



Deméter

Ana Cecilia Márquez¹.

¹Psiquiatra Servicio de Psiquiatría de la Maternidad Concepción Palacios
ceci2000@startmed.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

El presente caso describe a una paciente embarazada con tiroidectomía total por carcinoma tiroideo, con el fin de compartir la experiencia de entender como los elementos psicodinámicos mostrados a través de las sesiones de psicoterapia influyen en la evolución, pronóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Deméter acudió a la Consulta Externa de Psiquiatría de la Maternidad Concepción Palacios el 31-7-00, referida de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) por presentar embarazo de 10 semanas de evolución, con antecedente de tiroidectomía total por carcinoma papilar.

Se presentó totalmente vestida de blanco, con buen aspecto, alta, morena, 32 años de edad, bachiller, soltera, con pareja estable en los últimos 7 años y una hija de 14 años, producto de su primera unión. Llamaba la atención la opacidad del ojo izquierdo y una cicatriz visible que abarcaba todo el cuello. Durante la entrevista estuvo tranquila, atenta y colaboradora. Su lenguaje era coherente y con un tono de voz bajo. El pensamiento mostraba ideas de preocupación en torno a la evolución y culminación del embarazo, aunque por momentos expresaba ideas de culpa por haberse embarazado antes de finalizar el tratamiento, pues al mes de la operación le iban a hacer rastreo corporal para recibir iodo radioactivo. El tratamiento fue postergado al diagnosticar el embarazo. Comentó que antes de venir a este centro le habían informado acerca de la conveniencia de practicarle un aborto terapéutico. Por esta razón su afecto era triste pero asumía un control rápido, comentando lo siguiente: "En el año 1997, cuando fui operada de una lesión NIC III me observaron una pelota en el cuello y me explicaron la necesidad de examinarla después". Le indicaron un tratamiento que no siguió: "Me descuidé y no volví al médico".

En septiembre del año 99 comenzó el dolor en el cuello. Al momento de examinarla ya tenía 4 nódulos: "Le pedí al Dr. que hablara claro; me respondió que tenía un ganglio pegado a la yugular, que no había seguridad de sacarlo. Me fui a la casa y estaba a punto de no operarme cuando mi mamá me dijo que sí había salido de la anterior operación bien, de esta también saldría". La operación fue realizada 8 meses más tarde (junio 2000) por la escasez de cupo en el Hospital Padre Machado. Fue luego de esta intervención que se diagnosticó un embarazo de 4 semanas de gestación. Por esta razón fue referida a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico con la indicación de Euthyrox® 0.1 mg/día.



La paciente comentó que dos años antes del Dx había comenzado a asistir a reuniones de la religión santera: "En verdad no estaba aferrada a eso como muchas personas; cuando el doctor me explicó lo del problema del ganglio tuve tanto miedo que me bauticé para pagar una promesa. Me cortaron el pelo y dijeron que iba a curarme. Durante un año tengo que estar vestida de blanco (hasta abril del 2000). Estar vestida así me hace sentir liviana, me ha dado fuerza y es como estar purificándome".

La impresión diagnóstica de la consulta externa de psiquiatría fue:

1. Reacción de adaptación con síntomas depresivos.
2. Embarazo de 10 semanas de alto riesgo obstétrico.
3. Tiroidectomía total por carcinoma papilar.

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares relevantes

- Hermana con síntomas depresivos.
- Madre: osteoporosis, cardiomegalia por HTA.
- Hermano que muere a la edad de un año: "A mi mamá se le quemó".
- Tía materna: Actualmente recibe quimioterapia, posterior a mastectomía por ca de mama.
- Abuelo materno murió por ca de laringe: "No quiso operarse ni tratarse".
- Abuela materna murió por ca de útero con metástasis en estómago.

Antecedentes personales relevantes

- Lesión irreversible en ojo izquierdo con enucleación, a los 4 años.
- A los 6 años tenía pesadillas que la despertaban llorando y gritando porque veía fantasmas. No recuerda en qué momento desaparecieron, pero eran frecuentes: "Después de esto me llevaron a un psiquiatra porque sufría de los nervios".
- Hospitalizada por dos días a los 15 años por presentar cefalea que se diagnosticó como Jaqueca.
- En el año 1997 se le practicó cono uterino por NIC III.

- El 16 de marzo de 2000 se evidenció tumor a nivel de la cadena yugular superior derecha. Nódulo en el polo superior y posterior del lóbulo izquierdo del tiroides de 0,5 cm, duro, diagnosticado como cáncer papilar de tiroides. Se le practicó tiroidectomía más disección ganglionar. La biopsia postoperatoria reportó: Ca papilar de tiroides con infiltración focal de la cúpula, con metástasis a 2/7 ganglios nivel I y 1/1 ganglio nivel III.

DATOS RELEVANTES DE LA BIOGRAFÍA

Deméter proviene de una unión legal. Es la octava de nueve hermanos de los cuales viven 8. Recuerda una infancia marcada por el accidente en el ojo: "Tenía 4 años y recuerdo que mi hermanita, jugando, agarró una tijera y la metió en mi ojo izquierdo. Me taparon el ojo y me llevaron a una emergencia; solo oía que se había salido el líquido. Mi mamá cuenta que cuando llegó al hospital ya me habían operado y extraído el ojo. Desde ese momento me sentí muy complejada y mi hermana muy culpable".

A los 8 años la operaron nuevamente, pero se resistió a usar lentes de contacto: "Me ponían sobrenombres, me hacía sentir triste y me daba pena que me vieran. Tuve dificultades para estudiar por esa misma razón".

Recuerda que desde los 12 años en adelante se sentía muy triste pero su abuela materna le daba afecto, la comprendía y le daba ánimo. Sin embargo, al cumplir 14 años, la abuela murió de cáncer, situación que le causó mucha tristeza: "A partir de ese momento empezaron a surgir muchos problemas económicos pero mi papá siempre encontraba la forma de resolverlos".

El padre comenzó a presentar ingesta acentuada de alcohol. "Llegaba peleando y ofendiendo con frases como: 'eres una bruta. Todavía lo hace, aunque nunca le llegó a pegar a mi mamá'".

A los 18 años conoció a su primera pareja y se embarazó: "No sabía como decirle a mis padres. Recuerdo que mi hermanita, la que me metió la tijera en el ojo, me dijo que abortara". Se casó y fue a vivir con la suegra quien la descalificaba por su delgadez y el aspecto del ojo. El esposo le pegaba y consumía drogas. El matrimonio duró cinco años: "Fingía durante las relaciones sexuales, pero en realidad nunca sentía ningún placer". De esta unión nació una hija que actualmente tiene 14 años.

Hace 7 años conoce su pareja actual "Tiene 29 años es técnico de aires acondicionados y tiene dos hijos de su pareja anterior. No estamos casados pero pensamos hacerlo el año que viene. Tenemos buena comunicación y es muy comprensivo".

Deméter trabaja en una empresa privada desde hace tres años. Comenta que le gusta su trabajo; sin embargo, le molesta que las personas se sientan superiores: "En el trabajo anterior estuve 2 años pero me botaron porque tuve un problema con la jefe relacionado a un dinero". Trabajó con un hermano que también la culpó de "agarrarse un dinero".

EVOLUCIÓN

Deméter ha asistido de forma regular a las consultas de psiquiatría, ARO y endocrinología. Desde el inicio del tratamiento (10^{ma} semana de gestación) su preocupación se centraba en la

evolución del embarazo y el bienestar fetal. Fue referida a este centro para evaluar la conveniencia de interrumpir el embarazo. Esto la perturbaba, aunque los médicos tratantes le habían explicado que no había ninguna indicación para tal fin. Durante este tiempo y hasta las 16 semanas de gestación, presentó náuseas y vómitos que fueron disminuyendo a medida que fue obteniendo los resultados de los exámenes que confirmaban el bienestar fetal. De igual forma ocurrió con los síntomas depresivos, los cuales fueron disminuyendo, aunque cabe destacar que persistía la susceptibilidad ante las circunstancias que tenía que enfrentar.



Estuvo de reposo en su trabajo hasta septiembre de este año. Cuando se reintegró, comenzó a notar que "el ambiente era distinto" y durante varias sesiones estuvo planteando que se sentía descalificada por su jefe, no tomada en cuenta: "Ahora no me ponen a hacer el mismo trabajo que antes; se lo asignan a otra persona. Es como si ellos no quisieran que yo lo hiciera porque ya no sirvo". Al mostrarle la posibilidad de que en el trabajo la estén ayudando al evitarle la sobrecarga de trabajo y no descalificándola, como ella percibe, comenta que desde pequeña sintió que al no tener un ojo tenía que esmerarse más; añade: "Siempre me sentí muy complejada por eso". Por otra parte, comenta que siempre notó las preferencias que tenía su madre por sus hermanas y la necesidad que tenía de que la madre le mostrara lo orgullosa que estaba de ella.

Este sentimiento de frustración y descalificación la han conducido a una conducta pasivo-agresiva que ha generado conflictos laborales: "Antes, cuando el jefe o alguien que se cree muy superior a uno me decía algo, yo me ponía de mal carácter y hasta contestaba mal".

Comentó que sus hermanas: "Tienen una vida mejor; viven en sitios de mejor cultura y tienen recursos. Mi madre se siente bien con esto; cuando va a sus casas comenta lo bien que están. Esto me daba sentimientos porque yo no pude estudiar más por el problema del ojo y además me equivoqué en mi primera unión". Llamaba la atención la dificultad de la paciente para ver sus propios logros y calificarse en forma positiva, a menos que esto fuera mostrado por otra persona: "Mi pareja actual es muy buena y me comprende, además me dice que yo no debo tener envidia de eso porque cada quien es diferente y que yo debo sentirme orgullosa porque he logrado todo sin ser dependiente de los demás".

Hasta las 20 semanas de gestación, la sexualidad fue interrumpida por ausencia del deseo: "Me da miedo comentarle esto a mi esposo, no quiero que piense que no lo quiero". Posteriormente decidió hablar con la pareja, quien se mostró tolerante y decidió no presionarla. En este sentido la paciente admite que su pareja es el único que la comprende y la estimula a seguir adelante.



Con la aparición de los movimientos fetales, se reactivan las fantasías en relación al bienestar fetal: "Me siento muy deprimida, no me encuentro bien en el trabajo; además, tengo muchos problemas con mi hija que está muy rebelde y no hace caso. Como llega en la tarde no sé qué hacer después que sale del colegio; está muy contestona. Me dice que para qué voy a tener otro hijo, que ella quería ser la única. Le dije

que no fuera egoísta. Ella también me ha celado con mi esposo porque dice que yo lo quiero más a él que a ella". Se decidió darle un reposo debido a que la paciente manifestaba dificultad para tolerar el trabajo. Esto coincidió con alteraciones en las pruebas hormonales tiroideas: TSH muy disminuido con aumento de la tiroglobulina conllevando a la disminución de Euthyrox® a 0.015 mg/día. Para ese momento estaba esperando el resultado de la amniocentesis y temía que se detectara alguna malformación.

Los sentimientos de culpa generados por la exigencia de atención de la hija adoslecente, sumados a la culpa de haberse embarazado en estas circunstancias pasaban por su mente una y otra vez. Se decidió aumentar el número de sesiones a dos por semana.

Actualmente, la paciente se encuentra en la semana 26 de gestación, tiene reposo laboral y está más tranquila porque ha podido tomar decisiones importantes. Decidió enviar a la hija con su padre biológico: "Dra. después de todo lo que hemos hablado me quedé pensando que no todo debo hacerlo yo. Por eso decidí hablar con el padre de la niña y su abuela paterna y pedirles ayuda. Ella pasará los fines de semana con su padre. Me he dedicado a hacer la canastilla; me preocupa que la construcción de la casa esté tan lenta pero entiendo que no hay otra manera".

Hasta el momento Deméter no ha planteado fantasías relacionadas con el tratamiento que debe seguir después del embarazo, ni con relación a su enfermedad. La última sesión concluye diciendo: "Después de la operación la relación con mi madre ha sido mejor y me ha dado mucho apoyo". Con respecto al padre refirió: "Hace un mes estuvo mal de salud con una retención aguda de orina. Toma alcohol pero es muy indiferente, cuando bebe sigue insultando".

Exámenes complementarios realizados durante la semana 25 de gestación

TSH	0.018 u/U/ml VR: 0.4-4.0 ulu/ml
Tiroglobulina	1.2 ng/ml VR: 0.55 ng/ml
Cuestionario de personalidad SCID-II	reportó: Transtorno de personalidad dependiente con rasgos depresivos

COMENTARIOS

El embarazo es una crisis normativa en la vida, para la mujer, la pareja y la familia y es una oportunidad para la expansión de la autoimagen, gratificación de sueños y planes, maduración y realización agradable. Entre los factores citados que describen por qué un embarazo llega y continúa, están los deseos de transformar un parente idealizado, compensando la privación que tuvo la paciente con su parente en la infancia para facilitar la separación o resolver el conflicto con los padres, proporcionar la posibilidad de amar (por el niño y/o la pareja), para reemplazar un amor perdido y ofrecer la identidad sexual (9).

Desde el segundo mes suelen presentarse las náuseas y los vómitos, por lo general en la mañana, después de despertar. Investigaciones recientes no han confirmado las interpretaciones psicoanalíticas que asocian las náuseas matutinas con el deseo de rechazar el feto (9). Se ha comprobado clínicamente la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Ésta ansiedad por la incertidumbre expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la identificación de las vivencias



persecutorias que de por sí existen frente a la maternidad: son el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados con la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar. Otro aspecto importante en la psicopatología de las náuseas y vómitos comunes, es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar un niño (8). En Deméter, este temor desaparece una vez confirmado el bienestar fetal por la amniocentesis, coincidiendo con la disminución progresiva de los síntomas. Además de la negación y la proyección, la embarazada acude, por lo general, a los mecanismos de defensa maníacos. La ensoñación, las fantasías de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad, son el refugio habitual que permite la prosecución del embarazo y se basan en el instinto material, que se le adjudican a las tendencias reparatorias de la imagen materna y a la necesidad de recrearla mediante identificación. Los mecanismos maníacos exagerados y la expiación masoquista son una defensa frente a la identificación de un temor natural que surge de una factibilidad real: el niño deforme (8).

Es importante destacar aquí el papel que juega el vestido blanco: "Es como purificarse, me ha dado fuerza, me hace sentir liviana". Podría interpretarse como una defensa maníaca que juega el rol de proteger el embarazo de la paciente.

Los acontecimientos de la vida como la muerte o separación de seres queridos, la pérdida del trabajo o jubilación, el envejecimiento, se han relacionado con mayor riesgo de cáncer, porque el individuo tiene mayor dificultad en expresar los sentimientos hostiles y sufre pérdidas de seres queridos con anterioridad al diagnóstico de cáncer (2, 6). Se observan en estas personas más sucesos estresantes vividos con desesperación-depresión y presentan una menor intimidad afectiva con los padres en la infancia. Estas pérdidas se entienden en el sentido de privación de objeto y no tienen que ser siempre reales, pueden ser fantaseadas, temidas, esperadas o simbólicas (5). También se ha postulado que el conflicto inicial de desesperanza trás la pérdida y los fuertes mecanismos defensivos que caracterizan la personalidad cancerosa, sin otra alternativa que la de precipitarse en una psicosis, hacen que se facilite el crecimiento de células indiferenciadas, como un intento de reemplazar la pérdida afectiva (7).

Estudios epidemiológicos recientes han encontrado que un bienestar psicológico pobre, síntomas depresivos, baja satisfacción y aislamiento social estuvieron asociados con aumento del riesgo de cáncer. Se ha hipotetizado que la personalidad del tipo C, en la cual hay poca expresión crónica de emociones disfóricas de estrés de vida, como un patrón persistente, podría contribuir al riesgo de cáncer y su progresión. Dos áreas de estudio se dirigen a entender si los síntomas depresivos crónicos aumentan el riesgo de cáncer y si un patrón de personalidad reprimida aumenta la vulnerabilidad. Se ha dicho que el cáncer se desarrolla por una compleja interacción entre rasgos de personalidad negativa y eventos estresantes, sugiriendo una responsabilidad personal para la enfermedad. Los rasgos de personalidad que se atribuyen a los pacientes con cáncer incluyen: 1) Baja autoestima; 2) Capacidad limitada para confiar; 3) Tendencia a la autocompasión; 4) Inhabilidad para desarrollar relaciones duraderas (3).

En definitiva, el cáncer se ha asociado a una personalidad precancerosa caracterizada por inhibición emocional, negación, represión, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la

depresión, perfeccionismo, laboriosidad, estoicismo, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. La personalidad tipo C se ha postulado una como la constelación o constructo de estas dimensiones cognoscitivas, emocionales y conductuales (10).



En Deméter los antecedentes de pérdidas han marcado la trayectoria de su vida, así como jugaron un rol importante en la estructuración de una personalidad dependiente, depresiva, con tendencia a la autocompasión y dificultad en expresar las emociones.

Desde hace mucho tiempo se sostiene que existe una relación entre la exposición al estrés, estados emocionales caracterizados por ansiedad y afecciones de la glándula tiroides (1).

Son frecuentes los nódulos tiroideos en mujeres y el 2% en edad de reproducción lo presentan. Los nódulos tiroideos únicos identificados por clínica son tres a cuatro veces más frecuentes en mujeres que en hombres, con una incidencia máxima en los años de reproducción. Esta distribución de los nódulos tiroideos

sugiere una posible participación de la estimulación hormonal para su aparición. Se encuentran microcarcinomas ocultos de manera casi equivalentes en varones y mujeres, pero es más frecuente la enfermedad reconocida por clínica en estas últimas durante los años de procreación de funcionamiento hormonal, lo que sugiere participación de la estimulación hormonal para su aparición. Casi todos estos cánceres en mujeres jóvenes son diferenciados, con excelente pronóstico. Se han implicado factores reproductivos en la aparición del cáncer tiroideo, pero no hay pruebas de que el embarazo empeore el pronóstico. En otras investigaciones se ha informado casos en los que el embarazo pareció acelerar el crecimiento del cáncer tiroideo (4).

La aparición del embarazo en esta paciente no es una casualidad. Digamos que simbólicamente representa la posibilidad de proyectar vida a través del hijo; de quedarse un poco en la vida en el caso de morir; es el principio del fin.

Se apoya la utilidad de intervenciones psicoterapéuticas en reducir estrés y en promover un gran sentido de bienestar. Con éstas el paciente muestra menor estrés, aumento de la autoestima y autoimagen, menor ansiedad y mejor sentido de control. Los estudios han concluido la eficacia en muchos tipos de intervenciones tales como: intervenciones en crisis, terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, psicoterapia de apoyo utilizando métodos psicodinámicos o educacionales e hipnosis (3).

Deméter asiste regularmente a psicoterapia dos veces por semana, dirigidas a dar apoyo, aumentar la autoestima y la autoconfianza, así como a promover la utilización de defensas más efectivas para la culminación adecuada del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Herrera, Lisandro. Algunos tipos de enfermedades por conflicto entre lo necesario y la libertad. En: *Alquimia del Sufriimiento*. Editorial oveja Negra, pp 214-219.

2. Le Shan L. *Psicological sates as factors in the development of malignant disease: a critical review*. J. Nat. Cancer Inst. 1959. Vol 22, pp 1-18.
3. Lederberg, M., Massie, Mary Jane., Holland, Jimmie. *Pschiatric Consultation to Oncology. Review of Psychiatry*. 9:481-514. Falta año
4. Morris, Peter C. Embarazo complicado por Cáncer Tiroideo. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales, Vol 2. En: *Embarazo y Cáncer* (1998), pp 386-389.
5. Nesci Da, Poliseno Ta, Averna S Y Cols. La consulta psiquiátrica en el campo oncológico: Reflexiones metodológicas. En: *XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Ed. ELA-ARAN. Madrid.1983-423-430.
6. Risquez F. *El enfermo canceroso. El impacto psicológico del Cáncer*. Ed Galerna. Buenos Aires. 1978. pp
7. Rof Carballo J. *Teoría y práctica psicosomática*. Ed desclée de Brouwer. Bilbao. 1984. pp
8. Soifer, Raquel. Ansiedades específicas del embarazo. En: *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman. Buenos Aires (1992).pp:21-53.
9. Stotland, Nada., Smith & Smith Thomas. *Psychiatric Consultation to Obstetrics and Gynecology: Systems and Syndromes. Review of Psychiatry*. 9:537-563. año
10. Termoshock L, and Helen Bw. Sobre la comparación de manzanas, naranjas y ensaladas de fruta: una vista de conjunto, metodológica, de los estudios de resultados médicos en Oncología Psicosocial. En: *Estrés y Cáncer*. Cooper, CL. Eds. Díaz de Santos. Madrid. 1986. 281-319.