

DEPRESIÓN Y DUELO ANTICIPATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Pedro Tomás Sánchez Hernández¹, Cristina Corbellas Solanas¹ y Carlos Camps Herrero²

¹Unidad de Psicología Clínica.

²Servicio de Oncología Médica.

Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

*“Per me si va ne la citta dolente,
per me si va ne l’eterno dolore,
per me si va tra la perduta gente”.*
Dante Alighieri.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista psicológico el padecimiento de cualquier enfermedad considerada grave (aquellas que pueden conllevar la propia muerte) es un acontecimiento vital especialmente perturbador. La agrupación del conjunto de entidades mórbidas que conocemos en el lenguaje cotidiano como “Cáncer” es ya en la actualidad la segunda causa principal de muerte en el mundo occidental y su incidencia parece seguir aumentando cada año. Por eso a pesar de los avances, el término Cáncer sigue significando entre la población algo más que perder la salud física, conformando en el paciente y en su familia una importante carga emocional negativa, pesimista, generadora de soledad cuando no de sentimientos de culpa. Estos procesos que aparecen a menudo asociados a la confirmación diagnóstica, provocan a habitualmente una cierta angustia de muerte que a veces les conduce a experimentar la propia vida como un fracaso.

Independientemente de la localización, extensión o pronóstico del cáncer, cada paciente inicia una andadura personal e irreplicable calificada por alguno como viajar a la intemperie lejos de las “garantías y seguridades” que nos ofrece la sensación subjetiva de salud y la monotonía de

los hábitos cotidianos. Y esa andadura, aún cuando no tengamos el amargo recuerdo de las vivencias previas con el proceso amigos y familiares, podemos atestiguar en nuestra experiencia clínica que está llena de aflicción y quebranto.

Desde la perspectiva médica oncológica la asistencia al paciente con cáncer requiere cada vez con mayor claridad un cambio de modelo que aborde la enfermedad desde un planteamiento integral y de integración de los diferentes niveles asistenciales, así como de los diferentes servicios que contribuyen en su tratamiento. Más allá de la coordinación, el modelo de cuidados continuos pretende dar una coherencia y unificar los criterios del tratamiento desde el mismo momento del diagnóstico hasta el final del mismo, ya sea este por curación o por fallecimiento.

La creciente capacidad farmacológica de la que disponemos para controlar los síntomas y retrasar la muerte, no altera significativamente el proceso mismo de la vida. El sufrimiento, inherente a la enfermedad, no es algo actual sino que forma parte de ese regalo (quizás envenenado) que nuestra especie ha ido desarrollando a lo largo de su evolución desde los primitivos ancestros africanos, cuando en algún momento comprendimos que estamos irremediamente destinados a morir. La muerte se convierte así en un límite y en un referente que genera la conciencia de la propia existencia.

Esta autoconciencia del vivir tiene (como apunta el filósofo José Antonio Marina) seguramente un origen y una naturaleza social, fruto madurado lentamente en el desarrollo de la cultura y del lenguaje. Un lenguaje que en el pensamiento de Vigotsky se convierte tanto en símbolo como en instrumento de la necesidad del ser humano de adueñarse del mundo exterior y de su propio mundo interior.

Hemos experimentado como especie desde los mismos albores de nuestra humanidad la existencia de la enfermedad, del sufrimiento y la muerte, interrogándonos sobre su significado. Por eso compartimos en la conciencia (colectiva) una visión fronteriza que sin duda hunde sus raíces en la tradición filosófica, así cada uno buceamos a nuestra manera en el sufrimiento para encontrarle un sentido, entenderlo, mitigarlo, pues más allá de la frontera se establece el ámbito de lo desconocido o de lo sagrado.

El sufrimiento puede ser entonces entendido como una vivencia subjetiva, como una reacción personal afectiva frente a las diversas percepciones de una realidad que es en sí misma compleja. Una de las percepciones más habituales en el contexto de enfermedad oncológica es su relación con el dolor, pero no es la única, de forma que como postula David Le Bretón proba-

blemente no podremos encontrar una persona con dolor sin sufrimiento (sin significado afectivo), pero podemos fácilmente encontrar sufrimiento en quien no presenta dolor.

Con o sin dolor el significado afectivo que construimos cuando sufrimos, siendo íntimamente personal, también esta indisolublemente ligado a nuestro contexto social, educativo, cultural y relacional. Por ello cuando estamos frente al paciente no podemos olvidarnos que cada cultura favorece la aparición de unos afectos mientras censura o repudia la aparición de otros. Así la muerte, ha dejado de ser considerada en nuestra sociedad como el fin normal de una vida, la condición necesaria en cierto modo de nuestro nacimiento, para ser evaluada como un fracaso terapéutico que hay que corregir sin dilación.

Es en este contexto en el que los psicólogos tenemos la necesidad de establecer y revisar continuamente nuestros modelos de conocimiento y actuación, buscando la mejor adaptación posible a un mundo y a una realidad (procesual) que está en continua transformación. Donde debemos reflexionar sobre el proceso oncológico como un todo (sistema) interaccional, incluyendo las relaciones entre lo bioquímico y lo psicológico, lo vivenciado y lo imaginado, lo personal y lo social.

CÁNCER Y RESPUESTA EMOCIONAL

No sabemos cuando se forma un Cáncer, ni siquiera cuando este ha sido ya diagnosticado podremos afirmar cuando se inició. Este desconocimiento implica la existencia de un periodo indeterminado de tiempo, que cursa muchas veces sin ningún tipo de signo o síntoma, durante el que se están produciendo en nuestro organismo procesos bioquímicos de un nivel altísimo de complejidad, que son a su vez generadores de otros procesos sistémicos tanto reversibles como irreversibles donde la multiplicidad de estados posibles se enriquece con el transcurso de los cambios.

Así aunque el punto de partida para entender los cambios psicológicos sigue siendo hoy necesariamente el diagnóstico, ya no podemos obviar las más que probables repercusiones que durante todo el proceso de desarrollo del cáncer se producen en el Sistema Inmunológico y su influencia a menudo poco sutil en el estado de ánimo antes de la comunicación del diagnóstico.

Volviendo al momento mismo de la comunicación diagnóstica, el paciente y su familia que mantienen una serie de necesidades y expectativas ligadas al ciclo vital en que se hallan, se encuentran ante la una realidad que parece difícil de asumir, respondiendo emocionalmente de forma muy diversa aunque las más habituales son las de quebranto. Conscientes de la necesi-

dad de no generar un daño innecesario se ha generado en la literatura oncológica un amplio abanico de conceptos y de técnicas de abordaje para lo que podemos denominar en su conjunto como *“Comunicación de Malas Noticias”*.

Desde la perspectiva psicológica en este mismo sentido, se han desarrollado también diferentes modelos para tratar de explicar e identificar las respuestas personales y los procesos de adaptación que se siguen, en referencia al padecimiento de estas enfermedades graves que pueden terminar con el propio fallecimiento. El modelo más popular y más citado sigue siendo sin duda el de las etapas (negación, rabia, negociación, depresión y aceptación) en especial el planteado por la Dra. Kübler-Ross.

Sin embargo este modelo está siendo en la última década criticado en especial por:

- La existencia de estas fases como tal no se ha demostrado.
- No se ha presentado ninguna evidencia de que las personas realmente pasen por estas etapas.
- La teoría metodológicamente presenta importantes limitaciones.
- No se tienen en cuenta las características del ambiente que pueden representar tremendas diferencias.

El modelo que en la actualidad parece contar con mayor aceptación entre los expertos por su flexibilidad y fluidez es el que se basa en la realización de tareas, este modelo no implica ningún orden o secuencia específica, y cada tarea está en función de las condiciones personales y sociales específicas. Entre las tareas más nombradas encontramos: experimentar el dolor de la pérdida; aceptar la realidad de la pérdida; readaptarse al medio, o reiniciar nuevas relaciones sin la persona desaparecida.

PERIODOS Y TAREAS EN CÁNCER

Para aplicar este modelo de tareas a la perspectiva del cáncer se han identificado cuatro segmentos o periodos que incluyen: prediagnóstico, agudo, crónico y recuperación o muerte.

- **El periodo del Prediagnóstico** comprende el tiempo sea cual fuere este antes del diagnóstico de la enfermedad. Usualmente se trata de un proceso más o menos dilatado en el tiempo, cuando el paciente reconoce síntomas en sí mismo o factores de riesgo a la enfermedad, que

suele culminar en el momento mismo en que recibe el diagnóstico. Pero a veces, el paciente se encuentra con hallazgos casuales en pruebas médicas no relacionadas con ningún síntoma o signo de enfermedad. Durante el prediagnóstico, especialmente cuando la persona se somete a diversos exámenes y pruebas de creciente complejidad, aunque para el personal sanitario sean considerados rutinarios, se observa la aparición de un nivel creciente de preocupación y estrés. La tarea fundamental en este periodo es la acomodación al riesgo de padecer una enfermedad grave. En algunos casos, relacionados especialmente con el reconocimiento por parte del paciente de determinados signos, se observa el inicio de una respuesta emocional de Duelo Anticipatorio.

- **El periodo Agudo**, se centra alrededor de la comunicación del diagnóstico cuando la persona se ve forzada a aceptar el diagnóstico y a tomar una serie de decisiones sobre su tratamiento. Desde la perspectiva psicológica, la respuesta inicial, comprende la incredulidad, el rechazo y el impacto de que la noticia pueda ser verdad, acompañada a menudo de un cierto sentimiento de anestesia emocional. Algunos pacientes insisten en comprobar que el diagnóstico no sea un error. La mayoría presentarán un período de distanciamiento e introspección que dificulta el procesamiento de la información. Tal vez se sientan aturdidos o en estado de shock. Lo que hemos comprobado en investigaciones propias es el escaso recuerdo que se mantiene de la parte intermedia de la entrevista que incluye especialmente el propio diagnóstico y pronóstico. A pesar de que hay muchas diferencias individuales, esta respuesta inicial de incredulidad, rechazo y shock, se sostiene que dura generalmente en torno a una - dos semanas.

Con posterioridad en este mismo periodo, aparece un estado denominado de disforia que comprende un ciclo de tiempo también variable (que habitualmente se prolonga durante una o dos semanas más). Es en este periodo durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Durante este tiempo los pacientes generalmente comenzarán a experimentar un grado considerable de sufrimiento en forma de ánimo deprimido, ansiedad, insomnio, anorexia, dificultades de concentración, y pensamientos recurrentes sobre la enfermedad y la muerte. A medida que se ofrece más información sobre opciones de tratamiento, y que esta información se procesa y entiende correctamente, comienzan a surgir en esta etapa algunos sentimientos de esperanza y optimismo. La tarea fundamental de este periodo es pues la Aceptación de la nueva realidad.

- **El periodo Crónico** de una enfermedad, se define como el ciclo de tiempo que transcurre entre el periodo agudo del diagnóstico y el periodo del resultado. A nivel psicológico puede ser entendido propiamente como el del proceso de adaptación y esa será la tarea más

importante. Este período se puede extender durante semanas, meses o años, dependiendo de la evolución de la enfermedad. Los pacientes utilizan una amplia variedad de estrategias y de estilos personales para conseguir la adaptación. Los estilos incluyen las formas estables a largo plazo incluyendo la experiencia previa en situaciones anteriores de la vida; las estrategias se consideran esfuerzos específicos frente a ciertas situaciones particulares en relación con la enfermedad. Esta combinación de estilos a largo plazo y estrategias a corto plazo se cree que en general funcionan bien para las personas en sus esfuerzos por adaptarse. Es importante observar que no existe una manera única ni una forma mejor para adaptarse. También debemos recalcar que la adaptación incluye tanto a los aspectos sintomatológicos de la enfermedad como a las secuelas o déficits que esta puede causar durante su transcurso.

- . La adaptación al padecimiento de un cáncer, se ha definido como un proceso continuo en el cual el paciente tiene que manejar su propio sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relativos a la enfermedad, y “recuperar” el control sobre los acontecimientos de su vida. La adaptación se refiere pues tanto a los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales. Desde esta perspectiva se ha desplazado la importancia desde la respuesta emocional hacia el estilo de adaptación, y se han descrito tres amplias categorías de estilos:
 1. Centradas en los problemas
 2. Centradas en las emociones
 3. Centradas en el significado
- . Simplificando podríamos decir que las estrategias centradas en los problemas ayudarían al paciente a manejar los problemas específicos al tratar directamente de modificar situaciones problemáticas. Las estrategias centradas en las emociones ayudarían a la persona a regular su grado de sufrimiento emocional y las estrategias centradas en el significado ayudarían al paciente a comprender porqué ha sucedido y el impacto que el cáncer tendrá en su vida.
- Por último, **el periodo final** de una enfermedad grave ocurre tanto cuando se produce la curación como cuando la muerte deja de ser una posibilidad y se convierte en algo inminente (periodo terminal). En este momento las metas médicas cambian de objetivo, y en vez de intentar curar o prolongar la vida del individuo, se concentra en confortar u ofrecer cuidados paliativos. Las tareas durante esta fase final reflejan esta transición y se enfocan en lo espiritual y existencial.

EL DUELO Y LOS DUELOS EN EL CÁNCER

Cuando queremos profundizar en el conocimiento de las diferentes respuestas emocionales ante el Cáncer nos encontramos con la dificultad añadida a la propia complejidad del tema, de la utilización de una serie de términos que ha menudo son intercambiados entre diferentes contextos, especialmente entre el lenguaje cotidiano y la literatura científica. Nos referimos a términos tales como **Aflicción, Sufrimiento, Pena, Pesar, y Duelo**.

El término **Aflicción** describe en nuestro idioma el estado del afligido (del latín affligere = Golpear; Causar a alguien una molestia o padecimiento físico) y por extensión lo utilizamos para expresar el estado anímico de la persona que soporta cualquier padecimiento. El **Sufrimiento** refiere el estado del que sufre o sufriente (del latín Sufferre) y conlleva aguantar, soportar o sobrellevar un dolor físico o moral con fortaleza o resignación. La diferencia pues entre aflicción y sufrimiento radicaría en el matiz de la cualidad de la forma de soportar poniendo el énfasis en la fortaleza. La **Pena** designa la tristeza circunstancial que sentimos por un suceso tal como la muerte de un ser querido, un desengaño o una ingratitud. Describe pues la respuesta tanto si el suceso es real o imaginado. El **Pesar** describe la cualidad de constituir lo que nos sucede una carga moral o física.

El **Duelo** (del latín Dolos) significa Dolor, Pena, Aflicción, Pesar, por la pérdida de algo. Duelo recoge por tanto en sí los diferentes matices que genera cualquier pérdida, y engloba todos y cada uno de los conceptos anteriormente explicados: La pérdida nos golpea y nos aflige, nos genera pena, nos supone una fuerte carga o pesar, y lo sufrimos, lo sobrellevamos o aguantamos con fortaleza o debilidad, con resignación o con rabia. Es el Duelo mismo el que se vive, el que se anticipa o el que se prolonga y por tanto es el duelo el que podemos y debemos aliviar (Aliviar del latín Alleviare, encarna la acción de aligerar, atenuar, "hacer menos pesada la carga").

Desde Freud, han sido muchos los autores clásicos que han ofrecido interpretaciones que han ayudado en el conocimiento de la reacción de duelo y las sensaciones que lo acompañan. El término Duelo se aplica a todos aquellos procesos psicológicos que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida afectiva. La expresión del duelo se realiza a través de expresiones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, siendo claves la angustia, las preocupaciones, la ira, los sentimientos de culpa, la pérdida de apetito y la astenia.

El duelo es también una respuesta fisiológica. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos bioló-

gicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células "NK". En la actualidad no conocemos el nivel de significación de estos cambios inmunológicos, pero como ejemplo en un estudio ya clásico se observó que el índice de mortalidad de viudos en el año al fallecimiento de su cónyuge es mayor que el de la población general. En términos generales se han descritos complejas interacciones psiconeuroendocrinoinmunitarias, con alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

El duelo no es un trastorno mental, por eso las clasificaciones DSM-IV y CIE-10, lo catalogan de una forma heterogénea incluyéndolo en determinadas circunstancias como diferentes categorías diagnósticas. Así el DSM-IV lo sitúa en los trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, mientras que la CIE-10 lo clasifica dentro de los trastornos de adaptación, especificando que se refiere solamente a aquellas reacciones de duelo que se consideren anormales. Por tanto no existe una clasificación única del duelo. Habitualmente se suele diferenciar entre el Duelo Normal y el Duelo Complicado o Patológico. Otra forma de clasificarlo es por su desarrollo temporal creando artificiosamente una secuencia "lógica" del proceso. Así se puede hablar de: Duelo Anticipado - Duelo Agudo - Duelo temprano - Duelo intermedio - Duelo tardío - Duelo latente.

Duelo normal

El duelo normal se puede iniciar en el paciente o en los familiares antes de la muerte, cuando esta se percibe como inevitable (duelo anticipado), y en los familiares inmediatamente después de la muerte (duelo agudo) o en los meses subsiguientes a la pérdida (duelo temprano). En general el duelo agudo se caracteriza por una gran intensidad emocional que se puede mostrar bajo la forma de catástrofe psicológica o también bajo la forma de anestesia emocional. Por su parte, el duelo temprano suele ser descrito en forma de oleadas con momentos álgidos de una gran angustia y congoja.

Los signos y síntomas típicos en estos duelos son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentración, astenia. Es común en el duelo agudo y temprano los sentimientos de culpa en forma de autoreproche, caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer en relación a la pérdida. Podemos decir que de alguna manera este es un duelo predecible en sus síntomas y en su desarrollo aunque existen grandes diferencias individuales. El duelo tiene una duración muy variable. Se espera que una parte de las personas no pueda elaborar el duelo y termine teniendo un Duelo Complicado o Patológico.

El duelo anticipado es una forma de duelo normal y es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. Se produce como consecuencia de nuestra capacidad de predecir ese acontecimiento. Este duelo es muy habitual entre los familiares y puntualmente también lo encontramos en los últimos días en pacientes terminales. El duelo anticipado termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo normal postmortem cuya intensidad tiende a disminuir con el paso del tiempo, el duelo anticipado puede aumentar o disminuir en su intensidad en función de la evolución del cuadro y en particular cuando la muerte se percibe como inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipado puede llegar a extinguirse y en general la familia expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce.

Duelo complicado o patológico

El duelo patológico o complicado puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. Entre los factores que incrementan claramente el riesgo de sufrir un duelo patológico destacaríamos:

- Muerte de un hijo, especialmente si esta se produce en la niñez o adolescencia.
- Pérdidas múltiples.
- Muertes repentinas o inesperadas especialmente si lo han sido en circunstancias traumáticas.
- Pérdidas inciertas (aquellas donde no aparece el cadáver).

Dada la variabilidad que se encuentra en este tipo de duelos, se han elaborado algunos criterios para ayudar a considerar la presencia de un Duelo Complicado:

Criterio A

1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona
2. Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:
 - a) Pensamientos intrusos - que entran en la mente sin control - acerca del fallecido.
 - b) Añoranza -recordar con pena su ausencia- del fallecido.
 - c) Búsqueda -aún a sabiendas que está muerto- del fallecido.
 - d) Soledad como resultado del fallecimiento.

Criterio B

Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultades en aceptar la muerte (p. ej.: no terminar de creérselo,...)
4. Sentir la vida vacía y/o sin sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo (p. ej.: perder la sensación de seguridad, la confianza, el control,...)
7. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
8. Irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.

Criterio C

La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) es de al menos 6 meses.

Criterio D

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

DIFERENCIAS ENTRE DEPRESIÓN Y DUELO

Depresión y Duelo suelen compartir algunas características la más evidente es el sentimiento de tristeza. La tristeza es una respuesta previsible a la aparición de una enfermedad médica grave y a las consecuencias que de ella se derivan tanto en el plano personal como familiar y social. La pérdida de interés por el entorno es otro de los síntomas comunes. Sin embargo, afortunadamente, podemos encontrar suficientes diferencias para distinguirlos con cierta facilidad si nos atenemos a sus características psicopatológicas representadas en las Clasificaciones Internacionales como el CIE-10 o el DSM-IV.

Aunque para los legos es un tema complejo, una parte importante de la confusión creada en torno a los trastornos depresivos radica en su percepción sintomática y en su evaluación a tra-

vés de escalas. Conviene recordar que el diagnóstico de los Trastornos se realiza a través de criterios y no de puntuaciones de corte. Así nos encontramos habitualmente con claros errores metodológicos al presentar diagnósticos realizados a través de escalas tales como el HADS y el BDI, que además son instrumentos sobre los que se siguen manteniendo controversias en torno a su sensibilidad y especificidad.

La prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con cáncer es extremadamente variable en función de las fuentes consultadas con rangos que varían desde el 1.5% al 50%. Existen numerosos factores de posible contaminación de los datos en diferentes estudios que pueden haber sobreestimado la presencia de trastornos depresivos. Entre los más citados se encuentran la asociación no discriminada con el dolor, o la interacción en las quimioterapias con citoquinas, corticoides y alcaloides.

La presencia de depresión se ha asociado también en algunos estudios como un factor pronóstico independiente de mortalidad, un menor cumplimiento terapéutico, una peor calidad de vida, mayor duración de los ingresos y un incremento de la sensación de dolor. Por último también se ha puesto el énfasis en la aparición de Trastornos Depresivos como efectos secundarios de numerosos fármacos.

Entre los nueve síntomas utilizados como criterios para el diagnóstico de la depresión encontramos unas diferencias cualitativas que nos permiten establecer la diferencia entre el Duelo y la Depresión.

- El ánimo deprimido, que es un síntoma clave, se presenta en la depresión como un sentimiento que suele ser genérico de tristeza y de vacío mientras que en el duelo la tristeza e incluso el vacío gira entorno a la pérdida (real o anticipada) de sí mismo o del ser querido.
- En la Anhedonia, el deprimido cuenta una disminución del sentimiento de interés por el entorno o de encontrar placer en las actividades, mientras que en el duelo se relata como un bloqueo ante la idea de muerte, como la necesidad de dedicación mental plena a la búsqueda de una salida que no se encuentra, pasando el interés y el placer a un segundo plano cuando no se vive como un conflicto con la propia aflicción.
- En los sentimientos de culpa depresivos encontramos un sentimiento global de inutilidad, con reproches inapropiados o excesivos. Sin embargo en el duelo, el sentimiento de culpa se basa en lo que el sujeto cree que pudo hacer y no hizo, o en lo que cree que no debió

hacer y sin embargo lo hizo, teniendo todo ello como consecuencia la enfermedad (Cáncer). En este sentido es habitual por ejemplo, el sentimiento de culpa del fumador por haberlo hecho, o de un familiar por no habérselo impedido.

- En los pensamientos de muerte del duelo, no aparecen como en la depresión ideas de suicidio ni deseos de muerte. La muerte, temida, se convierte en un pensamiento recurrente en tanto que es considerada como inmediata e irrevocable. Excepcionalmente, podremos escuchar del paciente con duelo anticipado un deseo de muerte, de que acabe el sufrimiento, cuando la situación se vive como agónica y sin ninguna esperanza (que muchas veces estará ligada a un no control de síntomas como el dolor).
- Por último, en el duelo encontraremos habitualmente un sentimiento de irritabilidad y hostilidad hacia el "mundo", la "vida", la "sociedad", y el "prójimo" totalmente reactiva a la propia enfermedad y a su vivencia de injusticia, que a veces se expresa y afecta más paradójicamente a los más próximos, a los cuidadores.

EL DUELO ANTICIPATORIO O IMAGINADO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El Duelo Anticipatorio al que también podríamos denominar Duelo Imaginado comparte con los otros duelos la característica fundamental de ser una respuesta emocional frente a una pérdida. Que en este caso, tiene la característica fundamental de ser la propia y además no está aconteciendo en la realidad presente sino en un futuro virtual fruto de la capacidad de imaginar un desenlace. Pues de hecho la situación en la que se desarrolla no es irreversible. Con el Duelo Anticipado comparte que se producen antes que la pérdida cursando con los mismos síntomas, y se diferencia en reversibilidad/irreversibilidad de la situación en la que se producen.

Creemos que el Duelo Imaginado es un síndrome multidimensional que sucede en situaciones reversibles anticipando una pérdida, que no se puede elaborar de ninguna manera (al no ser real), y que se caracteriza por:

1. Sentimientos de intensos de Rabia y de Hostilidad contra el mundo. Algunos pacientes hacen hincapié en la injusticia radical que supone su estado.
2. Sentimientos de Culpa, focalizados habitualmente en el pasado (sobre lo que se hizo o lo que se dejó de hacer en relación a la enfermedad) pero a veces proyectados también hacia

el futuro. Sentimientos de pérdida irremediable (nada se puede hacer, ya no sirve de nada ...) que no ceden ni aceptan ningún razonamiento.

3. Tensión interna exacerbada, como si necesitaran estar en un estado de permanente alerta.
4. Humor deprimido, pena, pesar, aflicción o sufrimiento y ante todo una profunda desesperanza y desconsuelo.
5. Anhedonia, disminución evidente del interés por el mundo que les rodea, por el presente, por la vida cotidiana.

El duelo Imaginado es pues aquel que se expresa por adelantado cuando una pérdida se imagina como inevitable y sin embargo no lo es (al menos en ese momento) puesto que la situación planteada (enfermedad) no se encuentra (al menos teóricamente) en una fase terminal o irreversible. Este duelo se observa clínicamente de forma relativamente habitualmente en el propio paciente y raramente entre los familiares. Generalmente lo podemos observar a partir de la comunicación del diagnóstico pero a veces se muestra antes de llegar a este punto, en la fase inicial de las pruebas.

Estamos hablando de un "duelo" sobre el que existe poca clarificación en la literatura, pues la mayoría de las referencias al duelo anticipatorio que podemos encontrar lo asimilan al duelo anticipado. Es un duelo que se encuentra descrito pero sobre el que se pasa de puntillas en los libros, tal vez por su carácter esquivo o por su analogía con otros procesos emocionales con los que se puede confundir. Intuitivamente se le ha relacionado con un patrón de declive y fallecimiento muy rápido (*downward slant*), a menudo sorprendente en función del estadio en el que se encuentra el paciente al ser diagnosticado y que se asocia a una respuesta totalmente negativa a los tratamientos actualmente disponibles (quimioterapia, radioterapia).

Sabemos gracias a los trabajos de Simón, que un aspecto fundamental del funcionamiento de la conciencia humana es su capacidad de pasar, en principio a voluntad, de una conciencia ligada al acontecer a una desligada del mismo y viceversa. Cuando nos adentramos en la conciencia ligada al acontecer, nuestras emociones responden a los acontecimientos que se están produciendo en ese momento. es decir en el contexto de la realidad que vivimos. Esto se consigue a través de distintos mecanismos que se encargan de garantizar que la actividad mental se ocupe de estímulos reales o de estímulos virtuales siempre que éstos sean relevantes para los acontecimientos del presente. Uno de estos mecanismos es la Introspectibilidad.

Sin embargo, cuando nos adentramos en la conciencia desligada del acontecer, la selección de los contenidos que realiza (tanto recuerdos del pasado como situaciones imaginadas o proyectadas en el futuro) se realiza bajo el impulso emocional que trata de satisfacer las necesidades afectivas del self. La clave de las diferencias entre ambos tipos de conciencia reside en el manejo del vínculo emocional.

Podríamos hipotetizar que los pacientes que presentan el Duelo Anticipatorio tienen algún tipo de problema con el mecanismo de la introspectibilidad de la Conciencia dado que el cuadro que presentan refleja una incapacidad para poner límites a la fuerza emotiva de lo imaginado (la pérdida irremediable de sí mismo). En tanto que no pueden tomar conciencia de que la idea (emocional) misma de su muerte inminente, es un producto mental (fantasía propia) y no una parte integrante de su realidad presente. Este déficit en el mecanismo de introspección justificaría la configuración de un bucle donde la respuesta emocional se aferra cada vez más y con renovadas fuerzas a sus contenidos, mientras que las emociones ponen en marcha, una serie de mecanismos fisiológicos adecuados para implementar la reacción que ellas mismas recomiendan. Y por otra parte, la propia percepción de los signos y síntomas de ese estado fisiológico coherente con percepción emocional (incluyendo los mecanismos bioquímicos que hemos brevemente expuesto) sirven de aparente confirmación sobre la coherencia de la respuesta emocional, reafirmando y cerrando el proceso que ya no tiene ni un principio ni un fin preciso.

Esta hipótesis además podría justificar dos cuestiones claves observadas clínicamente en los pacientes:

- La reacción emocional que se origina en el sujeto (duelo) es real, evaluable y capaz de producir cambios fisiológicos, respuestas comportamentales y cogniciones coherentes con la inminente muerte fantaseada, y no parece existir ninguna forma de demostrarle o razonar con él lo ilusorio de la situación. El punto crucial es pues que la mente funciona «como si» esa imagen de “me estoy muriendo” perteneciera a la realidad del presente.
- La desesperanza es fruto de la “convicción racional” de la inexistencia de futuro, de que ya es demasiado tarde, de que no hay nada que se pueda hacer. Esa convicción de que se han agotado todas las posibilidades es un producto elaborado por su mente, un objeto virtual, y como tal irrefutable e irrefutable desde la lógica, pues en realidad está más allá de la propia lógica al ser un producto de nuestros mecanismos emocionales.

El acercamiento al duelo anticipatorio no pasa por tanto a nuestro parecer por buscar razones para su aparición y desarrollo, sino modos de conectar y generar emociones capaces de cues-

tionar radicalmente la veracidad de la propia pérdida. De alguna forma, el duelo anticipatorio o imaginado, es una huida de la realidad presente, una realidad dolorosa e injusta que nos enfrenta a nuestros propios fantasmas culturales.

Para finalizar esta revisión queremos hacer referencia a la siguiente cita, que muestra claramente la reflexión fundamental sobre el origen y el proceso del duelo anticipatorio versus la negación de la enfermedad oncológica:

"El ego vive en la creencia (aunque falsa, no por eso menos inamovible y efectiva) de que la satisfacción de sus deseos de cada instante representa un avance en la dirección de encontrar una especie de solución final a todos sus problemas. Sus fantasías tienen, por tanto, una alta carga afectiva, ya que escenifican, bien soluciones definitivas a lo que él percibe como su problema vital, bien escenarios alternativos en los que esas soluciones definitivas se malogran, escenarios que se viven, por tanto, con angustia y zozobra."

(V. Simón, *El Ego, la conciencia y las emociones: un modelo interactivo*; *Psicothema* 2001; 13: pagina 211.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Corr CA, Nabe CM, Corr DM. *Death and Dying, Life and Living*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company. 1997.
2. Camps C, Gavilá J, Blasco A. Definición de cuidados continuos y organización asistencial de los servicios de oncología médica. En Camps C. Ed. *Cuidados Continuos*. You & Us. Madrid. 2006.
3. Doka KJ. *Living with Life -Threatening Illness: A guide for patients, their families, and caregivers*. New York: Lexington Books. 1993.
4. Parkes C. *Bereavement: Studies of Grief in adult life*. Madison, International Universities Press, 3ª Ed, 1998.
5. Prigerson HG, Jacobs SC. "Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". *JAMA* 2001; 286: 1369-76.
6. Raphael B. *The Anatomy of Bereavement*. London. Hutchinson. 1983.
7. Sánchez PT. *Habilidades en Paliación: Comunicación e información. Como dar las malas noticias*. En Camps C. Ed. *Cuidados Continuos en Oncología*. You & US. Madrid. 2006.

8. Simón VM. El Ego, la conciencia y las emociones: un modelo interactivo. *Psicothema* 2001; 13: 205-11.
9. Simón VM. La deuda Emocional. *Psicothema* 2003; 15: 328-34.
10. Sirera R, Sánchez PT, Camps C. "Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer." *Psicooncología* 2006; 3: 35-48.