

LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

José Luis Guinot

Jefe Clínico de Oncología Radioterápica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO)

Vicepresidente de la Asociación Viktor E. Frankl. Valencia

E-mail: jlguinot@comv.es

RESUMEN

El diagnóstico de cáncer puede motivar una actitud de pérdida que conduce a depresión, pero no todo paciente con cáncer se deprime, pues una depresión mayor se encuentra sólo en 5-26% de pacientes con cáncer avanzado. Mantener la esperanza es imprescindible para mirar adelante, la única forma de salir de la depresión. Cuando se acerca el final de la vida se pasa por fases que pueden llevar a la depresión. Hay tres pilares para ayudar a cambiar la actitud del paciente y pasar de la depresión a la aceptación. La mirada al pasado valorizando lo vivido, una atención al presente resolviendo las cuestiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, y una mirada al futuro que deje surgir la esperanza según las convicciones de cada persona. Esa labor es ineludible, pues la actitud no hará desaparecer la tristeza pero sí la angustia, y permitirá que se recuerde esa experiencia con serenidad.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, cáncer, fase terminal, final de la vida, actitud.

INTRODUCCIÓN

La depresión, como dice el psiquiatra Luis Rojas Marcos, *“es el ladrón de la felicidad más peligroso, pues lo primero que nos arrebató es la esperanza y la ilusión de vivir”*¹. Si desaparece la esperanza, ¿para qué seguir viviendo? Y es que sin esperanza, la vida pierde cualquier sentido, la ilusión de vivir se desvanece, el motor para arrancar cada día se detiene, y aunque el corazón siga latiendo, se puede decir que se vive una muerte adelantada. *“Todo hombre no vive más que por lo que espera”*, afirma el escritor Giovanni Papini. La idea de suicidio aparece cuando el mundo que nos rodea desaparece, se deja de tener un motivo, un sentido para vivir un día más. Todo este panorama en el que la espiral de la visión se va encerrando en uno mismo progresivamente hasta tener la sensación de que el resto desaparece, es lo propio de la depresión. Tanto de la intrínseca, en la que mecanismos bioquímicos cerebrales se desajustan, como en la extrínseca, cuando es el entorno el que desajusta nuestra capacidad de reacción ante la adversidad.

El paciente oncológico experimenta el impacto del cáncer como si un meteorito cayera de pronto sobre las aguas de su océano vital, provocando un tsunami que arrastra todo lo construido hasta ese momento. Cuando el cáncer aparece en la vida de una persona, una avalancha de ideas inunda el corazón y la mente, convirtiéndola en protagonista de una historia que hasta entonces pertenecía a otros. El miedo, la angustia, el sufrimiento, la depresión, la muerte, lo inevitable, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su casa y su persona. La palabra cáncer sigue acompañada de un halo de emociones muy difíciles de manejar. Por más que la sociedad está comenzando a romper ese tabú, existe una conspiración de silencio social, además de la conspiración de silencio entre paciente y familiares en la que nadie quiere hablar abiertamente del tema. El cáncer supone una ruptura biográfica, un cambio brutal en la vida, que conlleva la necesidad de un cambio. La vida nunca será la misma, aunque no tiene por qué ser peor. Es el planteamiento vital que se adopte el que permitirá salir, quizás con secuelas, pero reforzado, para seguir viviendo la vida que queda por delante. Para afrontar el cáncer se necesita vencer el miedo con la esperanza: *“No hay una forma exacta de calibrar las posibilidades de cada persona, ni deberíamos intentarlo, porque jamás podremos ser exactos, y eso privará a la gente de su esperanza, y la esperanza es el único antídoto contra el miedo”*².

ACTITUDES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Eso no evita que algunos pacientes y familiares puedan adoptar una actitud que les lleve a la depresión. Ante situaciones de crisis los psicólogos hablan de cuatro actitudes distintas, que se pueden aplicar a las personas ante el diagnóstico de un cáncer³:

- Desafío, cuando el paciente acepta su situación y mantiene un espíritu de lucha, sin necesidad de apoyarle explícitamente.
- Amenaza, cuando siente que la enfermedad es algo ajeno a ellos y que les amenaza la vida continuamente, lo que les provoca una reacción de ansiedad.
- Pérdida, si se sienten derrotados por la situación, piensan que no pueden hacer nada por evitarlo, lo que les induce a un estado depresivo.
- Negación, cuando el paciente no acepta la realidad, y entra en un estado de confusión, con una reacción de evitación, huye e incluso rechaza los tratamientos.

Conocer estas actitudes resulta esencial para entender a la persona a la que vamos a atender, pues se ha demostrado que la actitud de lucha contribuye a una mejor calidad de vida e incluso una más larga supervivencia. Una de las labores más importante de un profesional de la salud es ayudar a enfocar el cáncer con la actitud más adecuada.

LA DEPRESIÓN EN LA ENFERMEDAD AVANZADA

Por tanto el estado depresivo puede ser una de las posibles reacciones ante el diagnóstico de cáncer. Pero no se refiere a una depresión como tal. De hecho es un tópico pensar que todo paciente con cáncer se deprime, en absoluto es así, pues una depresión mayor se encuentra sólo entre el 5 y 26% de pacientes con cáncer avanzado⁴. Pero hemos de ser conscientes que las dos reacciones emocionales más frecuentes son la angustia y la depresión. Y hay que preverlas para prevenirlas o tratarlas. Y para ello, además de los apoyos farmacológicos adecuados, se requiere mantener viva la esperanza de que se puede hacer algo más. Siempre se puede hacer algo más. Hace falta tener objetivos, comenzando por la curación. También en situaciones avanzadas, con pocas probabilidades.

Los médicos usamos porcentajes para decidir escoger nuevos tratamientos. La probabilidad estadística nos resulta imprescindible para avanzar científicamente. Pero un diez por ciento de probabilidad de curación, por bajo que sea, supone que hay alguien que tiene la posibilidad de estar en ese 10%. Y cuando miramos a la cara a esa persona concreta, la pregunta es siempre la misma ¿está ella en ese porcentaje? Mientras no lo sepamos, hemos de trabajar para que ese paciente adopte una actitud de lucha, pues ¿por qué no puede ser él? Aunque las probabilidades sean pequeñas, siempre existe alguna posibilidad, y merece la pena intentarlo.

Pero incluso en situaciones paliativas, cuando la curación ya no es posible según la experiencia médica, también podemos tener un objetivo y un proyecto: Se trata de conseguir calidad de vida, aliviar los síntomas, el tratamiento paliativo. Es uno de los grandes avances de la oncología. Comprender que hay que seguir tratando al paciente cuando ya no podemos curarlo. Es una visión holística de la medicina, en la que la persona pasa a ocupar el primer lugar, por delante del diagnóstico de enfermedad. Los cuidados paliativos y la atención domiciliaria han hecho progresar a la Oncología tanto como los nuevos fármacos o la tecnología punta.

LA DEPRESIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Siempre hay por tanto un motivo para mirar adelante, que es la única forma de salir de la depresión. Tras la fase de intención curativa hay una fase paliativa, que puede durar meses e incluso años, con los nuevos fármacos que están tratando de convertir al cáncer en una enfermedad crónica, con la que se puede convivir aunque no se cure. El dilema que se nos plantea es lo que ocurre en la mente de la persona cuando llega al final de su vida.

Cuando el cáncer progresa, llega una fase sintomática, en la que predomina la búsqueda del alivio de los síntomas progresivos e invalidantes, y por fin una fase terminal, que puede durar días o semanas, antes de llegar a una fase de agonía, que supone las últimas horas que preceden a la muerte en una enfermedad consuntiva como el cáncer. En esas últimas fases la visión del tiempo cambia⁵. Deja de haber futuro. Es a lo largo de ese periodo cuando la persona enferma y con ella sus familiares, se dan cuenta o preguntan abiertamente sobre su pronóstico. Comprenden que no se van a curar, y sin decirlo en voz alta muchas veces, piensan en la muerte.

La Dra Kübler-Ross describió magistralmente las fases por las que pasa una persona ante el diagnóstico de muerte⁶. Cuando uno sabe que va a morir, pasa por una reacción inmediata de negación, no es posible, no me puede tocar a mí. Con frecuencia se reacciona con ira, o con sensación de injusticia, con rabia, como peleando contra lo imposible. Se busca una negociación, un pacto interior, se reza, se modifican hábitos para intentar cambiar el destino. Y por fin se comprende la inevitabilidad de la realidad y se entra en un estado de depresión, se aísla, no se quiere hablar con nadie, se hunde en sus pensamientos de fin de la vida. Dice la Dra Kübler-Ross que la mayoría de los pacientes a los que ella acompañó acabaron llegando a una quinta fase de aceptación. No todos los pacientes con cáncer que he visto llegar al final de su vida aceptan la realidad, algunos siguen rechazando con rabia hasta el final, pero sorprende cómo muchos dejan de pelear y se dejan llevar. La depresión de la que ella habla es una depresión reactiva, ante una situación adversa que no se puede cambiar. Y explica que en la fase terminal y agónica se da una depresión “preparatoria”, en la que la persona va desconectándose de lo que le rodea, deja de hablar, se va encerrando en sí misma y abandona toda lucha.

PILARES PARA CAMBIAR LA ACTITUD DEL PACIENTE

Si para vencer la depresión se necesita una dosis de esperanza, ¿dónde queda la esperanza cuando aparentemente no queda nada por hacer? Son tres los pilares para ayudar a cambiar la actitud del paciente y que pueda pasar de la depresión a la aceptación. La mirada al pasado, al presente y al futuro.

- a) Chochinov y Breitbart, dos prestigiosos psiquiatras de centros oncológicos de Canadá y EEUU, hablan de la “terapia de dignidad”⁷. Cuando la vida llega a su fin, es el momento de mirar atrás, de reconocer lo vivido, de rescatar del pasado las experiencias vividas

que han dado sentido a la vida. En un estudio comparativo de 326 pacientes demuestran su utilidad para mejorar la calidad de vida, su bienestar espiritual y disminuir la tristeza y la depresión (Anexo I). En toda vida hay cosas para olvidar, errores de los que pedir perdón, conflictos para perdonar, y es esencial dar oportunidad a borrar ese sentimiento de culpa que pesa como una losa. Y de igual modo hay cosas hermosas que recordar, experiencias que han valido la pena, algo bueno que se deja como legado a los hijos o a la sociedad. Esa coherencia, esa honestidad, incluso en una vida sencilla, es algo que permanece para siempre. Dice Viktor Frankl: *“en el pasado nada está irrevocablemente perdido, todo se deposita allí y nadie puede robarnos esa riqueza que hemos cosechado y guardado en los graneros del pasado. Lo que se ha hecho ya no puede deshacerse, ha sido preservado para la eternidad al depositarse en el pasado”*⁸. Un diálogo sincero con el paciente en fase terminal lleva a rescatar los valores de la vida vivida que permiten dar un sentido al final.

- b) El segundo pilar para apoyarse en esa situación límite es el presente, el entorno que rodea al paciente, la atención que se le presta y el amor que se le da junto a los cuidados más completos que tengamos para solucionar los síntomas. Y esta atención implica cuidados físicos para aliviar el dolor y llegar a la sedación ante síntomas refractarios con una atención integral de enfermería. Implica cuidados emocionales que sólo se consiguen con la compañía de los seres queridos, pues el calor humano es lo que más acerca a la vida. Implica cuidados sociales dejando los problemas resueltos, claras las últimas voluntades. E implica cuidados espirituales, dando la oportunidad de hablar sobre el sentido de la vida y de la muerte, si así lo desea el paciente, con apoyo de un sacerdote o algún ministro religioso, para que exprese sus dudas y miedos.
- c) Y el tercer pilar supone una mirada al futuro, una puerta abierta a lo que va a ocurrir. La muerte es una incógnita, no tenemos una respuesta, lo que la convierte en un misterio. Quien es creyente y tiene una esperanza por su fe en una vida diferente más allá, necesita ser reforzado en su creencia pues siempre surgen dudas ante el final. De igual modo quien se considera no creyente, que no espera que haya nada más, lo que al fin y al cabo es también una creencia, pues nadie puede asegurar una cosa u otra, necesita ser aliviado del miedo a lo desconocido. Cada persona tiene sus propias convicciones, también los profesionales de la salud que estamos al lado del paciente, y no se trata de darles las nuestras en esos momentos, sino en reforzarles las suyas para ahuyentar el miedo. Me gusta transmitir a los pacientes en fase terminal que no deben tener miedo, que si temen el dolor físico, tenemos analgésicos suficientes para que no sufra, si temen ahogarse, o sufrir, tenemos sedación adecuada para el momento necesario, si temen a lo que pueda ocurrir después, no hay razón para imaginar nada malo, si temen a la soledad, que no vamos a abandonarles hasta el último instante.

CUIDAR TODAS LAS DIMENSIONES DE LA PERSONA AL FINAL DE LA VIDA

Por tanto en el paciente oncológico en la fase final de la vida la depresión puede aparecer cuando se descuidan esos aspectos, por lo que debe valorarse el cuidado de todos los síntomas, no sólo los físicos⁹. Si la persona solo ve el presente con sus pérdidas y el futuro que se desvanece con sus miedos, puede anclarse en la fase depresiva, encerrarse en sí mismo y dejar de vivir por haber perdido la esperanza. Algunos familiares preguntan qué hacer con esa persona que se hunde y no quiere saber nada de nadie. No hay que olvidar que los familiares pueden experimentar los mismos síntomas depresivos a medida que se acerca el final¹⁰.

Lo primero es tratar de comprenderlo, y respetar su postura. Pero a continuación, por el amor que se le tiene, es necesario decirle que se le respeta, que se le va a atender igual, pero que si se encierra en sí mismo está sufriendo más y sobre todo está haciendo sufrir más a los que le quieren. Por supuesto que hay que pasar esa fase, hay que llorar, hay que desahogarse, pero si se queda ahí, va a perder la vida que aún le queda por vivir. Es claro que va a vivir menos, que queda poco tiempo, pero precisamente por eso tiene la oportunidad de vivirlo con intensidad, día a día presente a presente.

No sabemos si habrá otra vida “después” de esta vida, es cuestión de fe, pero lo que sabemos seguro es que hay vida “antes” de la muerte¹¹. Si le inunda la depresión, ya ha dejado de vivir, está muriendo antes de morir. El cáncer nos da una oportunidad que no da una muerte súbita o un accidente. Nos da tiempo. A veces no demasiado, pero suficiente para poder aprovecharlo como el más importante de nuestra vida. Es la etapa final, como el último acto de la obra de mi vida, donde se desvela el argumento, el significado de lo que ha sido la vida. Si no invitamos a que la persona saque de su recuerdo los momentos más importantes la abocamos a vivir un presente de frustración por las pérdidas progresivas que supone la enfermedad. Si no le damos un entorno adecuado y unos cuidados paliativos bien aplicados, el dolor, el malestar físico, le impedirán sentirse bien y la depresión será inevitable. Si no tiene la compañía imprescindible de personas que le hagan sentirse amado, la soledad será el sufrimiento más terrible, la más terrible de las pobreza, como decía Madre Teresa de Calcuta. Si no atendemos sus necesidades sociales y espirituales, la preocupación y el miedo le quitarán la paz.

DEPRESIÓN Y EUTANASIA

La depresión en el paciente con cáncer incurable podría llevar a una demanda de eutanasia. El Dr. Marcos Gómez Sancho, del Hospital del Sabinal para pacientes terminales, en Canarias, cuenta que “la Medicina Paliativa es el mejor antídoto de la eutanasia. En nuestra experiencia, solamente un enfermo ha solicitado de forma reiterada la práctica de la eutanasia, después de haber cuidado a más de 2600 pacientes durante algo más de 5 años. Sin embargo, fueron muchos los que hicieron esta demanda cuando llegaron a nuestra Unidad por primera vez. Después de una cuidadosa atención, un buen control de síntomas, buen soporte emocional al enfermo y la familia, etc. la solicitud de

eutanasia ha quedado en una anécdota”¹². En realidad la demanda de eutanasia es una petición de ayuda, de que no se puede más y se necesita otro tratamiento.

CONCLUSIÓN

La depresión al final de la vida depende en gran medida de cómo ha sido la vida del individuo. *“Morir no puede ser jamás ningún fracaso, puesto que es una necesidad para uno mismo y para los demás... El fracaso peor y más lamentable es morir sin haber sabido vivir. No es tan importante cuán pronto o tarde se extinga una vida sino lo mucho o poco que su impronta ha empapado a los demás y viceversa”*¹³. Y esa depresión no se trata con fármacos, no es una cuestión puramente bioquímica, sino existencial. Lo único que tenemos en nuestra mano es tratar de cambiar la actitud con la que esa persona se enfrenta a su situación terminal.

*“Cuando ya no existe ninguna posibilidad de cambiar el destino, entonces es necesario salir al encuentro de este destino con la actitud acertada”*¹⁴. Pero esa labor es ineludible, no sólo para los psicólogos sino para toda persona dispuesta a compartir ese periodo duro pero único de la vida del paciente. La actitud no hará que desaparezca la tristeza pero sí la angustia, y permitirá que con el paso del tiempo se recuerde esa experiencia con serenidad.

ANEXO I:

Protocolo de Preguntas de Terapia Dignidad ⁵

1. Cuéntame un poco acerca de su historia de vida, especialmente de las partes que más recuerda o cree que son las más importantes. ¿Cuándo te sentiste más vivo?
2. ¿Hay cosas específicas que usted quiere que su familia sepa de usted, y hay cosas concretas que querría que ellos recordaran?
3. ¿Cuáles son las funciones más importantes que ha jugado en la vida (roles familiares, los roles profesionales, de servicio comunitario, etc.)?
4. ¿Por qué eran tan importantes para ti y qué crees que has logrado en esos roles?
5. ¿Cuáles son sus logros más importantes, y de qué te sientes más orgulloso?
6. ¿Hay cosas específicas que usted siente todavía necesidad de decir a sus seres queridos o cosas que te gustaría tener tiempo para decir una vez más?
7. ¿Cuáles son sus esperanzas y sueños para sus seres queridos?
8. ¿Qué ha aprendido acerca de la vida que usted quiere transmitir a los demás?
9. ¿Qué consejo o palabras de orientación desearía transmitir a su (hijo, hija, esposo, esposa, padres, otros)?
10. ¿Hay palabras o tal vez incluso instrucciones que le gustaría ofrecer a su familia para ayudarlos a prepararse para el futuro?
11. En la creación de este registro permanente, ¿hay otras cosas que le gustaría incluir?

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas Marcos, Luis. Nuestra incierta vida normal. Ed. Santillana, 2004.
2. Armstrong, Lance. Mi vuelta a la vida. Ed. RBA. Barcelona, 2000.
3. Guinot, José Luis. Entre el miedo y la esperanza. Alianza Editorial. Madrid, 2004
4. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cáncer. *Cancer* 2007 Oct 5; 110(8):1665-76.
5. Van Laarhoven HW, Schilderman J, Verhagen CA, Prins JB. Time perception of cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative, end-of-life-care setting. *Cancer Nurs.* 2011 Nov-Dec;34(6):453-63.
6. Kübler-Ross, Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo, Barcelona 1994.
7. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2011 August ; 12(8): 753–762.
8. Benigno Freire, José. Acerca del hombre en Viktor Frankl. Editorial Herder. Barcelona 2002.
9. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2008 Jan 15;148(2):141-6.
10. Tang ST, Chang WC, Chen JS et al. Course and predictors of depressive symptoms among family caregivers of terminally ill cancer patients until their death *Psychooncology.* 2012 Jul 27. doi: 10.1002/pon.3141. [Epub ahead of print].
11. Guinot, José Luis. Al final de este viaje. Alianza Editorial. Madrid 2011.
12. Gómez Sancho, Marcos. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. Las Palmas 1994. Pag 417.
13. Rodríguez, Pepe. Morir es nada. Ediciones B. Barcelona, 2002.
14. Frankl, Viktor E. Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia. Ed. Herder. Barcelona 2003.