

Algunos principios biológicos y la conducta cancerológica que de ellos se deduce

La aplicación de nuestros conocimientos sobre el hombre como unidad. Una apertura conceptual

JOSÉ SCAHVELZON¹

Unitermos: Biología — Neoplasmas.

Key words: Biology — Neoplasms.

RESUMEN — Se estudia el cáncer humano en relación con el sistema límbico. Se explican algunas de sus funciones como el “reconocimiento o rechazo” y su interconexión con todo el organismo.

Se pretende explicar por qué el cáncer es propio y característico de cada individuo y con ese fundamento plantear una ideología asistencial integradora. Se habla de la moderna Psiconcología y en qué consiste.

“Toda exposición de principios debiera concluir en sugerencias e indicaciones concretas y factibles. El filósofo, por sí mismo suele ser rechazado, a veces con razón. Los médicos acostumbramos cortar caminos diciendo: “pero, en la práctica ...”

Los seres humanos no somos sólo células y células. Tenemos un maravilloso sistema nervioso central y una notable organización interconectada de información, regulación y elaboración que cumple trascendentes funciones. Su desarrollo y su capacidad requirió millones y millones de años para llegar hasta aquí. A él le debemos nuestra persistencia antropológica.

Creo que la cancerología puede progresar aún más si podemos reconocerlo, aceptarlo y utilizarlo.

Si se observan los libros convencionales sobre cáncer, los capítulos sobre biología y fisiología están dedicados a “la célula tumoral” y a sus estructuras; reproducción, metabolismo, etc., etc., llegando hasta la patología y biología molecular.

Esto es correcto y aún nos queda mucho por saber, pero el cerebro, el aparato psíquico, es sólo un órgano

mas. Sólo figuran los tumores que asientan en él. Se suele olvidar los mecanismos de este sistema nervioso central (SNC) que subordinan y manejan todos esos órganos, tejidos y funciones y, para nuestros conocimientos recientes inclusive coordina la reproducción celular normal y patológica. Todo ello por estímulos provenientes, en su mayor parte de esos mismos órganos o del exterior.

Dentro de este SNC humano, lo más amplio y complejo de toda la ciencia moderna, existe un notable conjunto de núcleos subcorticales conocido como *el sistema límbico*.

Regula importantes funciones y se lo conoce como la “sede de las emociones del hombre”. Está relacionado con la corteza cerebral y de él dependen, a su vez los sistemas reguladores hipotalámicos y muchas de las conductas y afectos del hombre, de sus órganos y de sus tejidos.

Una de sus más importantes funciones es el trascendente fenómeno fisiológico del reconocimiento de lo propio y de lo ajeno”. Esto significa la aceptación e incorporación de lo “útil y provechoso”. Aparato que desconoce lo que considera “ajeno o extraño”, organiza y coordina la lucha contra todo lo que se considera agresivo o dañino.

Esta maravillosa capacidad de seleccionar, incorporar, irrigar, etc., a lo que se considera propio, necesario, provechoso o que cumple alguna función y de rechazar

Recibido em 17.9.86. Aprovado para publicação em 2.12.86.

1. Cancerólogo. Prof. de Cirugía de la Universidad de Buenos Aires. Director de A.P.O. (Asistencia Psiconcológica). Secretario de ALAP (Asociación Latinoamericana de Psiconcología).

eliminar todo lo opuesto es uno de los principios que permite la persistencia de la vida sobre la tierra.

Existe en toda la escala de los seres vivos. Desde los seres unicelulares hasta el hombre*, pero la aparición de núcleos superiores (SNC) y con capacidad para modificar esa "interpretación de lo propio y lo ajeno" sólo aparece con el desarrollo mesencefálico, en etapas tardías de la evolución filogenética. Ello implica además, un perfecto sistema de comunicación e información mente-cuerpo, que se cumple en 2 milésimas de segundo.

Este aparato o sistema es tan maravilloso y perfecto que, por ej., resulta imposible la aparición o la introducción de una sola molécula proteica "ajena o diferente" en un individuo, sin que este sistema reaccione, en 2 milésimas de segundos y se inicie un mecanismo de rechazo, si así fué interpretado por su aparato límbico.

Debemos tener presente que no sólo a nivel celular y tisular sino hasta cada molécula proteica del individuo es "única". Nunca antes y nunca después existirá otro ser humano con la misma estructura molecular.

Este principio fundamental de la biología moderna, se cumple no sólo a nivel de los diferentes órganos y tejidos, sino que ocurre también en el mundo de las ideas, de los pensamientos, de los sentimientos y de las emociones.

Aceptamos e incorporamos lo que circunstancialmente nuestro aparato límbico reconoce y acepta, y rechazamos lo que se desconoce, lo que se considera perjudicial o dañino. *Tanto en el campo orgánico como psicológico.*

Este sistema o aparato, difundido por toda la estructura orgánica *es regulado y mantenido por esos centros del SNC, sus conexiones hacia la corteza que lo conectan con el exterior y sus conexiones descendentes*, hacia la totalidad del organismo. Por ej., una célula pancreática, ovárica, tiroidea, pulmonar, hepática, etc., etc., funciona, segrega o se inhibe dentro de este extraordinario sistema estructural; conectados por vía neurológica, y circulatoria, gracias a los intermediarios químicos neuronales, hormonas, sistema portal hipotalámico, etc.

Sólo como otro ejemplo, han pensado Uds. que hoy, cuando dosamos los receptores hormonales en cualquier tejido, normal o patológico, estamos aceptando la interrelación decisiva con el SNC?

* Podemos ver este hecho biológico en cualquier ser unicelular, por ej. una ameba. Su vida depende de su capacidad de englobar o captar lo útil, alimenticio o necesario y de rechazar, o alejarse de lo agresivo, irritante o perjudicial. Gracias a ello sobrevive.

Los estímulos provocadores o inhibidores que de ese aparato surgen no se inician allí, sino que funcionan en interrelación perfecta y se transmite en uno o dos milésimas de segundo en una maravillosa retroalimentación.

Por eso, la unidad mente-cuerpo es hoy un hecho fisiológico conocido y no sólo una concepción filosófica.

NO ES ACEPTABLE UNA PSICOLOGIZACION NI UNA SOMATIZACION. EL INDIVIDUO SE ENFERMA COMO UNIDAD

Se progresa notablemente en el conocimiento de los reguladores e intermediarios químicos de este mecanismo de aceptación o rechazo. Tanto en lo psíquico como en lo orgánico. Con los primeros, los reguladores o intermediarios psíquicos, los psicofármacos y la Psicoterapia adecuada, podemos introducir en el hombre ideas, razonamientos, conceptos, conductas, etc., que hubieran sido naturalmente rechazadas. Con los depresores de este mecanismo de rechazo en el campo orgánico, podemos hacer trasplantes de órganos y tejidos.

El hecho que acabamos de describir, de la aceptación y del rechazo, tanto en el campo orgánico como en el campo psíquico tiene en el hombre, características circunstanciales, cambiantes, dinámicas y orgánicas en dos aspectos:

El primero es que los elementos hoy rechazados pueden ser aceptados mañana, y viceversa. Los que hoy aceptamos e incorporamos pueden ser desconocidos y rechazados mas tarde. Esto corresponde a la fracción mayor o menor de libre albedrío que tiene el hombre, y dependiendo de la subordinación parcial del sistema límbico a los estímulos provenientes del exterior, por la corteza cerebral y del interior del organismo, por las vías descritas.

El segundo aspecto es que cada uno de esos elementos, llegados a nuestro organismo desde su mismo interior o del exterior, deje siempre y en forma definitiva su huella.

Esto se evidencia por una "cicatriz" en el área orgánica, por una impronta inmunológica y por una modificación también definitiva de la proteína neuronal. Que nuestra conciencia lo registre y lo recuerde o permanezca en el inconciente, es totalmente circunstancial.

Por esto, quizás tengamos ya un fundamento histórico-químico a la teoría psicoanalítica.

Existen otros puntos que deseo comentar para arribar a una comprensión de esta propuesta de nuevos caminos de la cancerología moderna.

Aquel concepto tradicional, de reproducción anárquica y desordenada, de células que escaparon al control o al plan general del organismo, no es así.

El tejido tumoral, en cada oportunidad mantiene una organización y estructura que le es característica. Su desarrollo y evolución siguen leyes fijas, permanentes, que se repiten en cada caso. Con una histopatología, histoquímica, metabolismo, reproducción, capacidad migratoria, diseminación, colonización, interdependencia con el resto del organismo, receptividad y sensibilidad hacia hormonas y metabolitos, etc., etc. similar para cada tipo de tumor.

Gracias a esas constantes histológicas y biológicas podemos reconocer los tumores y tratarlo. Por eso existe la Cancerología como rama de la medicina. Las diferencias existentes entre la célula normal y la neoplásica no nos autorizan a suponer anarquía ni desorden. Es "otro orden".

Conozcamos o no la totalidad de las diferencias que separan una de la otra, lo que ya sabemos es lo que nos permite tratar la enfermedad. Por que es "diferente" de lo normal, pero siempre igual a si mismo y similar al próximo cáncer.

Además, lo que llamamos cáncer, en la clínica humana no es un aspecto histológico ni histoquímico, sino *un comportamiento*, una conducta. Es deducible casi siempre de ese aspecto maligno histológico. No existen "aspecto maligno", sólo puede existir un *comportamiento maligno*.

Llegados hasta aquí en este replanteo tan ambicioso, aún quedan algunos puntos mas.

Todos sabemos que en el curso de la reproducción celular y renovación tisular aparecen algunas células "diferentes", de aspecto neoplásico o similar y que por ser desconocidas o consideradas "ajenas" por el organismo, es decir por aquel sistema de reconocimiento, no tienen porvenir genético.

No tardan en ser eliminadas y es posible encontrarlas en la circulación, lo que no tiene mayor significación como patología.

Siguiendo esta línea de pensamiento, hasta aquí perfectamente conocida, podemos arribar al concepto de que para que estas células puedan continuar reproduciéndose y llegar a constituir un tumor y comportarse como cancerosas, *deben ser reconocidas y aceptadas como propias*, aceptadas e incorporadas a ese organismo.

Observen Uds. que hemos llegado así al hecho fundamental de que *el cáncer, para ser tal y poderse comportar como tal, debe ser aceptado, incorporado y reconocido como propio por ese organismo***.

El cáncer le pertenece a cada individuo, a cada enfermo, del punto de vista biológico, bioquímico y de su Sistema Nervioso Central! No podrá ser injertado a otro ser humano.

Este hecho fundamental de su aceptación como parte de ese organismo hace que normalmente no se organicen defensas efectivas contra él y además, que hasta muy avanzado en su evolución no provoque sintomatología clínica por si mismo. Podemos decir: por que le es propio! Le pertenece, es característico de esa persona tanto del punto de vista del cuerpo como de su aparato psíquico!

Otro hecho reenfocado: todos sabemos que cuando un tumor tiene evidencia clínica han transcurrido, por lo menos 3/4 partes de su vida posible, 4 a 5 años para algunos tumores. Sin embargo, hasta esas etapas avanzadas en que aparecen fenómenos secundarios, el cáncer no implica inmunodeficiencia general. Sólo una "inmunodeficiencia" muy parcial y selectiva hacia ese tumor y, aún así dudo que pueda llamarse deficiencia.

Yo creo comprenderlo mejor al llamar a ese fenómeno como "*inmunoindiferencia*".

Inmunoindiferencia similar a la que existe normalmente hacia cualquier otro órgano de la economía, en el paciente.

Por todo lo dicho hasta aquí, desearía haberlos llevado a la conclusión de que *el cáncer pertenece al individuo, considerado como una totalidad. Que en ese hecho interviene obviamente su sistema nervioso central y su aparato psíquico*.

Que al incluir esta pertenencia en su aparato psíquico, estamos hablando también de su estructura psicológica.

** Sólo existen dos ejemplos de esta "aceptación" espontánea de la estructura proteica disimil. Además del cáncer, el embarazo. También se han creado estructuras químicas (plásticos) inexistentes en la naturaleza y que el organismo suele aceptar sin reacción.

Que dado que esta pertenencia existe, ineludiblemente, desde el primer momento de su desarrollo, algunos años antes de nuestras posibilidades habituales de diagnóstico clínico, no es difícil rastrear en esa época de la historia de nuestro paciente, los hechos psíquicos *que acompañaron esta situación*. Una perfecta sincronización psicoorgánica. Nunca una dependencia, en ningún sentido.

Como médico puedo comprender una gran resistencia a aceptar como propio, como integrado en su historia o biografía personal a un proceso que no tratado, lo lleva a la muerte. ¿Pero, en qué se diferencia de una oclusión coronaria, de una hemorragia cerebral, de una crisis hipertensiva, de una úlcera de duodeno, etc., etc?

Así como disponemos de una amplia gama de tratamientos en el área orgánica, también disponemos de ellos en la esfera del sistema nervioso central y en la psíquica.

En el área orgánica: no es el objetivo de este trabajo comentar los tratamientos del área orgánica. La cirugía, las radiaciones y la quimioterapia constituyen cuerpos de doctrina y práctica científica perfectamente accesibles pero, injustamente consideradas como lo único posible.

En la esfera psíquica: lo que sí es el objetivo de este comentario *es incorporar, agregar* a ese cuerpo de doctrina cancerológica orgánica, el campo inmenso, novedoso y pleno de posibilidades cual es el reconocer, aceptar y utilizar todo lo que la fisioneuro-endócrino-psicología normal y patológica está dispuesta a brindarnos.

Llegados a este punto, deseo comentar que dado el habitual desconocimiento del tema en la medicina tradicional, uno de los grandes problemas de lo que ahora podemos llamar PSICONCOLOGIA, es el charlatanismo pseudo-psicológico que puede llegar a ser deslumbrador, pero en la práctica totalmente ineficaz.

Volviendo a los elementos disponibles en la esfera psíquica, podemos comentar primero sobre los psicofármacos. El descubrimiento mas arrollador de la farmacología moderna y cuyas aplicaciones en oncología cubren un amplio panorama. No sólo sus indicaciones para cada uno de los cuadros sintomáticos sino también sus contraindicaciones, al interactuar con los quimioterápicos, provocar leucopenias, exacerbar las reacciones secundarias a drogas y radiaciones, etc., etc.

El segundo elemento disponible para la esfera psíquica es la *psicoterapia adecuada a oncología*.

¿Qué es entonces la *Psiconcología*? Es una ideología asistencial que podría expresarse así: *Si tratamos al mismo paciente. Si nuestra meta terapéutica es la misma.*

Si nos referimos a la misma enfermedad, que sabemos existe tanto en el área orgánica como en la psíquica, tratemos ambas áreas de acuerdo, desde el primer momento y sabiendo cada uno que esta haciendo el otro.

Concretamente, o en la práctica, ¿en qué consiste esta propuesta de Psiconcología?

Si aceptamos al paciente como una unidad psico-física, deberá ser examinado y atendido en ambos campos, en forma contemporánea, desde su ingreso y desde el consultorio externo. Esto implica un lugar, claramente determinado, para el psicoterapeuta***.

Así como en su área orgánica se examina un paciente y se toma una decisión terapéutica, del mismo modo se procede en su área psíquica.

Esto no significa que todos los pacientes requieren tratamiento psicoterápico, pero sí todos requieren que se reconozca que tienen un sistema nervioso central y un aparato psíquico fundamental del cual, como especie, debemos estar muy orgullosos y de ninguna manera menoscarlo o ignorarlo.

Y, más aún, que provienen de un entorno socio-cultural dentro del cual están integrados ineludiblemente, como uno de los nudos de una red y al que deberán regresar. ¿Qué pacientes con cáncer y, eventualmente su entorno, requieren tratamiento psicoterapéutico adecuado?

Esto es estrictamente local, cultural y circunstancial. Depende del modelo cultural médico y su conocimiento del tema y de la forma, lugar y momento en que se permite expresarse al paciente.

Deseo repetir, que la incorporación de "lo psicológico" al tratamiento del paciente con cáncer no depende de la presencia o disponibilidad de psicólogos y mucho menos de psiquiatras, sino del conocimiento real y aceptación de este área por el médico tratante, que aún en lo emocional, no debería abandonar el manejo de su paciente.

Sobre la organización de este trascendente complemento de la asistencia oncológica, quiénes, cómo, dónde y cuándo, será motivo de un próximo trabajo.

Para concluir y de las preguntas posibles, podríamos decir: ¿Este planteo asistencial podrá mejorar nuestras estadísticas? ¿Las mejora, en la realidad?

*** La existencia de una estructura independiente y alejada adonde es remitido el paciente, se ha mostrado totalmente ineficaz, sin sentido coherente para médicos y pacientes y especialmente disociado. Ninguno sabe qué está haciendo el otro, se ignora la historia clínica y no existe respeto recíproco. El lugar del psicólogo es al lado del médico y trabajando en forma conjunta.

Decididamente, yo creo que sí, y por varias razones: si nuestros pacientes se sienten mejor y su familia se siente mejor y puede ayudarlo en forma mas eficaz. Si su respuesta personal a los tratamientos orgánicos es mejor, ya estamos mejorando los resultados.

Abrimos nuevos y promisorios caminos a la investigación científica, que ya está transitando por estos caminos en muchos lugares del mundo.

Si el médico y el equipo tratante se sienten mejor y aliviados de un aspecto stresante y perturbador de nuestra labor. Pueden actuar con mas libertad y se capacitan para no sufrir en si mismos el efecto de tratar a estos pacientes y así, es mas fácil ser cancerólogo. Para mi eso es mejorar los resultados.

En cancerología del área orgánica, las estadísticas miden los porcentajes de respuestas y promedios en la sobriedad. Los resultados, progresivamente crecientes son dignos de admiración. En Psiconcología se mide además cómo se siente el paciente, su familia y el médico.

SUMMARY

The author studies human cancer in relation to limbic system. Some of its functions, like the "recognizing or rejecting principle" and the interconexión with the whole organism up to cellular structures are explained.

The author intends to explain why a cancer is unique and characteristic of each person.

Taking this as an assistential ideology, some definitions of what is modern Psychoncology about are outlined.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BACON, CL; RENNECKER, R; CUTLER, M A psychosomatic survey of cancer of the breast. Psychosom. Med. 14: 453-560, 1952.
2. BAHNSON, MB & BAHNSON, CB Ego defences in cancer patients. Ann. N.Y. Acad. Sci. 164: 546-557, 1969.
3. BALITSKY, KP Some published data pertaining to the nervous system role in malignant tumor pathogenesis. Clin. Med. 2: 41-49, 1952.
4. ENGELL, HC Cancer cells in the blood; a five to nine year follow up study. Ann. Surg. 149: 457-469, 1959.
5. GAETANI, G L'hypothalamus dans les neoplasies maligne et les leucemies: considerations anatomo-pathologiques et pathogeniques. Press Med. 51: 2.081-2.084, 1957.
6. GREENE, WA The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. Ann. N.Y. Acad. Sci. 125: 794-801, 1966.
7. KAVETSKY, RE et al The neoplastic process and the nervous system. Washington, National Science Foundation, 1960.
8. KAVETSKY, RE; BALITSKY, KP; KORENEVSKY, LI Tumor process and nervous system. K., Gosmedizdat, Ukr. SSR, 1958, p. 293.
9. KAVETSKY, RE Tumor and organism. K., Gosmedizdat, Ukr, 1962, p.299.
10. KAVETSKY, RE; TURKEVICH, NM; BALITSKY, KP On the psychophysiological mechanism of the organism's resistance to tumor growth. Ann. N.Y. Acad. Sci. 125: 933-945, 1966.
11. KAVETSKY, RE; TURKEVICH, NM; BALITSKY, KP On the psychophysiological mechanism of the organism's resistance to tumor growth. Ann. N.Y. Acad. Sci. 125: 933-945, 1966.
12. LACASSAGNE, A Hypothalamus et cancer. Press Med. 51: 2.285-2.288, 1961.
13. LATMANIZOVA, LV Functional peculiarities of nervous system during cancer. Sc. Notes Leninr. Pedag. Inst. 20: 1-9, 1956.
14. LESHAN, LL An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. Ann. N.Y. Acad. Sci. 125: 780-793, 1966.
15. LISTER, TA et al Early central nervous system involvement in adults with acute non-myelogenous leukemia. Br J. Cancer 35: 479-483, 1977.
16. NIEBURGS, HE et al The role of stress in human and experimental oncogenesis. Cancer Det. Prev. 2: 307-336, 1979.
17. RAHE, RH Subject's recent life changes and their near-future illness susceptibility. Adv. Psychosom. Med. 8: 2, 1972.
18. SCHMAHL, D Carcinogenic action of anticancer drugs with special reference to immunosuppression. Cancer, 40: 1.923-1.977, 1977.
19. SKLAR, LS & ANISMAN, H Stress and coping factors influence tumor growth. Science, 205: 513-515, 1979.
20. SMITHLINE, F; SHERMAN, L; KOLODNY, HD Prolactin and breast carcinoma. N. Engl. J. Med. 292: 784-792, 1975.
21. SOLOVYEV, AA The nervous system role in pathogenesis of tumors and the basic prospects of developing this problem. Probl. Oncol. 6: 3-7, 1960.
22. STEIN, M; SCHIAVI, RC; CAMERINO, M Influence of brain and behavior on the immune system. Science, 191: 435-44, 1976.
23. THOMAS, CB & GREENSTREET, RL Psychological characteristics in youth as predictors of five disease states: suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease, and cancer. Johns Hopkins Med. J. 132: 16-43, 1973.
24. TURKEVICH, NM The development of the neoplastic process during functional changes in the higher part of the nervous system. In: R.E. Kavetsky (ed.). The neoplastic process and the nervous system. Kiev, The State Medical Publishing House, 1958.
25. VAN WOETT, MH & PALMER, SH Inhibition of the growth of mouse melanoma by chlorpromazine. Cancer Res. 29: 1.955-1.955, 1969.