

LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CÁNCER

Maestro José Ramón Vega Ávila

Facultad de Psicología, U.A.Q.

E-Mail: cesecol2@prodigy.net.mx

Este trabajo fue presentado el 21 de mayo de 1999, en las "Primeras Jornadas de Psicoanálisis", organizadas por la Facultad de Psicología de la Universidad A. De Querétaro.

Hace mucho tiempo que llevé a cabo una investigación de la familia del paciente con cáncer. Fue hace unos 15 años que me propuse abordar las repercusiones emocionales de esta enfermedad. En ese entonces me interesaba esclarecer si el cáncer podía tener una base psicogenética, es decir, que si podía suceder que un factor emocional la provocara u originara. Las implicaciones de un resultado que confirmara esa hipótesis son tan inquietantes que haría dar vuelta a muchas de las investigaciones que hoy en día se llevan a cabo. Las condiciones desde 1984 hasta hoy no han cambiando mucho. La terapéutica es la misma: matar a la célula enferma. Esto sin embargo, adolece de objeciones fundamentales que hoy en día la medicina y la biología no han podido superar, que es la parcialización de su objeto de estudio, tal que las emociones no serían sino ecos de regurgitaciones viscerales, no por nada, al que es presa de intensas emociones lo llaman "visceral".

Las imposibilidades metodológicas me forzaron a abandonar mi primer interés por el cáncer, dado que el estudio de la personalidad de estos paciente no podía dar cuenta de la relación entre su personalidad y la aparición de la enfermedad, puesto que, para que fuera válida la investigación, el psicodiagnóstico debía ser previo al padecimiento mismo. Sin embargo, pude dar cuenta de los trabajos que otros autores, quizá menos escrupuloso o con exigencias metodológicas menores a las mías, concluían que el cáncer puede tener una base psicológica perfectamente clara y definible, a veces tomando como explicación al inconsciente o incluso a la conducta pura y simple (hábitos como el fumar).

Así, Bakan (1968) define que las consecuencias del rompimiento brusco y traumático de relaciones sociales se manifiestan a través de enfermedades somáticas. Este rompimiento puede ser real, anticipado o simbólico. Guir (1984) Psicoanalista lacaniano, sostiene que el cáncer aparece en fechas que significativamente son de capital importancia para el enfermo. Guir se apoya en familiogramas como metodología para mostrar esto. Riskey (1978), por su parte señala la personalidad del paciente con cáncer como dispuesto a dar, a cambio de nada, antes y después de

la enfermedad, y que la vinculación al cáncer se completa con la existencia de pérdidas significativas tempranas y la separación contemporánea de alguien importante para ella. Riskey también hace una interesante observación en cuanto al grupo familiar y el enfermo. Él denomina al enfermo canceroso como "el pivote de la basura", el continente del sufrimiento de la familia, quien lo recibe silenciosa y heroicamente. Traducido sería que el enfermo de cáncer es una persona buena rodeada de personas malas. Si esto es así, necesariamente los problemas habrían de ser frecuentes, de ello da cuenta Stern y Dixon (1961) que observaron que el paciente con cáncer padecía prolongados problemas familiares y conyugales. Por ello mismo contrastan los resultados de la investigación de Leshan y Worthington (1954) donde la mayor incidencia de cáncer se da entre las viudas, divorciadas y por último, casadas con problemas maritales. Esta observación de tipo estadístico se mantiene hasta la fecha. Las características mencionadas como típicas en los pacientes con cáncer y sus familias, son constantemente verificadas por diferentes estudios. Un psicoanalista como Luis Chiozza (1978) conocido por su instituto de investigaciones psicosomáticas, para quién el cáncer es el resultado de una fantasía de cópula "hermafrodita y proliferativa" el resto suele pensar que el paciente con cáncer es una persona buena con mala suerte, mala suerte de tener la mala familia que tuvo.

En la línea de Chiozza, está Fernández (1978), que describe al paciente con cáncer con una marcada tendencia al placer autoerótico y con rasgos perversos sadomasoquistas. Para el Dr. Dupont 1976, en cambio, el problema del cáncer puede estar vinculado a un duelo patológico, o mejor dicho, a la incapacidad de la elaboración de un duelo por el objeto perdido.

En la investigación realizada por mí, que fue de 1984 a 1990, seis años de trabajo, muchas veces estéril, otras muy esclarecedor, la mayor parte del tiempo frustrante y agotador, y que sirvió para que yo pudiera titularme de la maestría en Psicología Clínica, con la dirección, consejo y comprensión del Dr. Dupont. Se descubrió, y digo descubrimiento porque hasta ahora no lo ha planteado nadie más, que el paciente con cáncer, antes de la aparición de la enfermedad, su grupo familiar pasaba por una crisis de desintegración, donde el futuro enfermo se encuentra colocado en un lugar de impotencia e incapacidad para evitar la descomposición del grupo familiar. También se corrobora la existencia de la pérdida de un ser querido como acontecimiento previo al cáncer, pero aunado a ello, la crisis del grupo familiar ya mencionada. Ambos hechos pueden perfectamente no estar en relación, pero se encuentran contemporáneamente presentes.

Se encontró también que el cáncer, en la persona de uno de los miembros del grupo, tiene el efecto de unir y reorganizar a la familia, amalgamándola en torno a la enfermedad y el enfermo, reacomodo que no sucede sin sus correspondientes costos, feroces enfrentamientos intrafamiliares, expulsión y linchamiento de algún integrante del grupo, renunciaciones personales de otros, sacrificios y ofrendas de los demás. Lo extraordinariamente notable es que la organización y

dirección de tales movimientos del grupo familiar, está orquestado desde la persona del enfermo de cáncer y sus deseos, expresados abierta e insistentemente o simplemente interpretados por otros. A la muerte de quien contrajo el cáncer, la familia retorna a ese movimiento de disolución que había emprendido y que había sido detenido por la aparición de la enfermedad.

Esta peculiaridad encontrada, como todo conocimiento nuevo no suele tener un beneficio claro, puede ser muy ilustrativa del proceso familiar del paciente con cáncer, y sin embargo no servir para nada. Como parece no servir para nada el hecho de conocamos que el enfermo de cáncer tuvo una pérdida que no pudo o no supo elaborar. Después de tantos años de trabajar junto al Dr. Hector Hugo Encorrada, y después de haber defendido la tesis en examen profesional, tuvo lugar un diplomado sobre oncología al que me había invitado para exponer la psicología del paciente con cáncer, en plenaria me soltó a bocajarro: ¿Porqué los pacientes con cáncer rechazan la ayuda psicológica? La experiencia conjunta, nos había mostrado que los pacientes con cáncer declinaban ir al servicio de psicología. Varios de mis alumnos, que habían participado de mis talleres y seminarios, terminaron tratando de formar un equipo de asistencia integral y profesional, pero al final los pacientes nunca aceptaron ir con el psicólogo y mis exalumnos, ya colegas, tuvieron que buscar otras formas de trabajo.

La pregunta del Dr. Encorrada fue contestada en términos de que el paciente con cáncer no manifiesta un conflicto intrapsíquico e intersistémico que le haga demandar la ayuda de un psicólogo, para él, el problema radica en que su cuerpo tiene algo y que la medicina no tiene una respuesta clara y confiable, su problema entonces se extiende hasta el punto en el que debe considerar su propia muerte y la situación de quienes le rodean. El enfermo considera la necesidad de un psicólogo cuando piensa que alguno de sus allegados lo requiere.

Uno de los aspectos que más puso en claro mi investigación, fue ese enorme poder que el paciente adquiere junto con el cáncer, poder que ejerce en el sentido de lograr que los otros hagan lo que el enfermo desea. Este aspecto puede ser observado en otros ámbitos que el familiar o el hospitalario, por ejemplo, un artículo de Dolores de Sandoval, publicado en Imagen Psicoanalítica bajo el título "Un psicoanalista en el sillón. El mito de la distancia". Ahí presenta el caso de "Malena", una paciente que enferma de cáncer durante el tratamiento de la analista. Ella nos muestra su culpa por no haber analizado "algo" que hubiera evitado la enfermedad. Durante ese proceso entre la aparición de la enfermedad y la muerte de Malena, ocurrió ese ineluctable movimiento de disolución del grupo familiar ante el cual la propia terapeuta intervino, logrando que uno de los ex amantes regresara a vivir con Malena hasta su muerte, ayudada además por su ex esposo, sus hijas y su propia madre con quien la separa un silencio de años. Antes de morir y ya enferma, Malena no sólo logró reunir a su familia en torno a sí, sino además, terminó una maestría

y un libro de poemas que fue publicado póstumamente. A su muerte, el movimiento de disolución volvió a su cause.

El camino de investigación que se ofrece a partir de este trabajo es el de precisar la participación de estos tres factores: Pérdida de un objeto de amor, disolución del grupo familiar y cáncer.

Bibliografía.

Bakan, D. 1968. Enfermedad, dolor, sacrificio. Ed. FCE.

De Sandoval, D. 1993. Un psicoanalista en el sillón. El mito de la distancia. Rev. Imagen Psicoanalítica. Año2 No. 3 1993

Dupont Muñoz, M. A. 1976. El desarrollo humano. Ed. Joaquin Mortiz.

Chiozza, L. 1978. Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer. Ed. Paidos.

Guir, J. 1984. Psicósomática y cáncer. Ed. Catálogos Paradiso.

Risquez, F. 1978. "El enfermo canceroso". En Impacto psicológico del cáncer. Ed. Galerna.

Stern y Dixon 1961. Cancer of cervix.