la repercusión de la mastectomía y la sexualidad, ambos importantes y que no han sido tratados con más profundidad. Siendo benévolo con la paciente y conmigo, sólo me cabe decir que si así ha sido es porque había otras cosas más a flor de piel o que no he sido lo suficiente hábil como para rescatarlo. En cualquier caso creo que ha sido un tratamiento exitoso, en tanto que la paciente pudo volver a su vida cotidiana después del proceso de la enfermedad.

He utilizado una serie de competencias durante las entrevistas que anteriormente había estudiado en el ámbito teórico y las cuales he podido aplicar. Para mí, ha sido importante comprobar que la escucha activa y el crear un clima cálido y cordial o rapport con ellos hacen mucho en su proceso. Así es como se consigue la confianza necesaria para hacer nuestro trabajo buscando en todo momento las necesidades de cada paciente. He adquirido una serie de conocimientos acerca de estos pacientes más ajustada a la realidad de la que tenía y he comprobado que muchos tienen asuntos inconclusos que les supone una fuente de estrés añadida.

En definitiva, la experiencia ha sido intensa e interesante. Decir que hubo desde el principio una buena alianza terapéutica y que la relación transferencial y contratransferencial fue lo suficientemente buena como para poder hacer un trabajo terapéutico eficaz. Agradecer a la paciente la confianza que desde el principio depositó en mí y a mis profesores más actuales que tanto me han enseñado acerca de lo relacional, lo intersubjetivo, la flexibilidad y apertura en la práctica terapéutica. Especialmente, quiero destacar el apoyo y la labor del Dr. José Luis Marín, presidente la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, sin cuya ayuda este trabajo no habría sido posible. Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González de Rivera, JL (2003). *Medicina Psicosomática*. ADES Ediciones, Madrid.
- Marín López, JL (2006). Prólogo de *Este no es un libro de autoayuda* (Guerra Cid, LR). Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Pelorosso, A (2008). *Abordaje del paciente psicosomático*.
- Seabra, I (2007). *El síntoma psicosomático dentro de una teoría psicosomática relacional*. Revista electrónica de Psicoterapia. Clínica e Investigación Relacional. Vol 1 (1), 165-176, Junio.
- Bonet, J; Luchina, C (1998). Estrés y Procesos de Enfermedad. Psiconeuroinmunoendocrinología. Modelos de Integración Mente-Cuerpo. T1. Biblos.
- Eysenck, HJ (1995). The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease. En Ch. D Spielberger, IG Sarason (Eds): *Series in stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity*. Vol 15, 3-12. Washington: Taylor & Francis.
- Grossarth-Maticek, R; Eysenck, HJ (1991). *Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease*. Psychological Reports 69, 1027-1045.
- Levenson, JL; Bemis, C (1995). Cancer onset and progression. En: A Stoudemire y Cols. (Eds): *Psychological factors affecting medical conditions*; 81-97. Washington: American Psychiatric Press.
- Contrada, RJ et al (1990). Personality and Health. En: LA Pervin (Ed): *Handbook of Personality*; 638-670. New York, The Guilford Press.
- Sebastián Herranz, J; Alonso Fernández, C (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En: Valentín V, Alonso C, Murillo T, Pérez P, Vilches Y (Eds): *Oncología en Atención Primaria*. Nova Sidonia Oncología y Hematología, 793-804, Madrid.
- Durá, E; Ibáñez, E (2000). *Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional*. Psicología, Saúde & Doencas, 1 (1), 27-43.
- Greer, S; Morris, T; Pettingale, KW (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-789.
- Shaffer, JH et al (1982). *Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: A search for explanatory mechanisms*. Journal of Behavioral Medicine, 5; 143-163.
- Greene, WA (1954). *Psychological factors and reticuloendothelial disease*. Psychosomatic Medicine, 15; 220-230.
- Ibáñez, E; Romero, R; Andreu, Y (1992). *Personalidad tipo C: Una revisión crítica*. Boletín de Psicología, 35, 49-79.

Da-Shih, H; Silberfarb, PM (1988). *Psychological factors: Do they influence breast cancer?*
In Cooper (Ed): *Stress and Breast Cancer*; 27-62. New York, Wiley and Sons.

Manuscrito recibido: 21/10/2011

Revisión recibida: 01/12/2011

Manuscrito aceptado: 05/12/2011

[Trabajo fin de curso del título de Postgrado Universitario en Medicina Psicosomática y
Psicología de la Salud.]