

# **“Diferentes miradas en el abordaje respecto a la Etiología y Tratamiento Psicológico de personas con cáncer”**



**Romina Duro  
Noelia Duro**



W

Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de Mar del Plata

Diferentes miradas en el abordaje respecto a la etiología y tratamiento  
psicológico de personas con cáncer.

Informe final del Trabajo de investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. (143/89).

Duro, Noelia, 5717/02, D.N.I: 30.534.050

Duro, Romina, 5267/00, D.N.I: 28.789.517

Supervisor: Lic. Llull, Darío.

Cátedra de radicación: Instrumentos de Exploración Psicológica I.

Fecha de presentación: 14 de Abril de 2008.



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
	Pase
	N° INVENTARIO :
	R-516

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Duro, Noelia y Duro, Romina, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.



"El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos Duro, Noelia y Duro, Romina, matriculas 5715/02 y 5267/00, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 14 días del mes de ...abril... del año 2008"



Darío Martín Llull  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M.P. 45.993

Firma, aclaración y sello de supervisor

En la presente expreso mi evaluación del trabajo de investigación de las alumnas Noelia Duro y Romina Duro titulado "Diferentes miradas en el abordaje respecto a la etiología y tratamiento psicológico de personas con cáncer".

Se evidencia en las alumnas un interés por la temática, manifestado en la continuidad de su preocupación en la psico-oncología a lo largo de los últimos años; como alumnas del seminario de orientación sobre pacientes con enfermedades físicas y en su propuesta del presente proyecto de investigación. Su responsabilidad y compromiso con la tarea desde el inicio del trabajo se ha demostrado en la seriedad con la que abordaron la temática, la extensa búsqueda de bibliografía, la diversidad de los materiales seleccionados, la traducción y lectura de los mismos y la realización de entrevistas a profesionales en el área. La tarea ha tenido un acento prioritario en el trabajo bibliográfico, complementándose con el acercamiento a la perspectiva de profesionales que actualmente trabajan con pacientes con cáncer.

Expreso mi evaluación satisfactoria con el presente trabajo. Asimismo, dejo a consideración de los profesionales dispuestos por la Facultad de Psicología la evaluación de la calidad académica del informe final y saludo atentamente.



Lic. Darío M. Llull

Darío Martín Llull  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M.P. 45.993

Mar del Plata, 28 de marzo de 2008.

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por los alumnos Duro, Noelia y Duro, Romina, matrícula 5715/02 y 5267/00".

Firma y aclaración de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 143/89**

**APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:**

Duro, Noelia Matrícula: 5715/02

Duro, Romina Matrícula: 5267/00

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:**

Instrumentos de Exploración Psicológica I.

**SUPERVISOR:** Lic. Llull, Darío.

**TITULO DEL PROYECTO:** Diferentes miradas en el abordaje respecto a la etiología y tratamiento psicológico de personas con cáncer.

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA:**

Las áreas psicológica, social, ética y espiritual del cáncer han sido exploradas activamente durante los pasados 20 años por pequeños grupos en centros de cáncer a lo largo del mundo. Claramente la Psicooncología ha llenado una necesidad circundante en el cuidado del paciente con cáncer. El objetivo del presente proyecto es explorar, conocer y describir los diversos tipos de psicoterapias a partir de las cuales se abordan los pacientes oncológicos, como así también acceder a las diferentes concepciones que cada una de ellas posee sobre dicha afección, y las técnicas que utilizan con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. Es importante tener en cuenta que la psicoterapia y una gama



muy amplia de intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales, conductuales y psicoeducacionales han mostrado ser efectivas en el tratamiento de muchos pacientes incorporando conceptos como calidad de vida y cuidado paliativo, así como el abordaje de la dimensión espiritual.

Para tal fin, se recabará información bibliográfica y en bases de datos, y además se le administrará una entrevista a profesionales abocados a esta disciplina.

**PALABRAS CLAVE:** Psicooncología, Marcos teóricos, Psicoterapias, Cáncer.

#### **DESCRIPCION DETALLADA:**

##### **Motivos y antecedentes.**

Actualmente cuando se hace referencia al tratamiento del cáncer, con gran sorpresa nos encontramos con un conjunto gigantesco de investigaciones y aplicación directa al paciente de procedimientos para "atacar", "controlar", "destruir" o "extirpar" el cáncer. La transición del cáncer, desde un grupo de enfermedades rechazadas y sin esperanza, a otro con posibilidad de curación, incrementó esfuerzos terapéuticos y la amplia investigación despertó mayor interés por los aspectos psicológicos de la enfermedad. Con la misión objetiva de enfrentarse a las dimensiones humanas del cáncer y a su impacto sobre las funciones psicológicas y sociales de los pacientes, sus familias y el personal que los atiende, se desarrolló el campo de la Psicooncología.

Ahora, la sobrevivencia no posee prioridad exclusiva; también la tienen la calidad de vida y la oportunidad y calidad de una buena muerte.

Los trastornos psicológicos que acompañan al proceso de enfermar de cáncer han sido reconocidos y se intenta evaluarlos cada vez más y mejor, porque son tratables y de su resolución psicoterapéutica depende no sólo el bienestar del paciente sino también el éxito de los tratamientos médicos que se aplican. El psicooncólogo busca movilizar las capacidades de autocuración del paciente y lograr que contribuyan al programa médico. (Bett, s/f). La misión es promover el bienestar psicológico, social y físico de los pacientes de cáncer y de sus familias, a través de las diversas etapas de la enfermedad.

De acuerdo con esto, creemos que es de vital importancia poder acercarnos a un área de especialización que está avanzando cada día más, y donde el rol del profesional está adaptándose para el abordaje de esta problemática.

Otro de los motivos que nos impulsan a interesarnos por esta disciplina es la posibilidad de adquirir conocimientos acerca de los avances de las psicoterapias en el abordaje psicológico del paciente con cáncer, desde una perspectiva biopsicosocial. Tomando en consideración las diferentes miradas que hacen los profesionales en función de su marco teórico sobre dicha afección, ya que a lo largo de la carrera no hemos recibido información sobre la misma. Considerando, que a pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos, los efectos colaterales de las terapias tradicionales han disminuido la calidad de vida de las personas con cáncer.

La Psicooncología advierte la importancia de valorar otros parámetros, distintos a los estrictamente biológicos, en el tratamiento del cáncer.

En función de lo leído se rescata como uno de los objetivos fundamentales de las diferentes intervenciones psicológicas que el paciente diagnosticado de cáncer y que debe ser tratado, mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico con ausencia de problemas emocionales, (ansiedad y/o depresión), y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza, tienen además la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos. Las intervenciones psicosociales desarrolladas en pacientes de cáncer durante los últimos diez años se han mostrado eficaces, a pesar de la disparidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas. (Barez, Blasco y Fernández Castro, 2003).

Al paciente de cáncer se le han aplicado, y siguen aplicándose, numerosos procedimientos terapéuticos, desde la más remota hipnoterapia hasta el "counselling" más moderno, pasando por todo tipo de psicofármacos y terapias más o menos experimentadas, así como por las distintas asociaciones de enfermos, programas de rehabilitación – tales como "Reach to Recovery" –, etc. Todo se ha aplicado, modificado y adaptado para los pacientes. (Durá e Ibáñez, 2000).

Dentro de esta investigación detallaremos los programas de intervención más utilizados actualmente con pacientes oncológicos, tales como:

- *Psicoterapia psicodinámica* (psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, tales como: exploratoria, de apoyo al yo, terapias de intervención en crisis, psicoterapias orientadas al insight). Los elementos comunes incluyen un foco en el conflicto

central según se presenten en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. Estos conflictos son analizados y trabajados activamente con el terapeuta en una posición de neutralidad. (Almanza – Muñoz, Straker y Holland, 1993)

▪ *Psicoterapia cognitiva* es una psicoterapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada hacia la resolución de problemas cuyo objetivo es modificar el procesamiento de la información defectuoso. En esta psicoterapia los individuos participan activamente en la construcción de la realidad. Es una teoría mediacional. Los procesamientos y contenidos cognitivos median, no causan, conducta y emoción. Adopta el marco del tiempo presente, si bien la comprensión de los sucesos del pasado puede ser relevante, el tratamiento debe implicar la modificación del funcionamiento cognitivo habitual. (Marrero Quevedo y Carballeira, 2002).

▪ Desde la *teoría sistémica*, se debe percibir la enfermedad dentro de la unidad familiar, en función de la concepción familiar del paciente. Es decir, que la enfermedad deja de estar centrada en la persona o en la sintomatología específica del paciente individual. La familia no es un “espejo sin reflejo”; es el sistema básico de cuidado y protección y el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia. De la misma manera que el paciente es parte integral de la unidad familiar, así la familia es producto integral dentro de su contexto cultural, social e histórico. Esto se convierte en un concepto fundamental dentro de la trayectoria de la enfermedad crónica, ya que los mecanismos por los cuales las familias hacen frente son influenciados en gran parte por sistemas personales de creencias, tabúes, mística cultural y social que atribuyen el significado del “por qué” a la enfermedad y al paciente de cáncer en particular. El desafío impuesto a los profesionales de Psicooncología será entonces múltiple: realzar factores protectores de la familia ayudándole a identificar el propio sentido de control, identificar y reducir los factores de riesgo en un esfuerzo por alcanzar un funcionamiento más equilibrado y adaptativo de vida, etc. Estos factores deben reflejar y amalgamar la identidad social y cultural, la calidad de vida de cada familia y de cada miembro en particular. (Baider y Wein, 2001).

▪ El *enfoque gestáltico* pretende no seguir dividiendo al ser humano, restaurándole su dignidad como persona, y es novedoso pues nos permite trabajar con los órganos enfermos a modo de recuperar el mensaje de la enfermedad e integrar

aspectos rechazados de la personalidad que se manifiestan en este mensaje. (Varas y Martínez, 2006). Entre las técnicas utilizadas por este enfoque encontramos la danza terapia.

▪ *Psicología Transpersonal*, aquí nos encontramos con la base teórica de la Tanatología, cuya finalidad es trabajar el miedo a la muerte, preparando, al mismo tiempo mejor a las personas para la vida. De la misma manera, quien teme a la muerte teme a la vida. La importancia de la tanatología está en que en la reflexión sobre la propia muerte encontraremos un sentido para la existencia y aprenderemos cómo contribuir a enriquecerla en el trabajo, en las relaciones, en nuestros objetivos e ideales. El uso de la tanatología en los medios hospitalarios es fundamental para trabajar el aspecto emocional del paciente terminal en el sentido de lidiar con sus miedos y depresión, posibilitándoles la oportunidad de participar de la muerte como participaron de la vida. Constituye un gran auxilio para que estos pacientes lidien de manera positiva con ese intenso sufrimiento, liberen el dolor y reconstruyan la vida. (Limongi, 1996).

#### **Objetivo General.**

- Explorar y conocer las diversas terapias que se han propuesto para abordar a los pacientes oncológicos.

#### **Objetivos Particulares.**

- Describir la concepción actual de la Psicooncología, y el motivo de su aparición.
- Explorar las diferentes concepciones en relación a la etiología de la afección.
- Desarrollar los significados que tienen de la enfermedad los diferentes modelos de intervención psicológica.

#### **Hipótesis.**

Al tratarse de un estudio exploratorio – descriptivo, no resulta pertinente establecer una hipótesis para el desarrollo del mismo.

#### **Métodos y Técnicas.**

El carácter de nuestra investigación es de tipo exploratorio y bibliográfico. El primer

paso, lo constituye la búsqueda de información en diferentes fuentes: bibliotecas de instituciones académicas, base de datos específicas de medicina y psicología (bireme, science direct), sitios específicos de Internet; entre ellos se destacan psicooncología.org, de psicoterapias.com, psiquiatría.org.co, revistas electrónicas (dialnet), libros específicos, destacándose, "Psicooncología: diferentes miradas", "Psicoanálisis y Oncología (al pie de lo que pasa)"

El segundo paso, consistirá en la lectura de los materiales recogidos y la previa traducción de algunos de ellos con el objetivo de clasificar y seleccionar la bibliografía adecuada para la concreción de los objetivos de nuestra investigación.

En un tercer momento se realizarán entrevistas semiestructuradas a profesionales abocados al trabajo con pacientes oncológicos, en diversas instituciones de la ciudad de Mar del Plata, como en localidades de la Provincia de Buenos Aires (Pellegrini, Trenque Lauquen).

**Lugar de realización del trabajo.**

Universidad Nacional de Mar del Plata.

### Cronograma de Actividades.

Mes de Actividad	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda Bibliográfica	■					
Traducción de Textos	■					
Lectura de la Información y clasificación		■				
Elaboración de la Entrevista		■				
Administración de entrevistas			■			
Análisis de las entrevistas				■		
Integración de la Información y elaboración del informe final					■	■

## Bibliografía básica de referencia.

- Almanza - Muñoz, J.; Norman Stranker, M.; Holland, J. (s/f) Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer. Disponible en: <http://www.apm.org.mx/dreamweaver/publicaciones/1993/34/psicoterapia.html-51K>
- Baider, L (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. Revista: Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, vol 3, N° 003, pp. 505-520. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf)
- Barez, M.; Blasco, T.; Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. Universidad Autónoma de Barcelona (España). Anales de Psicología. 2003, vol 19, n° 2 (Diciembre), 235-246. Murcia (España), ISSN: 0212-9728. Disponible en: <http://www.um.es/analesps>
- Bett, C. (s/f) Constitución anímica del paciente con cáncer. Personalidad premórbida y cáncer. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.
- Carballeira, M.; Marrero Quevedo, R. (2002) Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer Universidad de La Laguna. Revista: Internacional Journal of Psychology Therapy. 2002, Vol. 2, N° 1, pp. 23-29. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- Dura, E.; Ibañez, E. (2000) Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Universidad de Valencia, España. Disponible en: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-I-1/um-1-4-pp27-43.pdf>
- Limongi, M. (1996). Tanatología, la muerte como transición. Revista Planeta (Brasil), N° diciembre 1996. Traducción de Susana Binda. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.

Martínez, A.; Varas, M. (2006). El Enfoque Gestalt. Disponible en:  
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp>

Firma del Supervisor

Lic. Lull Dario M.  
Psicologo  
N.P. 45993

NOELIA DORO

Firma de los Alumnos

PIÁrea de Investigación

Resultado de la Evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

Declaro a Evaluación Lic. Intozzi

Intozzi  
APROBADO.  
13/09/07.

## Índice General.

Introducción.....	1
Agradecimientos.....	3
Capítulo I	
<b>Introducción a la Psicooncología</b>	
1.1 <i>Desarrollo de la Psicooncología en el mundo.....</i>	4
1.2 <i>Desarrollo de la Psicooncología en la Argentina.....</i>	9
1.3 <i>Rol del Psicooncólogo.....</i>	13
1.4 <i>Psicoterapias frente al paciente oncológico.....</i>	19
Capítulo II	
<b>Diferentes abordajes psicoterapéuticos</b>	
2.1 <i>Abordaje Cognitivo – conductual.....</i>	20
2.2 <i>Abordaje Sistémicos.....</i>	64
2.3 <i>Abordaje Psicoanalítico.....</i>	76
2.4 <i>Abordaje Humanistas.....</i>	100
2.5 <i>Abordaje Transpersonal.....</i>	117
2.6 <i>Abordajes Integrativos.....</i>	125
Capítulo III	
<b>Cuidados Paliativos .....</b>	<b>142</b>

Capitulo IV

**Entrevistas a profesionales**

<i>Entrevista Lic. Llull Darío</i> .....	152
<i>Entrevista Lic. Novelli Susana</i> .....	163
<i>Entrevista Lic. Salvadori Mercedes</i> .....	175
<i>Entrevista Lic. Zapata Torres Tatiana</i> .....	184

Capitulo V

<b>Conclusiones</b> .....	200
---------------------------	-----

Bibliografía.....	209
-------------------	-----

## Introducción

El cáncer constituye un grupo heterogéneo de enfermedades con etiología, tratamiento y pronóstico diferente. El diagnóstico de cáncer puede significar el enfrentamiento con una muerte inminente; de hecho, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte, después de los accidentes. Sin embargo, gracias a los avances de los tratamientos, las expectativas de vida son mayores con lo que, cada vez más, el diagnóstico de cáncer se equipara al sufrimiento de una enfermedad crónica de carácter amenazante para la vida a la que la familia y el paciente deberán enfrentarse durante un periodo indeterminado de tiempo. ✓

La imagen social y mítica dada al cáncer es su significado del sufrimiento físico y psicológico de la muerte inevitable, del estigma de la culpabilidad y la vergüenza. (Faltan citas) solo la palabra?

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos... que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo, la Psicooncología busca entender el tratamiento del cáncer como un proceso interdisciplinario, ofreciendo apoyo a las reacciones psicológicas del paciente, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, comprendiendo y tratando aspectos emocionales de pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida, entendida ésta como un conjunto de tres factores: estado físico, bienestar emocional y funcionamiento socio-familiar-ocupacional (o escolar).

El objetivo del presente proyecto es explorar, conocer y describir los diversos tipos de psicoterapias a partir de las cuales se abordan los pacientes oncológicos, como así también acceder a las diferentes concepciones que cada una de ellas posee sobre dicha afección, y las técnicas que utilizan con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. ✓

El mismo se llevó a cabo a partir de la recopilación de información bibliográfica acerca de la temática, así como también a través de entrevistas a profesionales abocados a dicha disciplina, con el objetivo de conocer su forma de trabajo, a fin de contrastar la información teórica con la forma de trabajo llevada a cabo por los mismos.

Por otro lado, a partir de la información brindada por las entrevistas, se confeccionó una conclusión, donde quedaron plasmadas las similitudes y diferencias entre los distintos profesionales, pertenecientes a diferentes marcos teóricos, a la hora de abordar el paciente oncológico. ✓

Consideramos de vital importancia el abordaje de este tema, porque como ya se comentó anteriormente, el cáncer por su complejidad, requiere de un abordaje interdisciplinario, siendo la psicología una de las disciplinas que intervendrán tanto en el paciente, en su familia, como también en el equipo tratante, y como tal, nos resulta necesario hacer conocer los tipos de intervención existentes desde nuestro campo de estudio, fundamentalmente debido a que nuestra currícula no cuenta con ninguna materia específica sobre dicha especialidad, ni tampoco brinda información acerca de la misma.

## Agradecimientos

A nuestro Director; Darío Llull por su participación, colaboración y orientación  
a lo largo de nuestro recorrido.

A los profesionales, Susana Novelli, Mercedes Salvadori y Tatiana Zapata  
Torres por su predisposición hacia nuestra entrevista y por brindarnos sus  
experiencias para enriquecer y evacuar nuestras inquietudes.

A Lujan Florio, por ayudarnos a pensar y crear nuestro logo.

A nuestra amiga, Miriam Fernández, quien nos ofreció información tanto  
bibliográfica como para el establecimiento del primer contacto con una de las  
profesionales mencionadas.

Por último, a todos aquellos que de una manera u otra han contribuido y  
apoyado nuestro trabajo.

# CAPITULO I

## Introducción a la Psico-oncología

*"Un psicoterapeuta en oncología atiende y trata al paciente como una unidad, o no atiende ni entiende nada"*

José Schavelson

### 1.1 Desarrollo de la Psicooncología en el mundo:

El diagnóstico del cáncer produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico, porque aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna. *(Cito) 3 referencias*

A la hora de evaluar las posibilidades de remisión del cáncer se tiende a pensar que éstas dependen exclusivamente del tipo de cáncer diagnosticado. Pero en la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones. No hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo y de esto es importante que sea consciente el paciente.

La salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes juegan en la curación del cáncer. Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación, tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico. ✓

Entendiendo al mismo como una enfermedad grave y compleja, con una evolución y pronóstico inciertos, que producen un gran impacto no solo físico sino también psicológico y social en la persona que lo padece, en su entorno

familiar y social y en los profesionales que lo atienden, creemos que esta realidad exige un abordaje interdisciplinario para lograr la atención integral que el enfermo oncológico necesita. De acuerdo a lo dicho por el Grupo Madrileño de Psicooncología (2003), "la evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología (psicooncología) avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a éstos, en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia." *evidencia empírica?*

La Psicología Oncológica o simplemente Psico-oncología aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprehensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Durá e Ibáñez (2000) refieren que, aunque su reconocimiento oficial es relativamente reciente, será a partir de la década de los 70 la de mayor difusión de este campo de estudio.

Por otro lado, a lo largo de toda la historia de la Medicina han existido intentos de relacionar el desarrollo y/o evolución del cáncer con determinadas características de personalidad; sin embargo, el acercamiento más sistemático y científico al tema no se produce hasta finales del siglo XIX y principios del XX. Desde entonces, y hasta la fecha, son muchos los temas estudiados desde la Psicología Oncológica.

Los mismos autores (2000), resaltan que hasta la década de los 50, van a predominar los estudios de corte psicodinámico en los que se intentará detectar un perfil de personalidad típico de cada enfermedad cancerosa, buscando un posible simbolismo entre patología psíquica y localización tumoral; a ellos se unen otro tipo de trabajos sobre la relación entre personalidad y prontitud o retraso en la búsqueda de asistencia médica. Llegada la década de los 60, el enfermo terminal es convertido en protagonista y los principales esfuerzos de la investigación psicológica se centrarán en conseguir entender el proceso por el que pasa el enfermo al enterarse de que va a morir, o bien a intentar ayudarlo a tener una “buena muerte”. Junto a ello comienza a plantearse el tema de la “información”, apareciendo así las primeras encuestas sobre actitudes de los médicos respecto a dar información o no al paciente con cáncer.

Un cambio importante en la concepción médica de la enfermedad oncológica, vendrá de la mano de la década de los 70: el cáncer pasa de ser considerado una patología loco-regional a una enfermedad sistémica crónica, siendo la quimioterapia el tratamiento que logra incrementar de forma espectacular la supervivencia para cierto tipo de tumores. La mayor supervivencia de los enfermos oncológicos conlleva un cambio en los intereses de investigación de la psicología oncológica: el cáncer se convierte en una enfermedad crónica, ya que el paciente convive con su enfermedad durante mucho tiempo, incluso toda su vida y, por tanto, lo importante ahora es ayudar a que el paciente se adapte a su nueva situación. “Las estrategias de afrontamiento que predicen una mayor adaptación, la personalidad –

ahora no premórbida sino postdiagnóstico – que resulta ser más adaptativa, y los programas o técnicas de intervención dirigidos a disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia, a asegurar la adherencia a los tratamientos, y a facilitar la adaptación del enfermo a su enfermedad, se convierten en los temas estrella de los años 70” (Dura e Ibáñez 2000).<sup>+ citas</sup> Junto a todos ellos continuará la polémica sobre la información a los pacientes, un tema que, aunque zanjado legalmente en algunos países, el Congreso americano en 1977 aprobará la Ley del Derecho a la Información por la que se obliga a los médicos a informar a los pacientes de cáncer de su diagnóstico. En relación a la misma, se comenzará a deliberar que no todos los pacientes desean ser informados, ni la información tiene consecuencias positivas para todos los pacientes bajo todas las circunstancias; es por eso que será preciso determinar a quién hay que informar, cómo, cuándo, qué hay que decir y quién lo debe informar.

Junto a todo lo anterior la década de los 70 supone la incorporación de los aspectos biológicos del cáncer a la investigación psicológica; comienzan a aparecer estudios, <sup>(citas)</sup> tanto a nivel experimental como clínico, que intentan demostrar la influencia que tiene el estrés sobre la aparición y desarrollo de las neoplasias, al actuar directamente sobre el sistema inmunitario.

Y si en la década de los 70 se había prestado atención a los aspectos biológicos del cáncer, en los años 80 van a ser los aspectos sociales, los que despertarán intensamente el interés de los psicólogos. Las investigaciones médicas iban poniendo de manifiesto la existencia de factores ambientales y comportamentales relacionados directa o

indirectamente con la etiogénesis del cáncer. El alcohol, el tabaco, la dieta, las prácticas sexuales, las radiaciones solares, etc. convierten al cáncer en una enfermedad de la civilización y prototípica del siglo XX. La prevención aparece así como un arma efectiva para luchar contra una enfermedad para la que no se han encontrado tratamientos curativos definitivos. La Psicología oncológica volcará ahora sus esfuerzos en la determinación de aquellos estilos de vida que promueven la adopción de comportamientos saludables que previenen el desarrollo del cáncer o que permiten su detección precoz (por ejemplo: revisiones médicas periódicas). ✓

El énfasis en lo social de la enfermedad oncológica se verá reflejado también en el auge que va a tomar, durante la década de los 80, un concepto que, nacido en el campo de la salud, va a tener una amplia aplicación al caso concreto del cáncer: el apoyo social y su relación con la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad.

Van a continuar en esta década todos los temas ya clásicos en la Psicología Oncológica, tales como: personalidad, estrés, información, tratamientos, etc., enmarcados ahora bajo un nuevo concepto, la Calidad de vida, con el que se pretende justificar todo el ámbito de investigaciones e intervenciones desde la Psicología Oncológica.

Al llegar la década de los 90, se le plantea a la Psicología Oncológica el reto de verificar empírica y experimentalmente las propuestas teóricas acerca de las relaciones entre personalidad y cáncer. "Sin embargo, los numerosos problemas metodológicos (muestras, diseños, instrumentos de evaluación, indicadores fisiológicos, etc...), implicados en este tipo de investigaciones

impiden por el momento establecer afirmaciones claras y rotundas.” (Durá e Ibáñez, 2000)

Éste sigue siendo un reto para la Psicología Oncológica del año 2000.

### 1.2 El desarrollo de la Psicooncología en la Argentina

En nuestro país, de acuerdo a lo citado por el Dr. José Schavelzon, la psicooncología nació de una serie de reuniones realizadas en Bs. As. en 1952/53 en las que participaron, entre otros, destacados profesionales como Maria Langer, José Bleger, Isaac Lucchina. Se hablaba de medicina psicosomática y de los distintos enfoques que ya existían en aquel momento sobre la especialidad.

A partir de la actividad de este destacado especialista en el Hospital “María Curie” se organizaron reuniones con otros profesionales para el estudio de los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer, lo que más tarde se llamó Psico-oncología. Como corolario de esos encuentros, donde se estudió la escasa bibliografía que estaba disponible sobre el tema en aquel momento, se organizó la primera reunión de la Sociedad Argentina de Cancerología dedicada a Psicología y Cáncer. Como resultado de esta primera reunión se publicó un libro llamado “Psicología y Cáncer” en 1956. Es importante destacar que el tema fue muy combatido entonces por el discurso médico dominante.

A partir de allí se constituyó en el hospital un equipo de psicólogos y se dictaron cursos. Los médicos del área de patología mamaria han sido los mas dispuestos a incluir el trabajo de los psicólogos en el abordaje de los

pacientes. Actualmente la preocupación por la salud mental del paciente oncológico le ha dado al psico-oncólogo un lugar indiscutido en la asistencia al enfermo.

En 1990 se creó el comité de Psico-oncología de la Asociación Médica Argentina y se programó para el año 2000 la creación de la primera carrera de Especialización en Psico-oncología. En 1998 un grupo de profesionales independientes e integrantes de distintas instituciones, se reunió para formar una Red de Psico-socio-oncología, que tiene como principal objetivo el desarrollo de una Historia Clínica que permita la constitución de una base de datos para realizar investigaciones con un alto número de pacientes. Otros objetivos son el estudio y prevención del estrés profesional y la conformación de una red electrónica de intercambio.

Si bien Argentina tiene una gran cantidad de psicólogos no existe aún una asociación que nucleee a todos los que se dedican a la psico-oncología, sólo existen algunos grupos dentro de instituciones médicas y psicológicas. (Rosenfeld, s/f).

La Psicooncología busca entender el tratamiento del cáncer como un proceso interdisciplinario. Su objetivo es la atención holística e integral del paciente en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales manteniendo una permanente comunicación con las demás especialidades médicas

Reconoce que determinados factores de naturaleza conductual y de aprendizaje, influyen en el riesgo de contraer la enfermedad y en la mantención de la misma. Por lo tanto, advierte la importancia de valorar

otros parámetros, distintos a los estrictamente biológicos, en el tratamiento del cáncer.

Esta subespecialidad pone al servicio de la prevención y del tratamiento del cáncer, todos los conocimientos obtenidos a partir del estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer. Paralelamente, ofrece apoyo a las reacciones psicológicas del paciente, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

La Asociación Chilena de Psicooncología, considera como objetivo fundamental de la Psicooncología el comprender y tratar aspectos emocionales de pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida, entendida ésta como un conjunto de tres factores: estado físico, bienestar emocional y funcionamiento socio-familiar-ocupacional (o escolar).

La atención de la misma, esta dirigida a todos los pacientes oncológicos (niños, adolescentes y adultos), en cualquier etapa de la enfermedad, a su grupo familiar y al equipo de salud.

La Psicooncología actúa en las siguientes áreas de trabajo:

- Atención a pacientes y sus familiares.
- Intervención ante el diagnóstico y en la evolución de la enfermedad.
- Manejo del dolor.
- Tolerancia a los tratamientos.
- Sexualidad.
- Cuidados Paliativos
- Enfrentamiento a la muerte.

- Duelo y adaptación a la pérdida del ser querido.

Los profesionales que trabajan en esta área, son aquellos directamente involucrados con enfermedades neoplásicas: médico oncólogo, hematólogo, cirujano, especialista en dolor, radiólogo, patólogo, enfermera, auxiliares de enfermería, medicina de rehabilitación en general, nutricionista, psiquiatra y psicólogo. (Asociación chilena, s/f). ✓

Así pues, según Casalos Royo (2007) la Psico-oncología se plantea los siguientes objetivos fundamentales:

- La Prevención.
- La intervención terapéutica y rehabilitación.
- Los cuidados paliativos.

En cuanto a la Prevención, lo que se pretende es conferir a los pacientes un papel protagonista, activo, en el proceso terapéutico, ofreciendo un repertorio de habilidades susceptibles de ser aprendidas. Así como también, se buscará capacitarlos no solo para la resolución de problemas, sino, lo que es más importante, para prevenir su aparición.

En relación a la intervención terapéutica y rehabilitación, diferenciaremos por un lado, las intervenciones que realiza, en términos generales, el psicooncólogo en las distintas fases por las que atraviesa el paciente oncológico, de las diferentes modalidades de intervenciones psicooncológicas pertenecientes a los diversos marcos teóricos en los que se basan las mismas.

### 1.3 Rol del psicooncólogo

Según Rosenfeld (s/f), el rol del psicooncólogo y sus intervenciones varían, dependiendo de la fase en que se encuentre el paciente con su enfermedad, además de las características individuales y demandas de cada caso.

Fase de diagnóstico. Se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre; tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso o choque. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc.

La intervención del psicooncólogo en esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que pueda estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos.

De igual forma, debe ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia, facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, es decir, ayudarles a que perciban que aún contando con ese diagnóstico, hay cosas que se pueden poner en marcha para hacerle frente al cáncer.

Fase de tratamiento. La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido.

Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto.

Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos,



malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Debido a éstos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo. Por lo tanto, la intervención del psicooncólogo en esta fase radica principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia. Un ejemplo de esto puede ser manejar la ansiedad previa a la cirugía, abordando los miedos y temores que la intervención quirúrgica puede estar generándole al individuo, y hacer frente a las incertidumbres ante los resultados de las pruebas, el malestar físico y los posibles ingresos hospitalarios.

Fase de intervalo libre de la enfermedad. La amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores.

La intervención del psicooncólogo se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares. Para ello es importante establecer empatía y una buena comunicación, abordar las alteraciones emocionales que se estén dando y, de esta forma, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades.

Fase de supervivencia. Mediante el apoyo psicológico, se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez, se trabaja en la reincorporación

a la vida cotidiana, y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente.

Después de esta fase nos encontramos con una que por sus particularidades la convierten en un período crítico.

Fase de recidiva. Se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud.

La intervención del psicooncólogo en este período consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico.

Fase final de la vida. En esta etapa se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas.

La negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase.

La intervención del psicooncólogo se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares.

Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento, como la toma de decisiones y el control. De igual forma, es

importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan presentarse.

En esta fase surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático.

Además de ejecutar estas tareas, el psicooncólogo ejerce otras funciones, no solo de prevención y promoción de la salud, sino de terapia familiar, y asistencial a los profesionales de la salud.

Algunas de estas funciones son: trabajar a nivel de prevención, educando a la población sobre el cáncer, tipos de cáncer, factores de riesgo, etc., e interviniendo en las unidades de consejo genético.

A nivel de promoción de salud, el psicooncólogo debe abordar las necesidades del paciente oncológico, e igualmente tratar a la familia y al personal profesional.

A su vez influye para mejorar el cuidado integral del paciente y sus familiares, y profundizar en el conocimiento de los procesos psicológicos que afectan su adaptación a la enfermedad.

En relación con la asistencia ofrecida a los profesionales de la salud, es esencial brindar un espacio, en el cual sus dudas, temores y emociones puedan ser debidamente abordados y valorados, y de esta forma poder prevenir el síndrome de Burnout.

La ejecución y logro de estas funciones tiene como finalidad prevenir posibles complicaciones biopsicosociales, además de ser una forma de brindar apoyo emocional.

De acuerdo a lo comentado por Arbizu (s/f) actualmente, las intervenciones psicológicas tienen que usarse, siempre que se consideren oportunas, como tratamiento complementario y en ningún caso sustitutorio de las intervenciones biomédicas; y hay que admitir la posibilidad, tanto en la investigación como en la clínica, de que los factores psicológicos puedan afectar, directa o indirectamente, positiva o negativamente, al curso biológico del proceso neoplásico y al tiempo de supervivencia del enfermo. (Arbizu, s/f.)

Maria del Carmen Vidal y Benito, conceptualizan en La Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Alcmeon (2006) al término de Psicoterapia como un "...proceso interactivo establecido formalmente entre dos partes (pudiendo cada una de ellas estar conformada por más de una persona), que se convocan con el objetivo acordado de atenuar el malestar que plantea una de dichas partes".

Las Psicoterapias, no constituyen un fin en si mismo, sino un medio para lograr un objetivo, ya que su finalidad es producir algún cambio en el paciente.

No es por lo tanto un tratamiento que se recibe del terapeuta, sino una relación de trabajo encaminada a buscar soluciones a los problemas emocionales, afectivos y/o de relación que los pacientes padecen, con la intención de que tales modalidades de enfrentamiento de las dificultades resulten más efectivas que las que dichos pacientes han estado utilizando hasta ese momento.

La intervención psicológica y psicoterapéutica, en el campo de la oncología no está aún extensamente difundida y disponible para los pacientes emocionalmente afectados por el cáncer.

Surge entonces la necesidad de proporcionar abordajes y estrategias psicoterapéuticas, que sean útiles y sensibles a los requerimientos de los pacientes oncológicos que sufren el tratamiento médico activo.

Según Malvezzi Taoboada (2002), cada escuela psicoterapéutica se caracteriza, básicamente, por tener un esquema conceptual y un procedimiento que la distingue y diferencia de las otras, por lo tanto la concepción de la enfermedad como tal también cobra su grado de relatividad, puesto que puede explicarse o definirse desde diferentes ámbitos de conocimiento.

Pero sí, hay un punto en común en todas ellas, y es que el hombre enfermo, no quiere estar enfermo y sufre los síntomas de su enfermedad. (Malvezzi Taoboada, 2002)

Las intervenciones que propone la Psicooncología son tan variadas como la enfermedad oncológica misma, pero concretamente, el objetivo de las mismas según Vidal y Benito (2006) es "...ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono, reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar percepciones e informaciones erróneas. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza tienen además la ventaja de que animan a la persona para

que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos”.

#### 1.4 Psicoterapias frente al paciente oncológico.

A continuación, se clasificarán los diferentes tipos de psicoterapias que abordan al paciente oncológico, siguiendo en parte, la clasificación realizada por Kriz (Rodríguez Ceberio, s/f), y agregando otros abordajes a la misma:

- Abordajes Cognitivistas: Terapia Cognitiva, Terapia Racional Emotiva.
- Abordajes Sistémicos.
- Abordajes Psicodinámicos.
- Abordajes Humanistas: Gestalt, Logoterapia (Frankl), Psicodrama (Moreno).
- Abordajes Transpersonales: Tanatología.
- Abordajes grupales.
- Abordajes integrativos: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Como puede observarse, muchas de las psicoterapias se han modificado y adaptado para poder aplicarse al paciente con cáncer, desde la más remota hipnoterapia hasta el “counselling” más moderno, pasando por todo tipo de psicofármacos y terapias más o menos experimentadas, así como por las distintas asociaciones de enfermos, programas de rehabilitación (tales como “Reach to Recovery”), etc. (Durá e Ibáñez, 2000).

# CAPITULO II

## Diferentes abordajes psicoterapéutico

### 2.1 Abordajes Cognitivistas:

Fernández Prieto (2004) conceptualiza a la Terapia Cognitiva, como aquella que pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. Según la TRE (terapia racional emotiva), las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad.

Lo que se trataría de lograr en la intervención terapéutica, según la autora, es intentar que el paciente comprenda, que para enfrentarse al cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológica para luchar contra el cáncer, y, de esta manera, hacerle comprender que, la sanación no será tarea exclusiva de la medicina, sino que será el propio enfermo quien jugará un papel fundamental en la misma. (Prieto Fernández, 2004)

Por esta razón, es que al enfrentarse a la enfermedad, pueden ser más dañinas las actitudes y emociones negativas, que la propia enfermedad, porque interfieren en el tratamiento.

De acuerdo con lo dicho hasta ahora, y teniendo en cuenta lo comentado por Clara Rosenfeld (2004), se considerará, que el rol del terapeuta cognitivo es el de ser un perturbador estratégicamente orientado, es decir alguien capaz de producir un efecto discrepante a partir de sus intervenciones, y de provocar una modificación significativa en la visión que el paciente tiene de sí mismo, de su enfermedad, de los otros y/o del mundo, es decir, se tratará de ser, como comenta Celia Elsufán en el texto de Rosenfeld: "...como juncos, porque permanentemente los terapeutas nos enfrentamos con personas distintas con diferentes ideas sobre su persona, la vida de pareja, la familia, etc.

Sería algo como contener la estampida de una manada de animales que están en mí y que empujo para atrás para escuchar solamente lo que le duele o cómo ve al mundo la persona".

Desde este marco, el psicooncólogo, haciendo abstracción de su propio sistema de creencias, con una escucha atenta, abierta y sin juzgamientos, contendrá e intentará aliviar las cuestiones que el paciente considere pendientes; preservará la autoestima y dignidad del paciente; elaborará construcciones de significado alternativas que permitan conducir hacia cambios cognitivos, afectivos y conductuales que posibiliten en el paciente, el despliegue de su sentido de vida, su capacidad de trascendencia y le

provean fundamentalmente bienestar, a pesar de la gravedad de la enfermedad y de la inminencia de la muerte.

A pesar de que esta enfermedad hoy en día es más tratable y que el número de sobrevivientes se ha incrementado, hay todavía un intenso temor que acompaña a su diagnóstico: miedo a la muerte, al dolor, a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad. Los aportes teóricos y técnicos de los enfoques cognitivos han pasado a constituirse en un instrumento muy valioso, que brindan una variedad de recursos para enfrentar distintas problemáticas, entre ellas, la del paciente oncológico y en un examen realizado en centros americanos de cáncer, especialmente para el tratamiento del dolor, el control de las reacciones aversivas ante la administración de la quimioterapia y para incrementar el bienestar emocional. (Rosenfeld, 2004)

De lo que se trata, según Rosenfeld (2000) no es de devolver la vida, ni prometer que todo aquel que lo haga, puede morir en estado de beatitud, sino fundamentalmente se trata de re-veer lo bueno y positivo de lo vivido, constituyendo ello solamente un aporte que tiende a contribuir a que la persona muera en situación de la mejor calidad de vida posible para él y su familia, con la utilización de una técnica breve y concisa que lo permita. (Rosenfeld, 2000)

"La psicoterapia cognitiva es una psicoterapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada hacia la resolución de problemas, cuyo objetivo es modificar el procesamiento de información defectuoso". (Rosenfeld, 2004).

Dicha autora, considera que la misma, esta guiada por una serie de principios:

- Participación activa de los individuos en la construcción de la realidad.
- Es una teoría mediacional, ya que los procesamientos y contenidos cognitivos median, no causan, conducta y emoción.
- Sus conceptos pueden ser operacionalmente definidos, medidos y sujetos a verificación empírica.
- Su objetivo central es el cambio cognitivo, vinculado al mejoramiento de la sintomatología.
- Si bien la comprensión de los sucesos del pasado pueden ser relevantes, el tratamiento debe implicar la modificación del funcionamiento cognitivo habitual, es por eso que adopta el marco del tiempo presente. (Rosenfeld, 2004)

Una de las características de la intervención de la Terapia Cognitiva en pacientes oncológicos, es que hace uso de diferentes tipos de técnicas en función de las etapas que presenta el propio curso de la enfermedad, ya que cada fase aporta unas características psicológicas determinadas, y, por ende, de acuerdo con lo dicho por Espada, López – Roig, Méndez y Orgilés, (2004), necesidades específicas que atender.

Las necesidades de información y comprensión de lo que le ocurre a lo largo de todo el proceso de enfermedad y especialmente en el inicio, el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de

adherencia a tratamientos médicos configuran objetivos concretos de la intervención psicológica.

Las repercusiones del cáncer y las necesidades de los pacientes que padecen la enfermedad y de sus familias justifican la conveniencia de llevar a cabo una intervención psicológica durante la fase de diagnóstico y de tratamiento. Se pretende con ello dotar a los pacientes y a las familias de información y estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la nueva situación.

El momento del diagnóstico supone un impacto psicológico muy fuerte en el paciente y su familia, despertando muchas emociones ante el mismo. Ansiedad, ira y dificultad para concentrarse son los rasgos principales, junto con una marcada búsqueda de significado.

Espada et al. (2004), refiere que previamente a la comunicación del diagnóstico, es preciso averiguar los conocimientos que el paciente posee acerca de la enfermedad y cuáles son sus principales temores. Afirma, que se deberá ser sensible a las demandas de información del paciente, ya que hay personas que requieren información para reducir su ansiedad y otros que la rechazan, evitan preguntar y muestran ansiedad cuando se les explican los procedimientos médicos a los que se los va a exponer.

En este proceso nos podemos encontrar con enfermos que presenten un período largo de supervivencia y curación. Los problemas más comunes son: la vuelta a la casa y a las responsabilidades, la adaptación a los efectos secundarios y a las secuelas del tratamiento, la reincorporación al trabajo y la recuperación del funcionamiento normal y del papel en la casa. Esta fase se

caracteriza por una duda: la incertidumbre acerca del futuro. Ante cualquier dolor o molestia se desencadena un sentimiento de pánico al pensar que el cáncer ha vuelto a aparecer. A medida que transcurre el tiempo, aparece la confianza y la persona va volviendo a niveles previos de funcionamiento y afrontamiento.

Cuando se da recurrencia, la confusión emocional es similar a la del momento del diagnóstico, pero con una ansiedad y depresión más intensas. De nuevo se intenta buscar la causa de esta desgracia. La emoción principal es la ira, la cual enmascara la depresión. Suele aparecer en este momento un cierto temor al abandono del médico o de la familia. Es de suma importancia para el paciente, el transmitirle la existencia de un tratamiento agresivo que controla el cáncer y sus síntomas, lo que se cambia únicamente es el objetivo del tratamiento. (Fefoc)

El objetivo de la terapia psicológica no es la estigmatización, sino que constituya parte del tratamiento integral del paciente oncológico. Sirve también para beneficiar a quienes tienen dificultad para afrontar el estrés derivado del cáncer.

De lo que se trata, una vez comunicado el diagnóstico, es de poder escuchar y comprender al paciente, dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos.

Es conveniente que no perciba estrés en sus familiares y que éstos eviten transmitirle sensación de falta de control, evitando por ejemplo las discusiones con el personal sanitario en su presencia.

En el momento inicial, de diagnóstico del cáncer, uno de los programas más extendido es el propuesto por Moorey y Greer (Olivares Crespo, 2004), denominado Terapia Psicológica Adyuvante (Adjuvant Psychological Therapy; ATP) que es una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck al tratamiento de los pacientes con cáncer, y tendrá como objetivo fundamental, la preparación psicológica del paciente ante la enfermedad. (Olivares Crespo, 2004). Está ideada para aquel grupo de pacientes con cáncer que presentan una morbilidad psicológica ocasionada no sólo por las consecuencias reales del cáncer sino también por dos factores cruciales: 1) El significado personal de la enfermedad y, 2) las estrategias de afrontamiento del enfermo, esto es, lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer. Estas estrategias son: espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación o negación. Estas estrategias de afrontamiento determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el nivel de adaptación del sujeto.

De acuerdo con Durá e Ibáñez (2000), si el diagnóstico de cáncer es tomado subjetivamente por el paciente como un desafío, es decir, como un reto personal que uno debe superar y vencer, el paciente considerará que, en cierta medida, la situación de enfermedad está bajo su control personal, por lo que el espíritu de lucha aparece como la estrategia más probable. Si por el contrario el diagnóstico de cáncer se percibe como una amenaza (algo que supone un riesgo para la propia salud tanto física como psíquica), se pueden desarrollar distintas estrategias de afrontamientos: puede negarse a

dicho daño, en el sentido de rechazar admitir la realidad tal como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que padece no es realmente cáncer o es un cáncer benigno (Negación), o bien, el paciente puede aceptar pasivamente dicha amenaza, considerando que por sí mismo no puede ejercer ningún control sobre ella, que depende de los demás, resignándose a su suerte (Fatalismo), otra modalidad de afrontamiento es el de desarrollar un estado de ansiedad y preocupación ante una situación que percibe como fuertemente amenazadora (Preocupación ansiosa). Por otro lado, el paciente puede percibir un diagnóstico de cáncer como una pérdida del estado de bienestar o de algo que nunca se va a volver a recuperar, en este caso se suele dar una auténtica sensación de desesperanza y desamparo (Indefensión) que se acompaña de un pensamiento negativo acerca del pronóstico de la enfermedad. Aunque para Moorey y Greer (Durá e Ibáñez, 2000), las dos estrategias de afrontamiento que predicen un buen pronóstico a nivel de adaptación psicosocial son el espíritu de lucha y la negación.

Es por esto que la morbilidad psicológica de los pacientes con cáncer está relacionada con estas respuestas de afrontamiento.

Los objetivos de la TPA se resumen en los siguientes puntos:

1. Reducir la ansiedad, depresión y cualquier otro síntoma de estrés psicológico, para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.
2. Inducir un espíritu de lucha positivo, para mejorar el ajuste mental al cáncer.

3. Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus propias vidas, incluyendo la participación activa en el tratamiento de su enfermedad.

4. En relación a los problemas asociados con el cáncer, resulta necesario enseñar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para enfrentar a los mismos.

5. Facilitar la comunicación entre el paciente y su pareja.

La terapia se focaliza sobre problemas específicos, que se definirán conjuntamente entre terapeuta y paciente, ante lo cual, será estructurada y breve (promedio de 6 sesiones).

La realización de la misma es en forma individual, aunque puede incluirse la pareja en alguna o todas las sesiones si se lo considera apropiado.

En la primera sesión, se explica al paciente los objetivos y principios de la TPA; en especial, se definirán claramente los problemas que van a ser tratados, por esta razón es que las sesiones deberán estructurarse al máximo, siendo flexible y ajustándose a las necesidades individuales de los pacientes. A continuación, se proseguirá a efectuar una revisión de los progresos realizados por el paciente, incluyendo las tareas que se le dieron para su hogar durante la semana anterior, así como feedback acerca de la sesión anterior, explorando detalladamente los problemas definidos previamente utilizando los siguientes métodos:

(a) Expresión de sentimientos: dado que la supresión de sentimientos, especialmente la ira, está asociada a una respuesta de afrontamiento inadecuada (desamparo) se anima a los pacientes a expresar sus

↳ cto?

sentimientos abiertamente, a redirigirla y canalizarla en acciones más positivas.

(b) Métodos Cognitivos: sirven para enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos negativos que se asocian, en un momento determinado, a la ansiedad, depresión u otros pensamientos negativos. Estos consisten en la comprobación de la realidad, reatribución, distracción, pensamiento no catastrófico e inversión de papeles. La importancia de adaptar la TPA a las necesidades individuales de cada enfermo subyace en el hecho de que cada paciente responde de forma diferente a las distintas técnicas.

(c) Métodos conductuales: son la planificación de actividades y el entrenamiento en relajación. La primera consiste en animar al paciente a planificar, llevar a cabo y registrar las actividades que realiza en casa, y que le dan un sentimiento de logro y le resultan agradables. El paciente comienza así a recuperar algún tipo de control sobre su vida y aprende a apreciar que el cáncer no ha podido cambiar su persona. El entrenamiento en relajación puede ser muy beneficioso para aquellos pacientes que presenten una ansiedad aguda intensa que les impide responder a la terapia.

(d) Trabajo con la pareja: en las sesiones conjuntas, se anima a ambos cónyuges a que comuniquen abiertamente sus pensamientos y sentimientos, con el fin de lograr una mayor comprensión de las necesidades de uno y de otro y, por lo tanto, conseguir un apoyo emocional mutuo. La intervención psicológica está orientada a que el paciente logre un manejo

adecuado de estas creencias y pensamientos (reacciones emocionales depresivas), en el marco teórico de la terapia cognitivo-conductual. Mostrar al paciente la importancia de sus pensamientos en su estado de ánimo y bienestar psicológico, explicando primero la tríada pensamiento-emoción-conducta y después enseñándole a detectar los pensamientos que le estén provocando sufrimiento psicológico, pensamientos o creencias irracionales no sujetos a realidad distorsionada entrenándose también en técnicas de autodiscusión y reestructuración de los mismos.

Las técnicas conductuales son también de gran utilidad, ya que permitirán motivar al paciente para que programe pequeñas actividades estableciendo tareas diarias para distraer su atención, localizada en exceso en su enfermedad, y alejándole también de los pensamientos negativos que impiden al paciente poner toda su energía en conseguir el mayor bienestar posible.

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas físicos derivados de la propia enfermedad o del tratamiento cobran más importancia ya que suponen una amenaza a la propia imagen y a la imagen que los demás tienen de él y que viene dada por una serie de cambios en el aspecto físico, las aptitudes físicas y mentales y los roles sociales. El afrontamiento que el individuo haga de estos cambios dará lugar a una serie de reacciones emocionales que pueden ser de ansiedad (cuando el factor amenazante es lo primordial), de rabia (cuando se considera un ataque injustificado contra él), de culpa (si se intenta dar una explicación a la enfermedad basada en

una causa justificable), o de depresión (si se interpreta como una pérdida o daño).

Una vez pasada la etapa inicial del diagnóstico y el impacto que este conlleva, se inicia un largo proceso de tratamiento en el que la familia y el paciente deberán enfrentarse a una serie de circunstancias muy demandantes que suponen cambios en la autoimagen del enfermo y en el funcionamiento familiar.

Temer al cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de la mente porque el miedo provoca ansiedad y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores.

La mayoría de estos efectos secundarios se pueden controlar por medio de técnicas de relajación, visualización y terapias cognitivas. De aquí se deriva, que al igual que es necesario utilizar las técnicas biomédicas para conseguir la curación, también son necesarias las técnicas psicológicas, porque así como el origen del cáncer es multicausal, el tratamiento del mismo deberá ser multidisciplinar. En el tratamiento del cáncer, la psicología y la medicina se complementan en busca de la curación.

El tratamiento psicológico se debe centrar en controlar e intentar evitar el estrés, que no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento. (Prieto, 2004)



Durante la fase del tratamiento, el paciente enfermo de cáncer, sufre los malestares relacionados con los efectos secundarios de la quimioterapia: alopecia, náuseas y vómitos como también cansancio y debilidad.

Un tercio de los pacientes sufren náuseas y vómitos anticipatorios, es decir, antes de suministrarles la droga o mientras se les administra el medicamento. En algunos pacientes las náuseas y vómitos aparecen cuando están en el recinto, perciben olores familiares o personas relacionadas con el fármaco e incluso con sólo pensar en la droga. (Prieto, 2004)

Es aquí, donde con una mirada hacia los pacientes, podemos incorporar como abordaje psicoterapéutico comportamental cognitivo en psicooncología, un recurso y una estrategia de afrontamiento válida, que les ayude y estimule hacia una mejor calidad de vida. (Malvezzi Taboada, 2003)

La incertidumbre sobre el futuro y la incapacidad de predecir los acontecimientos es una de las características más impactantes del cáncer. En esta situación la persona no sabe si prepararse para la muerte o para la vida.

La sensación de pérdida de control que experimentan estos pacientes y sus familias también es importante. Los pacientes tienen una necesidad incrementada de dependencia de otros, falta de privacidad, sumisión a normas y tratamientos.

Sentimientos negativos de aislamiento, rabia, culpa, vergüenza, soledad, apatía y confusión se observan con frecuencia y están en relación con el miedo a la muerte, a la recurrencia de la enfermedad o a los procedimientos médicos.

Desde el punto de vista cognitivo, las estrategias que se adoptan con el paciente durante su tratamiento van a estar destinadas a reducir la incertidumbre, ganar control sobre la situación, mantener la autoestima y reducir los sentimientos negativos. (Espada et al, 2004).

El tratamiento recomendado para reducirlos incluye la relajación muscular progresiva con imágenes guiadas (se aplica antes y durante la infusión de quimioterapia), establecimiento de metas, la hipnosis (empleada durante la quimioterapia) y la desensibilización sistemática.

Se utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

- a) Respiración abdominal o diafragmática: es una respiración profunda que nos libera de la tensión y da lugar a la respuesta de relajación.
- b) Meditación: localizar la atención en un estímulo determinado con el fin de modificar el estado mental del sujeto y provocar su tranquilidad. La meditación y visualización potencian la reacción de los glóbulos blancos en la sangre y la eficiencia de la respuesta hormonal. *actos?*
- c) Relajación muscular progresiva: consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella.

d) Entrenamiento autógeno: basado en la hipnosis. Se pretende que el paciente logre generarse por sí mismo el estado de relajación por medio de representaciones mentales adecuadas, las cuales provocarán los cambios fisiológicos correspondientes.

e) Biofeedback: pretende enseñar cómo modificar ciertos procesos biológicos (anteriormente considerados bajo control únicamente involuntario del sistema nervioso autónomo) con el fin de someterlos a control voluntario. De esta manera, la persona sometida a los efectos fisiológicos provocados por la ansiedad, podrá aprender cómo reducirlos e incluso evitarlos. (Prieto, 2004)

Mediante la relajación muscular progresiva se enseña al paciente a relajarse tensando y relajando progresivamente los grupos musculares. Con la imaginación se desvía la atención de la sensación de vómitos y náuseas a un lugar o imagen agradable y relajante. (Espada et al., 2004)

La imaginería y visualización es una herramienta que pueden utilizar los psicoterapeutas desde cualquier corriente psicológica y puede proporcionar grandes beneficios a los pacientes con cáncer. *Citr?*

Consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que se quiere lograr, un determinado objetivo o meta. Se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que se quiere conseguir facilita su consecución.

Combinada con cualquiera de las técnicas de relajación, el empleo de la visualización es primordial en cualquier tratamiento de soporte orientado a potenciar los tratamientos contra el cáncer, evitar tanto los efectos nocivos

de la enfermedad (el dolor) como los efectos del tratamiento (náuseas, vómitos, fatiga) y favorecer la recuperación de la salud. Según Simonton, Matthews-Simonton y Creighton (Prieto 2004), las imágenes que utilicen los pacientes en sus sesiones, <sup>↳ cómo?</sup> para ser eficaces en la modificación del curso del cáncer, deben poseer las ocho características siguientes: *Evidencia empírica?*

1. Las células cancerosas deben aparecer débiles.
2. El tratamiento médico debe ser visto como fuerte.
3. Las células sanas no tienen dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño.
4. Los glóbulos blancos sobrepasan en número a las células cancerosas.
5. Los glóbulos blancos deben mostrarse en todo momento fuertes y agresivos.
6. Las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin esfuerzo.
7. Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre del cáncer.
8. El paciente debe verse a sí mismo consiguiendo los objetivos que se ha propuesto en la vida, lo cual confirmará en el hecho de que posee poderosas razones para vivir.

Los Doctores Carl y Simonton (Zerkowski s/f) fueron quienes comenzaron a utilizar la visualización para motivar a los pacientes y dotarles de una herramienta con que influir su sistema inmunológico descubriendo que esta actividad contenía gran cantidad de información sobre las creencias de los pacientes.

La relajación también ayuda a disminuir el miedo, que suelen tener los pacientes de cáncer por la idea de una agonía prolongada y dolorosa, con el perjuicio económico adicional de los gastos médicos y por el daño psicológico que causará a sus hijos su ausencia, etc.

Al reducir el miedo resulta más sencillo desarrollar expectativas positivas.

Los objetivos principales de la relajación y visualización con pacientes oncológicos serán:

- Disminuir el miedo de sentir que el cuerpo se está deteriorando y de que uno es importante al respecto. La relajación y visualización ayudan a considerar el propio papel en la recuperación de la salud, con lo que se empieza a sentir la propia capacidad de control.

- Puede motivar cambios de actitud y fortalecer el deseo de vivir.

- Puede realizar cambios físicos, resaltando la acción del sistema inmunológico y modificando el curso de la malignidad. Ya que los procesos mentales tienen influencia sobre el sistema inmunológico y sobre el equilibrio hormonal del cuerpo

- Puede servir como método de evaluación de las creencias actuales y para modificarlas si así se desea.

- Puede ser una herramienta para entrar en contacto con el inconsciente, donde parten muchas de nuestras creencias.

- Puede ser una herramienta general para disminuir el stress y el miedo. El proceso de relajación habitual disminuye, de por si solo, la tensión y el stress y tiene efecto sobre otras funciones corporales.

-Puede ser utilizado para enfrentarse con la posición de desesperanza y desamparo y modificarla. La depresión subyacente es un factor significativo en el desarrollo del cáncer.

Según Zerkowski (s/f) "estos ejercicios pueden practicarse en el consultorio como forma de aprendizaje e indicárselos al paciente que luego los realice solo.

Llevar al paciente a una habitación tranquila con luz suave. Que se siente en una silla cómoda o en el suelo con almohadones y cierre los ojos.

Que sea consciente de su respiración, tome algunas respiraciones profundas y repita "relajate". Luego que se concentre en su cara y sienta la tensión de su cara o de los músculos que rodean sus ojos. Que represente mentalmente como se relaja y todo se hace más cómodo como una goma elástica suelta. A medida que se relaja que vaya sintiendo que esa relajación se va extendiendo por todo su cuerpo, mandíbulas, cuello, hombros, espalda, parte superior e inferior de los brazos, manos, pecho, abdomen, muslos, pantorrillas, tobillos, pies, dedos de los pies, hasta que todas las partes estén relajadas. Que para cada parte del cuerpo haga una representación, después represente a la tensión desvaneciéndose.

Que se imagine en un lugar agradable y natural, donde todo supone una gran comodidad. Completando todos los detalles de color, sonido, textura durante dos o tres minutos.

Luego que se represente al cáncer, ya sea de modo realista o simbólico. Pensando en que está constituido por células muy débiles y confusas y que

nuestro cuerpo destruye células cancerosas miles de veces a lo largo de la vida.

Si esta recibiendo tratamiento en la actualidad que imagine la entrada del tratamiento en su organismo. Si esta recibiendo radioterapia, puede imaginar un haz de millones de proyectiles que golpean a todas las células que se encuentran a su paso. Si esta recibiendo quimioterapia, que imagine que los fármacos penetran en su organismo por la corriente sanguínea, que esas sustancias actúan como un veneno que no afecta a las células normales que son fuertes y las células cancerosas son débiles, absorben el veneno, mueren y son expulsadas.

Puede imaginar que los leucocitos de su sangre llegan a la zona donde esta el cáncer, reconocen las células anormales y las destruyen. Hay un ejercito de leucocitos, fuertes, agresivos e inteligentes que ganaran la batalla contra el cáncer.

Que imagine cómo se reduce el cáncer, que vea cómo las células muertas son transportadas por los leucocitos y eliminadas del cuerpo a través del hígado y los riñones, abandonándolo con la orina. Esto es lo que se desea que suceda.

Si siente dolor en alguna parte, puede representar al ejercito de leucocitos llegando a esa zona y ahuyentándolo. Imaginar a su cuerpo sano, lleno de energía.

Imaginándose alcanzando sus objetivos en la vida, ver como alcanza sus objetivos, cómo los miembros de su familia están bien, cómo mejoran las relaciones con las personas que lo rodean.

Que se felicite por estar haciendo algo positivo para si mismo, imaginándose haciendo este ejercicio. Por último poco a poco que se incorpore, que los músculos de sus párpados se aligeren, abra sus ojos y vaya tomando conciencia de su habitación.”

Algunas de las técnicas más utilizadas que aplican las imágenes son las siguientes:

#### **-Imaginería Asociada**

Ante emociones desagradables y que no pueden ser explicadas, se le pide al paciente que se concentre en cualquier imagen que se le venga a la mente, vinculada con dichas emociones. Se obtiene información de gran utilidad para luego ser trabajadas con imaginería u otra técnica.

#### **-Imaginería Positiva**

La visualización de cualquier escena placentera, agradable, real o imaginada, actúa como reductor de la ansiedad o tensión. Así también se puede utilizar para contrarrestar el aburrimiento.

#### **-Imaginería anti-shock del futuro**

Ayuda a los pacientes a prepararlos para los cambios que puedan ocurrir en el futuro para que no sea tomado por sorpresa por ellos.

#### **-Imaginería Emotiva**

Es una alternativa a la Desensibilización sistemática en niños, ya que estos pueden tener dificultades en la relajación. Consiste en hacer imaginar en niños con síntomas fóbicos figuras de héroes infantiles (superman, Batman etc.) que lo acompañen en la situación temida y se los coloca en su lugar en la situación temida.

¿Los 2 Evidencias se  
refieren a los temas?

### **-Imaginería de logro**

Fijado el objetivo la persona se ve a sí mismo logrando la meta. Lo puede hacer en forma asociada o disociada.

### **-Imaginería de capeo**

Fijado el objetivo se imagina paso a paso los avances desde el estado actual al estado deseado. Se visualiza como se va resolviendo, se capta que mensajes a favor y en contra aparecen. Las imágenes favorables y desfavorables.

### **-Visualización de posibles consecuencias negativas**

Se fija el objetivo. Se lo imagina cumplido. Se percibe cuales consecuencias negativas pueden surgir para el paciente o su entorno. Se evalúan influencias de mensajes parentales. A veces surgen temores no concientes, expectativas catastróficas, lógicas e ilógicas, si cumple con el objetivo.

### **-Imaginería aversiva**

Se relaciona con el conductismo, con imaginería se puede asociar imágenes desagradables a conductas indeseables para desalentarlas

### **-Viajes imaginarios**

Son fantasías guiadas donde la persona proyecta aspectos de su personalidad, expectativas, temores, deseos, etc. Se puede viajar a tiendas imaginadas, al fondo del mar o al fondo del océano.

### **-Visualización de sueños**

En cuanto a la técnica de establecimiento de metas, Simonton (Zerkowski, s/f) se preguntó por que algunos pacientes respondían bien al tratamiento. Realizó una serie de entrevistas con estos pacientes, y descubrió una gran

similitud en sus respuestas: todos tenían razones muy poderosas para desear vivir, podían detallarlas y sentían que esa intensa dedicación a su objetivo era la explicación a su desacostumbrado progreso positivo.

“El deseo de vivir es mayor cuando hay algo por lo que vivir. El establecimiento de metas tiene muchos otros beneficios significativos para el paciente de cáncer.” (Zerkowski, s/f).

Esta técnica, proporciona un foco al que dirigir la energía, estableciendo prioridades.

Lo que da significado a la vida, es el proceso de desear alcanzar objetivos, lográndose o no la realización de los mismos.

A medida que cambian las prioridades se las puede cambiar, se pueden añadir metas nuevas y rechazar las que no se deseen.

Dentro de lo que el paciente pueda conseguir, es importante que las metas que se establezcan sean concretas y específicas, medibles y realistas, logrando poner en contacto al paciente con aquellas metas que permitan satisfacer el equilibrio de todas las necesidades: físicas, intelectuales y emocionales, incluyendo la realización de la vida, crecimiento personal, relaciones con los demás, y planes financieros, también metas orientadas al ejercicio físico en el caso que sea posible.

Con sugerencias de relajación profunda y la visualización de escenas placenteras se induce la hipnosis, que se aplica durante la quimioterapia.

La hipnosis es uno de los diferentes métodos de relajación que fue aprobado por un panel independiente convocado por el Instituto Nacional de la Salud (National Institutes of Health NIH) (USA), como una de las terapéuticas

complementarias beneficiosa y eficaz aplicable al tratamiento del dolor generado por el cáncer. Esta técnica también es efectiva en disminuir los miedos, la preocupación y la ansiedad. (Citas ?)

Según la American Cancer Society, la Hipnosis Clínica es una técnica por intermedio de la cual pueden realizarse tratamientos psicoterapéuticos, pero no es un método terapéutico en sí mismo, dicha modalidad terapéutica facilita los cambios necesarios para favorecer una apropiada y beneficiosa modificación cognitiva.

Dicha técnica, es empleada para desencadenar potenciales de comportamiento y de reacción existentes en el paciente, pero generalmente no reconocidas ni utilizadas.

Existen diferentes técnicas hipnóticas.

Uno de los métodos, incluye llevar al paciente a un estado de hipnosis, por medio de una tranquilizadora conversación, con tonos sedantes y describiendo imágenes mentales para crear sensaciones de descanso, reposo, seguridad y bienestar.

Las personas bajo estado hipnótico pueden parecer estar como dormidas, pero ellas en realidad están en un estado de intensa concentración, intensamente focalizados en las preguntas o sugerencias que hace el hipnoterapeuta.

Mientras el paciente esta bajo hipnosis, el hipnoterapeuta puede sugerirle particulares, especiales y apropiados objetivos a lograr, como por ejemplo el control del dolor, la estabilización de las emociones, la reducción del estrés, miedos, preocupaciones, temores, ansiedades.

La hipnosis es usada como ayuda para que el paciente obtenga un mayor control sobre sus conductas, emociones y asimismo ayudar a compensar los procesos fisiológicos causantes de consecuencias indeseadas, brindando una serie de instrucciones para que el paciente oncológico imagine o piense acerca de experiencias placenteras, para lograr producir cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos y conductas, en relación a la enfermedad y a la realización del tratamiento de la misma.

Es un procedimiento utilizado para facilitar la labor terapéutica, y hacer más fácil para las personas, el hecho de experimentar las indicaciones y/o sugerencia relacionadas con el proceso de la enfermedad.

González Ordi (2005), en relación a la hipnosis comenta que la misma contribuye a la reducción y el alivio del dolor clínico, especialmente en el caso del dolor agudo y, al menos, con igual eficacia que otros procedimientos cognitivo- conductuales, nunca menos, para el dolor crónico.

Utilizada de forma combinada con otras técnicas médicas y psicológicas permite obtener resultados terapéuticos exitosos en menos tiempo y con un menor esfuerzo por parte de los pacientes. (Citas - evidencia)

Posibilita la efectividad terapéutica de las orientaciones clínicas establecidas debido a que:

- las sugerencias hipnóticas ponen énfasis en favorecer actitudes positivas hacia el afrontamiento y superación de los problemas; así mismo, incrementan las expectativas positivas en el paciente hacia el éxito de un determinado procedimiento terapéutico.

- facilitan la posibilidad de cambio terapéutico, ya que inciden en que el paciente sea especialmente receptivo y flexible a modificar su conducta.
- implementan las habilidades de imaginación e implicación emocional en los pacientes para el afrontamiento y solución de problemas.
- en su mayoría favorecen la respuesta de relajación en los pacientes.
- favorece cambios rápidos en la conducta del paciente que incrementan considerablemente la motivación y adherencia al tratamiento, al no necesitar mucho tiempo (número de sesiones clínicas) para obtener mejorías significativas.

A continuación, se expondrá un caso propuesto por Malvezzi Taboada (2003) a modo de ejemplo donde se aplica hipnoterapia, que por las características, por las necesidades y por la intervención, se lo va a llamar:

#### "CAMBIANDO EL NOMBRE AL DIABLO

Andrés, un paciente joven de 23 años, brillante estudiante universitario, con quien por otros motivos puntuales habíamos iniciado su labor terapéutica hacia relativamente poco tiempo, comenzó con una sintomatología que lo lleva a la consulta médica, donde luego de un tiempo y atendiendo a las frecuentes dificultades diagnósticas frente a esta enfermedad, se le diagnosticó enfermedad de Hodgkin.

Se le indicaron ocho aplicaciones de quimioterapia.

Por cierto continuamos con la labor psicoterapéutica, algunas veces concurría al consultorio, otras lo visitaba en su domicilio y otras lo visitaba en el lugar de internación.

En la primera aplicación, todo pareció marchar bien, con una aceptable tolerancia a la medicación, prácticamente sin necesidad de antieméticos. Durante el transcurso y luego de finalizar la segunda aplicación, se manifestaron e intensificaron los malestares y debió permanecer en cama por un tiempo mayor, las náuseas y vómitos persistían.

Esto lo llevó, a manifestar decididamente que abandonaría el tratamiento pues no estaba dispuesto a sufrir más. Con sólo pensar que aún le restaban seis "aplicaciones", ya se sentía mal. Sólo escuchar o decirse a si mismo la palabra "aplicación" comenzaba a sentir todos los malestares concomitantes a la quimioterapia, pero incrementados.

No había mucho tiempo para trabajar estas "resistencias" en él, las aplicaciones estaban programadas y la secuencia era muy importante según lo había manifestado su oncólogo. No podíamos ponernos a podar el árbol hoja por hoja.

La idea, de hacer sólo una labor persuasiva me dejaba en la incertidumbre del tiempo y por la firmeza de su decisión, al menos en lo inmediato, me auguraba un casi seguro rotundo fracaso.

El tiempo era escaso, la próxima fecha era inmediata.

Decidí, estratégicamente cambiarle el nombre al diablo y concederle al paciente "el control de la cosa".

En toda enfermedad que requiera atención médica y análisis y estudios y diagnósticos y nuevos estudios e interconsultas, pero más aún en las oncológicas, la vivencia en el paciente, de ser objeto pasivo, más que sujeto activo, esta presente.

Evidentemente necesitaba tener el control de algo y -será bueno que lo tenga-, pensé, en tanto este control lo sea y sirva en su beneficio.

Empleando hipnosis en su modalidad ericksoniana, como una manera de obtener un estado de conciencia levemente modificado, de manera tal que permitiera una comunicación entre sus experiencias a niveles somáticos y las variables del discurso conciente.

Le fue sugerido: 1) Que cada aplicación, era solo eso: "una" unidad, separada, diferente de la anterior y de la siguiente.

2) Que él podría en este momento, renombrar y resignificar a su manera, con total libertad terminológica y conceptual cada una de las aplicaciones restantes, en modo tal que cada una de las seis restantes tuvieran un nombre y un significado diferente a la anterior, con lo cual se "anularía" el significado de la anterior, pues si la anterior se llamaba A, la siguiente será X y la otra J, y si el concepto interno también estaba modificado, no tendría porque haber significados anteriores, pues sólo se puede sensacionar lo que fue vivido o conocido y si nunca comí ese plato chino que se llama nido de golondrinas, no podré saber el gusto que realmente tiene.

Esto le fue explicado, con reiterados ejemplos de situaciones, sabores y sensaciones por él desconocidas, y en ese estado de receptividad especial:  
Ante la evidencia ríndete !

La propuesta fue: Si sólo la mención de la palabra me pone así, y si antes de pasar por la experiencia era algo desconocido para mí y no me afectaba. Si cada experiencia tiene un diferente nombre y tiene otro significado, no tiene

porque haber huella mnémica, y si no hay huella mnémica no hay malestar....

Le sugerí buscar, encontrar y cambiar los nombres y situaciones más apropiadas para referirse a cada nueva aplicación... Y le dí sus "propios" tiempos y que lo hiciera a "su" manera...

Antes de salir de ese tranquilizador estado dijo "ya esta!!....es un Barragán!

Un Barragán!"

Para finalizar tuvimos una conversación intrascendente, no pregunte nada y se marchó.

A los dos días, debía internarse para su "barragán".

Debo confesar que en este caso, mantuve un benevolente escepticismo.

Lo visité en su internación, todo parecía haber ido bien, se lo veía animado.

En la historia clínica, que previamente detuve a revisar, estaban indicados los antieméticos, pero no había hecho uso de ellos.

La tolerancia y la recuperación fueron óptimas.

Lo acompañe durante todo el proceso, completó las aplicaciones, luego le fue indicado radioterapia.

Sólo recién cuando tuvimos la certeza que no se harían más aplicaciones, retome el tema, y le pregunte:

-Andrés, -yo seguí refiriéndome a tu barragán, siempre los llame así, pues eras vos el dueño del concepto ¿Como llamaste a tus otros "barraganes"?.

Me contestó: -Todos, fueron barraganes, pero cada uno es "un barragán" distinto al otro.

Y finalmente, -curiositas infinitae est-: ¿Que era para vos un barragán? (lo

pregunté en pasado)  
-Para mí, un barragan, es un gran cepillo con mango, de esos que barren y limpian todo-.  
-Cada barragán es uno nuevo y de diferente forma del otro-. (es: lo respondió en presente, la resignificación continuaba vigente en él).  
Continuamos la terapia un breve tiempo más.  
Deje de verlo.  
Luego de alrededor de seis o siete años, recibí un llamado suyo.  
Quería venir a visitarme.  
Estaba viviendo con su pareja, y deseaban tratar algunos aspectos relativos al vínculo. (Malvezzi Taboada, 2003).

Para la aplicación de la desensibilización sistemática se construye una jerarquía de situaciones relacionadas con la quimioterapia y se expone a los pacientes a este tratamiento, al tiempo que se relajan. (Espada, López-Roig, Méndez y Orgiles, 2004).

En cuanto a esta última, Morrow (Durá e Ibáñez, 2000), ha introducido algunas modificaciones a la desensibilización sistemática tradicional para adaptarla al contexto del enfermo de cáncer, por ejemplo: crear una jerarquía de estímulos directamente relacionada con la situación de acudir al hospital y todos los elementos en que esto se puede descomponer; promover un entrenamiento abreviado en relajación; grabar las sesiones en video para que el paciente pueda realizar la terapia en casa.

Las técnicas expuestas hasta aquí, han enfatizado fundamentalmente la reducción de los vómitos y náuseas del paciente oncológico, pero ¿Qué

puede aportar la psicología para combatir el dolor en sus pacientes?. Las quejas, lamentos, gemidos, llantos pueden ofrecer al enfermo ganancias psicosociales como una mayor atención, amabilidad y dedicación por parte de sus familiares. El dolor responde a un esquema de condicionamiento operante donde esa mayor atención es el refuerzo positivo (incrementa la probabilidad de la respuesta: quejas) del dolor. Así esas manifestaciones de dolor pueden aparecer sin que estén presentes las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que las originan. Por esto una acción puramente farmacológica para evitar el dolor, puede ser insuficiente.

Además de la relajación, biofeedback como estrategias para evitar el dolor, se puede aplicar un programa de reforzamiento diferencial, como se hizo con "un paciente terminal de 64 años que a pesar de la morfina que recibía, pasaba la mitad del tiempo que permanecía despierta gimiendo y gritando.

Se estableció una línea base en la que cada diez minutos se anotaba la ocurrencia o no ocurrencia de los siguientes comportamientos: 1) llanto; 2) gemidos; 3) sueño; 4) despierto y quieto; 5) hablando con familiares y visitantes; 6) comiendo; 7) siendo examinado por médicos o enfermeros. En la fase de intervención, el cuidador recibió instrucciones de interactuar normalmente con el paciente y de preguntarle cada cinco minutos, mientras estaba despierto, si deseaba algo. En el caso de que el paciente empezara a gemir o gritar, debía acercarse a la cama para verificar la existencia de cualquier anomalía, pero en el caso de que continuara quejándose sin ningún problema aparente que lo justificara, debía abandonar la habitación y permanecer fuera hasta que las quejas cesaran, aunque en una posición tal

que le permitiera observar al enfermo. A partir del momento en que éste dejara de gemir, gritar o llorar, debía dejar pasar dos minutos antes de entrar de nuevo en la habitación. Durante esta intervención los gemidos y gritos disminuyeron de un 48 a un 14%, y el paciente demostró una clara distinción entre los miembros de su familia y el personal sanitario con una tendencia más elevada a quejarse cuando estaban presentes los primeros". (Prieto, 2004).

El dolor, como experiencia emocional que es, puede verse modificado por una serie de factores que modulan la vivencia o la intensidad dolorosa:

Factores que aumentan el umbral del dolor: Sueño, reposo, compresión, actividades de diversión, reducción de la ansiedad, elevación del estado de ánimo, etc. Esto significa que potenciando todos estos factores el dolor va a disminuir.

Factores que disminuyen el umbral del dolor: Incomodidad, insomnio, cansancio, ansiedad, miedo, tristeza, rabia, depresión, aburrimiento, introversión, aislamiento, abandono social, etc. Esto significa que habrá que intentar evitar estos factores, ya que un enfermo que se encuentre en estas circunstancias va a experimentar más dolor.

En los pacientes con cáncer, especialmente enfermos con cáncer avanzado, la relajación disminuye la sensibilidad al dolor, reduce la disnea, el temor y la ansiedad, aumenta la capacidad del paciente para el autocontrol, mejora la actitud ante la enfermedad, facilita el desacoplamiento de la dimensión sensitiva de la experiencia dolorosa y la reducción del sufrimiento, propicia

cambios fisiológicos favorables y, en general, potencia el uso de otros métodos antiálgicos.

Las técnicas más frecuente que se encuentran hoy en día para el tratamiento psicológico del dolor, están sustentados en una combinación de técnicas de relajación, hipnosis o biofeedback, procedimientos de modificación de conducta y técnicas cognitivas de afrontamiento, modificación cognitiva e inoculación de estrés.

Entre las técnicas de relajación más usadas están las derivadas de la relajación muscular progresiva, propuesta originalmente por Jacobson. La respiración vinculada a la relajación fue propuesta por Benson y frecuentemente se combina con modalidades de relajación progresiva.

Cuando el dolor está instaurado y mientras la analgesia hace efecto, o ante el dolor causado por determinados procedimientos, deben utilizarse distensiones más locales, por ejemplo, relajación de un brazo, respiraciones profundas y rítmicas.

El "biofeedback", o biorretroalimentación, actúa por reducción de la ansiedad y de activación del sistema nervioso autónomo, haciendo que el paciente aprenda a desarrollar control voluntario sobre funciones del organismo y se generen componentes fisiológicos asociados a las emociones positivas.

La meta principal de las terapias cognitivo – conductuales en el control del dolor de enfermos oncológicos, es el aumento de la sensación de control personal (autoeficacia) y la limitación de la experiencia de sufrimiento relacionada con el dolor.

Las terapias de desensibilización sistemática son útiles para la disminución del dolor provocado por procedimientos médicos cruentos y han sido muy usadas en niños.

Las técnicas de modificación de conducta están basadas en la concepción de que el dolor es un conjunto de respuestas emitidas que pueden ser controladas por reforzadores contingentes a las respuestas de dolor; se apoyan en los principios del condicionamiento clásico y operante. En el tratamiento se refuerzan conductas adecuadas, dotando al paciente de habilidades conductuales específicas para manejar sus conductas de dolor, se focalizan conductas observables y se enfatiza el rol de los factores ambientales en la producción de conductas positivas y negativas. El modelado, la economía de fichas y otros procedimientos específicos de este tipo de técnicas han sido usados para el control del dolor crónico en general; en cáncer han demostrado su valor para disminuir quejas excesivas e irracionales, aumentar intercambios apropiados de afecto con los familiares sin necesidad de recurrir al dolor como subterfugio y estimular la armonía marital. (García Muñoz; Muñoz García, s/f).

Otras de las fases por las que deberá enfrentarse tanto el paciente como los familiares, será el de la cirugía, en esta fase surge la necesidad de brindar información para permitir la preparación del paciente ante la intervención quirúrgica, frente a lo cual, se deberá determinar que información se dará, como se la va a dar, cuando y a quien.

Se aportara información sobre las posibles reacciones emocionales que pueden surgir y se realizará una exposición razonada del programa

psicológico que se va a llevar a cabo, incluyendo los objetivos generales y los métodos a emplear, clarificando a su vez los criterios de logro, con el fin de crear expectativas positivas, facilitando la adherencia al tratamiento y la adopción de un papel activo por parte del paciente. (Olivares Crespo, 2004)

Posteriormente se procederá a explicar la naturaleza transaccional del estrés reinterpretando la intervención quirúrgica. Tras esta primera fase se comienza un entrenamiento en técnicas de control de ansiedad, como respuesta de afrontamiento específica a la situación de cirugía. Se inicia al aprendizaje de ejercicios de respiración controlada. De este modo se consigue un adiestramiento para el autocontrol de conductas y la obtención de interpretaciones adaptativas. Para facilitar el aprendizaje se realiza un modelado de la misma por parte del terapeuta. Posteriormente se procede a la explicación y puesta en práctica de un procedimiento de exposición prolongada, acompañada de la técnica de relajación. Se realiza con el fin de alcanzar la habituación a los estímulos que componen la situación evocadora de ansiedad.

Olivares Crespo (2004), comenta que la información brindada puede ser procedimental o sensorial.

Con respecto a la primera comenta que se caracteriza por facilitar al sujeto una descripción sobre la naturaleza de la intervención quirúrgica, es decir, conocimientos acerca de lo que se va a hacer, cuándo, fases, quién lo hará, cómo, por qué es mejor este procedimiento que otro, etc. Se trata de minimizar la incertidumbre y un descrecimiento del trabajo cognitivo, a través de lograr transmitir un esquema de representación de la enfermedad del

paciente y un esquema que permita asimilar el episodio quirúrgico; tarea que deberá hacer el paciente para comprender la experiencia quirúrgica. En cuanto a la información sensorial, se basa en describir las sensaciones somáticas que puede producir la operación (boca seca, somnolencia, tumefacción brazo), es decir, se proveerá al sujeto de expectativas realistas en torno a las sensaciones que se espera que presente, así como, si estos signos son nocivos o no. El objetivo es facilitar una interpretación positiva de esas sensaciones, y una correcta identificación de su significado.

Fundamentalmente, lo que se intentara es que el paciente no sea sorprendido por los distintos eventos de la cirugía, para permitir la predicción y control de los acontecimientos amenazantes.

Las técnicas cognitivas más utilizadas antes de la cirugía son: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones positivas, atención selectiva. Éstas pueden ir dirigidas hacia la solución del problema o hacia la regulación de la emoción.

En la reestructuración cognitiva se provee al paciente de información general que le ayude a darse cuenta del importante papel que juegan las cogniciones en la activación emocional a través de ejemplos. Seguido de autoobservación de los pensamientos e identificación de los efectos que éstos tienen sobre el estado de ánimo y el comportamiento. Asimismo, se consideran las explicaciones alternativas y el grado de credibilidad que el paciente les otorga. Por último, se realizan pruebas de realidad como obtención de feedback externo, para aceptar la utilidad de la consideración nueva de los acontecimientos.

En el caso del paciente de cáncer en estadio terminal, las respuestas fisiológicas de la ansiedad (palpitaciones, tensión muscular etc.) están controladas por la medicación pautada para el control de los síntomas de la enfermedad. No obstante puede ser importante enseñarle al paciente técnicas tan útiles como la respiración en dos tiempos, y otras más completas como la relajación (siempre adaptada a su estado físico) y la visualización.

En cuanto a las respuestas cognitivas (sentimientos de miedo, preocupación, ideas de peligro etc.) el abordaje es posible y necesario con diversas técnicas orientadas hacia ello, como parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones etc. Lo mismo ocurre con las respuestas conductuales.

Por último, hay un procedimiento adaptativo aprendido por socialización que permite un alivio rápido de los síntomas moderados de ansiedad: ver la TV, charlar, etc.

La falta de Comunicación entre el enfermo y su familia puede desencadenar en lo que se ha dado en llamar conspiración del silencio. Tanto el enfermo (que intuye lo que tiene) como la familia (que está informada) son incapaces de comunicar pensamientos, sentimientos y emociones en relación a la situación que están viviendo, a lo que pasa y a cómo están viviendo. Esto no sólo no facilita sino que dificulta un clima de tranquilidad necesario para el cuidador del enfermo y el autocuidado de la familia; es por ello por lo que se hace necesaria la intervención para:

1. Dotar de estrategias de comunicación al enfermo y la familia.

2. Enseñar técnicas de expresión emocional.
3. Motivar y animar a realizar actividades mutuamente gratificantes.  
(Intervención psicológica y grupos de apoyo)

El trabajo con la familia (especialmente con el cuidador principal o primario) es fundamental y paralelo en todo momento a la intervención con el paciente. Esto motiva en ocasiones el uso de un paquete de técnicas psicológicas similares. Dicha intervención se va a orientar a:

Entrenamiento en técnicas de apoyo para el cuidado del enfermo.

Nivel físico: reforzamiento información/educación proporcionada por el personal sanitario.

Nivel ambiental: control estimular -habitación limpia, con luz y temperatura adecuadas, presentación de los alimentos en platos pequeños, y con una preparación y aspecto sugerente.

Nivel emocional: permitir al paciente que exprese sus sentimientos, ayudándolo a que tome decisiones a recuperar y mantener la autoestima y control sobre su vida, animándole a llevar a cabo aquellas actividades que estén al alcance de su mano, adoptando una actitud positiva y estimulando y participando en actividades comunes.

Manejo de reacciones emocionales desadaptativas.

Depresión y ansiedad son también reacciones que presenta la familia como respuesta de enfermedad.

Tristeza, desesperanza, manifestaciones negativas, llanto incontrolable, déficit de actividades gratificantes (reacciones emocionales depresivas) y sentimientos de preocupación, miedo, nerviosismo, tensión muscular,

palpitaciones (reacciones emocionales ansiosas).

La intervención también se realiza con un paquete de técnicas psicológicas a tal efecto:

- Reestructuración cognitiva, terapia cognitiva, autoinstrucciones, manejo de contingencias, parada de pensamiento, planificación de actividades gratificantes priorizando antes facilitación de expresión emocional, respiración y relajación.

Otras reacciones emocionales de la familia son:

Sobreprotección: "Que no haga eso, que no puede, ya estoy yo aquí para hacerlo".

Negación: evitar la verdad de pensar/asumir la situación del paciente. No adaptación ni reajuste de roles a pesar de la evidencia de la gravedad de la situación.

Claudicación emocional: derrumbamiento físico y psicológico del cuidador, debido a la sobrecarga de tareas y a la falta de apoyo y recursos de afrontamiento a la situación. Supone abandono del cuidado del enfermo.

La intervención tiene como base:

1) Procurar la expresión de emociones y sentimientos.  
2) Información/comunicación.

3) Preparación etapa de duelo e incorporación/mantenimiento del rol social:

Es importante empezar la preparación con la familia antes del fallecimiento del enfermo. Ello supone:

- a) Rapport óptimo.
- b) Procurar desahogo emocional.
- c) Información/comunicación:
  - Anticipación cambios del paciente.
  - Qué hacer cuando ocurra la muerte.
  - Qué puede pasarle en la etapa de duelo.
  - Entrenar en relajación.
  - Técnicas.

Dentro de las terapias utilizadas en los enfoques cognitivos conductuales, nos encontramos con La Terapia Racional Emotiva, la cual emplea las siguientes técnicas para lograr su finalidad:

1. Técnicas puramente cognitivas:
  - a) Entrenamiento en detección de creencias irracionales: se le pide al sujeto que anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad.
  - b) Técnicas de persuasión verbal: debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que el paciente tiene respecto al cáncer.
  - c) Entrenamiento en autoinstrucciones: repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia.
  - d) Distracción cognitiva: invitar al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias invadiendo los pensamientos del paciente (leer, escuchar música, relajarse...)

## 2. Técnicas conductuales:

- a) Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: entrenar al paciente en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas orientadas a la superación de determinados problemas como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación.
- b) Programación de actividades: promover un aumento de la motivación del paciente.
- c) Entrenamiento en resolución de problemas: resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad (conflictos profesionales, matrimoniales, de relación y sexuales).
- d) Intervención del rol racional: invitar al paciente a que adopte la postura del terapeuta mientras éste asume el rol del paciente y observar los consejos que en su lugar le daría al enfermo.
- e) Exposición a las situaciones temidas: conducir al paciente al enfrentamiento con las situaciones más temidas por él y debatir sobre ellas.

## 3. Técnicas emotivas:

- a) Imaginación racional emotiva: emplear la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por el paciente y lograr su inversión.
- b) Técnicas humorísticas: intentar promover la ausencia de dramatismo y reducir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad a través del empleo del sentido del humor.

c) Biblioterapia: ofrecer la lectura de libros como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias. (Prieto, 2004).

Abordajes cognitivo - conductual grupales.

La psicoterapia grupal es definida por Seifert, (s/f) como un campo de acción en el cual, los integrantes del grupo se benefician de la observación de los otros. Ya que a partir de la misma, se facilitarán cambios en la autopercepción y el conocimiento de sí mismo, los efectos, de la observación, se expandirán sobre el conjunto de comportamientos de los individuos.

En el caso de pacientes oncológicos, nos encontramos con personas que establecen vínculos deficitarios, debido a múltiples factores, a saber:

- estilo de vida actual,
- sucesos vitales de pérdidas significativas,
- vulnerabilidad frente al stress
- ciertas características de personalidad, tales como: baja autoestima, aparente sociabilidad, dificultad para manifestar sus emociones, estilo de afrontamiento ante la propia enfermedad de desesperanza y desamparo rasgos depresivos consecuentes de la visión negativa del sí mismo, del futuro y del ambiente.

Es por esto, que el primer objetivo de tratamiento será: cambiar el procesamiento de la enfermedad como punto final, para que la pueda empezar a procesar como una situación límite en tanto experiencia urgente, ante la cual puede hacer algo, es decir, no como la verdad desesperanzadora de que la muerte borra la vida, con el consiguiente vacío

que implica; sino como el hecho reconfortante de que el poder anticipar esta situación en tanto potencial le brinda la perspectiva positiva, de tornarse actor de su situación existencial. Para, de esta manera, a partir de vencer el miedo a la muerte, el sujeto, debe poder llegar a experimentar un fuerte sentido de dominio sobre su propia vida.

En otras palabras, lo que se intentará modificar inicialmente en un tratamiento, será determinadas cogniciones disfuncionales, tales como, cáncer = muerte. Esto se debe a que, los elementos que configuran las operaciones cognitivas y que obturan la resignificación por parte del paciente, están dados porque el paciente vive su trastorno como único, siente que es inmodificable, que ya no puede pensar en qué lo ha originado y lo hace persistir a pesar de su voluntad por modificarlo.

El grupo privilegia las formas que adquiere el contacto con los otros.

Las operaciones que desarrolle un paciente para convencerse que su caso es el más grave, y no tiene salida, es inevitablemente reeditado en el contexto grupal.

Las perturbaciones del paciente en el contexto grupal, permite que sean resignificadas a través de la interacción, por la constitución de vínculos que este contexto favorece.

Es aquí, donde a diferencia de la terapia individual en la que el paciente encuentra menor interferencia, en el grupo éstas se potencian desde el inicio y son las que van a dar la posibilidad de modificar actitudes y cogniciones negativas.

Esta reedición de las perturbaciones, que se da en el grupo en el ámbito de la interacción, permite observar cómo el paciente organiza su experiencia y de qué manera la procesa de forma negativa para su propia salud. (Seifert, s/f).

O sea, un grupo de apoyo, según Melet (2002), hace referencia a un tipo de estructura integrada esencialmente por personas que comparten un mismo problema y se apoyan solidariamente para enfrentarlo. Tienen la ventaja de ser una forma efectiva y poco costosa de tratamiento psicosocial en el cáncer.

Usualmente, deben estar presentes en las reuniones uno o dos terapeutas, alentando a los miembros del mismo a confrontar sus problemas y encontrar un nuevo sentido a sus vidas. De esta manera, los pacientes aprenden y enseñan a la vez, a reordenar sus prioridades existenciales, a mejorar el apoyo y, la comunicación con la familia y los amigos, a enfrentar los cambios en la imagen corporal, encontrar satisfacciones en su nueva condición, y mejorar la comunicación con sus médicos.

Para lograr dichos objetivos, se considera de suma importancia, el proporcionar información sobre la enfermedad, ya que permitirá al paciente adquirir más confianza en el manejo de sus sentimientos hacia el cáncer y por ende, poder asumir una actitud realista y positiva de lucha contra el.

Será necesario, por lo tanto, el entrenamiento en técnicas como la relajación progresiva, para facilitar el control del dolor y tal vez algo más importante, proporcionar un sentimiento de control sobre sí misma.

El trabajo en el grupo favorece precisamente el aprendizaje en la expresión de las emociones, ya que es muy común escuchar, cómo los miembros del grupo han soportado estoicamente las actitudes de su grupo familiar; cómo han vivido para resolver los problemas ajenos, postergando indefinidamente sus propias satisfacciones o realizaciones vitales.

Es por esto, que al desnudar los sentimientos íntimos, se fortalecerá el ánimo de los pacientes, la sensación de soledad ante la enfermedad, derivada muchas veces de la actitud del grupo familiar, se verá amortiguada ante la comprensión del resto del grupo.

Si bien estos grupos no constituyen un medio para prolongar la vida, mostrarán su eficacia, al permitir que los pacientes mejoren sustancialmente su bienestar y satisfacción con la vida. (Melet, 2002).

## 2.2 Abordaje Sistémico:

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar.

El impacto de esta enfermedad alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. Es muy complejo discernir en las condiciones pre – existentes de comportamiento de cada miembro o de la familia (pre – moribida) y en las condiciones que emergieron en respuesta a la aparición del cáncer.

La larga trayectoria de la enfermedad, afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida, pasando las mismas por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control de ajuste y readaptación. El cáncer afecta profundamente no solo al sistema familiar por largos periodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar.

La confrontación de esta experiencia crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Ciertas familias tienen una base mas vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de

desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente al cáncer como un proceso continuo, multi – complejo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro de la misma.

Una variable fundamental dentro de la relación familiar es la posibilidad de crear un sentido nuevo y diferente frente a la amenaza de la enfermedad. Un mayor riesgo es que la relación se identifique totalmente con la enfermedad, sin dejar ningún espacio para los elementos sanos de la relación- ¿Cómo puede entonces la pareja / familia incorporar un trastorno o situación tan estresante como el cáncer dentro de las relaciones de su vida cotidiana? (Baider, 2003)

Esta perspectiva se orienta a la búsqueda y recuperación de los recursos con los que cada familia enfrenta una afección; a la visión de terapias en red multisistémica y al enfoque de intervención colaborativo entre todos los actores implicados, en una concepción ecosistémica orientada hacia la salud positiva. (Torres Godoy, 2007).

Las estrategias de intervención terapéutica que tratan la relación entre la enfermedad, el paciente y su familia deben ser reevaluadas constantemente, dependiendo de cambios fiables o inesperados durante la trayectoria de la enfermedad. Uno de los principios fundamentales de la intervención es la

alianza terapéutica con las familias que están afrontando la enfermedad crónica; la necesidad de promover la autonomía en cada uno de los miembros (incluyendo al paciente), el poder aprender a comunicarse sabiendo las constricciones, las culpas y los mecanismos de protección y defensa de cada uno de los miembros familiares.

Los trabajos de Stierlin y de Steinglass (Torres Godoy, 2007) con pacientes con cáncer y sus familias, corresponden a una propuesta en expansión de llevar el enfoque sistémico a los límites mismos de la comunidad por el lado de los consultantes, especialmente en el asesoramiento de grupos multifamiliares y por el lado de los clínicos, el incluir esta modalidad de trabajo en los diferentes niveles de atención de salud, desde el consultorio hasta el hospital médico-quirúrgico especializado. Rolland (Torres Godoy, 2007) propone un modelo de acercamiento sistémico de las enfermedades médicas y de la discapacidad en base a dos ejes fundamentales. Por un lado lo que denomina tipología psicosocial de la enfermedad, y por otro lo relacionado con las fases temporales de la enfermedad. Lo primero se refiere a que cada cuadro médico tiene un determinado tipo psicosocial de presentación en el cual es relevante conocer aspectos propios del comienzo de la enfermedad (agudo vs gradual); curso (progresivo vs constante vs recurrente); desenlace (no mortal vs expectativa de vida reducida o muerte súbita vs mortal); incapacitación (ninguna vs leve vs moderada vs grave). Las fases temporales de la enfermedad incluyen en este modelo la presencia del tiempo, con sus fases de crisis, crónica y terminal, la que se

articula con las etapas del ciclo de vida individual y familiar en el que se encuentra el paciente y la familia cuando es afectado por la patología. Este modelo permite integrar en forma dinámica, sincrónica y diacrónicamente, el curso evolutivo de todo proceso viviente, del sufrimiento y de la muerte, e introduce la dimensión de la complejidad multisistémica una vez enfrentados a este tipo de situaciones clínicas.

Este autor, la importancia de trabajar desde una perspectiva transgeneracional, del ciclo vital individual y familiar, desde los sistemas de creencias familiares acerca de la salud y la enfermedad e integrando además la perspectiva multifamiliar comunitaria en una concentricidad abarcativa incluyente de los sistemas sociales amplios.

Las áreas investigadas por diversos autores desde entonces abordan temáticas de parejas y enfermedades físicas crónicas vinculadas con la interdependencia, roles, ciclo evolutivo, reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento, equilibrio, comunicación, sobreprotección, abandono, infidelidad, intimidad, sexualidad, género, autonomía y rol de los profesionales de ayuda, entre otras.

Respecto del cáncer, un reciente trabajo revela que el cónyuge se ve favorecido positivamente en reducir su nivel de estrés, posterior a conocer el diagnóstico, con una adecuada comunicación con el equipo clínico, especialmente en aquella fase en la cual la paciente vuelve a casa con la condición de sobreviviente.

Se han conceptualizado las dolorosas vivencias de pérdidas de la pareja como procesos de duelo anticipado, es decir duelos por la pérdida de la

normalidad, del control, de las funciones físicas, de la sexualidad y en última instancia, por la pérdida de la identidad de la pareja/familia que algún día fue y que lleva implícito, en muchos casos, la incertidumbre de la fatalidad.

Se han implementado diversas técnicas de abordaje terapéutico para el trabajo con grupos familiares, principalmente del trabajo multi-sistémico de Peter Steiglass (Torres Godoy, 2007) como la clásica indicación de “poner la enfermedad en su lugar” o destinar un lugar en la casa para conversar acerca de la enfermedad impidiendo que el tema invada la vida familiar y sea planteado a toda hora y en todo lugar dejando en claro que la persona enferma “no es la enfermedad”; la “externalización” de la dolencia al ubicarla en objetos o metáforas como las de ser “un terrorista de 2 años que tiene a la familia como rehén”; de la utilización de técnicas de acción derivadas del psicodrama como dramatizaciones, esculturas, máscaras, teatro terapéutico de resignificación, técnicas narrativas de escritura simbólica y técnicas de trabajo corporal como psicodanza.

Steinglass (Torres Godoy, 2007) trabaja fundamentalmente con discusiones grupales, es decir a través de la verbalización, promueve la ventilación emocional y la puesta en palabras de conflictos y afectos reprimidos por estas familias ya sea en relación a sus temores, dinámicas disfuncionales propias al interior de sus familias, y sus dificultades con los prestadores y sistemas de salud. Una intervención particularmente interesante es lo que llama “montaje familiar”, una técnica de arte que muestra la familia frente al grupo en un antes, un durante la fase crítica y un después, en la cronicidad y las posibles despedidas hacia lo terminal.

Las dramatizaciones suelen ser tan intensas como si se tratara de verdaderos sociodramas familiares directos. En ese contexto protegido se dota a los pacientes de recursos conductuales y cognitivos para el manejo de la ansiedad, de la rabia, mayor espontaneidad, flexibilidad, resolución de conflictos, de duelos pendientes, distanciamiento estético y manejo del stress. Las técnicas dramáticas y teatrales al servicio de la salud mental pueden además contribuir con los aportes terapéuticos del juego, el humor y la creación artística como surtidores permanentes de salud física y mental.

Peggy Penn (Torres Godoy, 2007), por otra parte, plantea que la mayoría de estas afecciones deben entenderse como “traumas relacionales” que producen diferentes narrativas tanto en lo intrapsíquico del enfermo, lo que denomina “voces y metáforas internas” como en lo relacional es decir “voces del sistema familiar”. El diálogo que una persona crónicamente enferma lleva consigo misma focaliza alrededor del tema de la pérdida de la identidad. Escuchar nuestras propias voces interiores es la primera forma de cuidado. La enfermedad suele llevarnos al silencio. Penn utiliza medios narrativos como escritura de textos los que posteriormente analiza en el contexto de la intervención familiar dando paso al “quiebre del silencio”. El terapeuta sistémico interesado en traumas, duelos, cronicidad, dolor y muerte, debe saber que su escenario de acción será trasladado desde la protección de su consultorio privado hacia el mundo en donde habitan estas situaciones clínicas: El hospital, las salas de urgencias médicas, de pacientes oncológicos, el consultorio de atención primaria, los grupos de

autoayuda comunitarios, la casa del paciente y por último la habitación en la cual aquel dará su último respiro.

Las intersecciones entre terapia sistémica y medicina apunta a la interrelación con disciplinas evidentemente en expansión, como la psiconeuroinmunoendocrinología, psico-oncología, psico-traumatología, psico-cardiología, psico-obstetricia, es decir muchas áreas relacionadas con la psicología de la salud, psiquiatría social, comunitaria y de enlace, así como estrechas conexiones con disciplinas humanistas y artísticas, como la sociología, antropología, teología, música, artes visuales, teatrales y corporales. Una compleja red multisistémica de personas, instituciones y sociedades al servicio de los que más sufren. (Torres Godoy, 2007)

De acuerdo con lo expuesto por Baidar (2003), el control de intervención terapéutica con pacientes oncológicos deberá ajustarse a los principios médicos y a la calidad de vida del paciente, es decir, al tipo de diagnóstico, al nivel de seguridad del pronóstico, a las recurrencias de la enfermedad, al protocolo del tratamiento químico, a los procesos terminales de la enfermedad, a las diferencias de edad, sexo, grupos de duelo, etc. Ya que, cada uno de estos rótulos médicos implicaran niveles de calidad de vida diferentes por parte del paciente, y la reestructuración de las intervenciones psicológicas, adecuadas a cada uno de los criterios de la enfermedad, por parte del psicooncólogo.

Baidar (2003), enfatiza en que los psicooncólogos con orientación sistémica y con conocimiento de dinámica familiar y de oncología, deberán ampliar su trabajo terapéutico mas allá de un concepto estrecho definido de "terapia de

crisis familiar”, ya que, según la autora, la intervención terapéutica debe mostrar cambios significativos dentro del proceso de la enfermedad, de la calidad de la vida del paciente (familia / pareja), a partir del diagnóstico y a través de la trayectoria de la enfermedad oncológica.

A continuación se desarrollara un modelo de intervención utilizado por Baider (2003) para grupos de familias/pareja en el Instituto de Oncología del Hospital Hadaza de Jerusalén.

La intervención es de tiempo limitado: 10 sesiones con una duración de 2 horas cada una.

- *Sesión 1. Presentación.* Cada miembro de la pareja: ¿Quién soy? Como pareja: ¿Quiénes somos?

Ejercicio: describir una definición de pareja.

- *Sesión 2. Trayectoria de la enfermedad.* Significado de la enfermedad. Reacciones y fantasías sobre la enfermedad. Atribución del paciente y la pareja a la enfermedad.

Ejercicio: compartir uno con el otro un momento no hablado durante el proceso de la enfermedad.

- *Sesión 3. Rol de la pareja – readaptación.* ¿Qué ha cambiado? Flexibilidad y rigidez. Cambios emocionales e instrumentales. Desilusiones. Sorpresas positivas.

Ejercicio: hacer juntos algo diferente.

- *Sesión 4. Comunicación en la pareja.* Secretos. Comunicación abierta/cerrada. Tabúes y mitos dentro de la pareja.

Ejercicio: hablar de algo del pasado no hablado.

- *Sesión 5. Experiencias pasadas.* Experiencia en común de la pareja de un acontecimiento de gran significado para los dos.

Ejercicio: realizar una experiencia positiva.

- *Sesión 6. Sistemas de apoyo social.* Sistema de apoyo social. Aislamiento. Apoyo mutuo. Amigos, sistema familiar.

Ejercicio: clarificar y resolver sentimientos no comunicados con otras personas.

- *Sesión 7. Imagen corporal.* Presencia física y emocional entre la pareja. Proximidad. Distancia. Percepción mutua de la imagen del cuerpo.

Ejercicio: aspectos positivos de imagen corporal.

- *Sesión 8. reorganización de prioridades.* Pasadas, presentes y futuras. Capacidad del "aquí y ahora".

Ejercicio: realizar un deseo durante esta semana.

- *Sesión 9. Equipo de sistema de salud.* Comunicación con el equipo de salud.

Ejemplo: compartir conflictos, expresar frustración y agradecimiento a niveles hospitalarios.

- *Sesión 10. Compartir.* Poder dar y recibir. Capacidad de reflexión y crecimiento emocional. Capacidad de dependencia madura.

Ejercicio: realizar en forma real lo recibido por el grupo.

El concepto de familia, puede ser definido, según Baider (2003), como la "unidad ética de cuidado", es por eso que en vez de percibir la enfermedad centrada en la persona o en la sintomatología específica del paciente

individual, se concibe dentro de la unidad familiar de acuerdo a la propia concepción familiar del paciente.

La familia no es un “espejo sin reflejo” (Baider, 2003); es el sistema básico de cuidado y protección y el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia. No es el cáncer la causa básica de una reestructura familiar, es la percepción y proyección hacia la enfermedad de cada uno de los miembros de la familia (incluyendo al paciente), con sus historias personales, interacciones, sus sistemas de creencias y sus valores culturales específicos, distorsiones y ambivalencias dentro del propio “sistema particular de cuidado” (Baider, 2003), del propio sistema de apoyo, de ansiedad y de miedos.

Los mecanismos por los cuales las familias hacen frente al cáncer, son influenciados por sistemas personales de creencias, tabúes, mística cultural y social que atribuyen al significado del por que a la enfermedad y al paciente de cáncer en particular.

Por lo tanto, el desafío impuesto a los profesionales de Psicooncología será múltiple: realzar factores protectores de la familia ayudándole a identificar el propio sentido de control, identificar y reducir los factores de riesgo en un esfuerzo por alcanzar un funcionamiento más equilibrado y adaptativo de vida, etc. Estos factores deben reflejar y amalgamar la identidad social y cultural, la calidad de vida de cada familia y cada miembro en particular. (Baider, 2003).

A continuación, se desarrollará la propuesta terapéutica de LIAISON en el área de asistencia psicológica de enfermedades orgánicas graves: oncológicas, invalidantes y de pronóstico incierto.

“Quince años de experiencia clínica (Hospital de Clínicas José de San Martín) e investigaciones sobre las diferentes técnicas psicológicas empleadas en los servicios de Oncología aquí y en otros países (E.E.U.U., España, Chile), forman parte de nuestra trayectoria profesional.

Estamos seguros que coincidimos en que estas enfermedades se nos presentan como una realidad Bio-Psico-Social; que la familia cumple un rol protagónico en el transcurso de la misma y que mucho depende de ella el cumplimiento de los tratamientos; que es una enfermedad en la que intervienen diferentes especialidades médicas con la lógica reacción del paciente frente a esta exterioridad; que la difusión de información masiva a veces distorsionada o fatalista influye negativamente desde el diagnóstico de la enfermedad en adelante. Estos y otros aspectos que llevan al paciente, su familia y entorno social a la desorientación y desadaptación, pueden ser contenidos y readaptados con el objetivo de brindarle una mejor calidad de vida y un mejor vivir con criterio realista.

Constituyendo la propuesta asistencial desde estos supuestos, los objetivos de nuestro trabajo son:

- Colaborar con el médico especialista en todas las situaciones en que este considere oportuna nuestra intervención.
- Desarrollar los recursos internos del paciente para mejorar su disposición y adaptación activa a los tratamientos indicados por el especialista.

- Asistir al paciente en las consecuencias y secuelas psicológicas producidas por los tratamientos: internaciones, stress, dolor, etc.
- Contener y orientar a la familia, especialmente en los "estados de desesperanza"; ubicar y asistir al "interlocutor familiar" más apropiado.

No apuntamos a la búsqueda de los conflictos neuróticos propios de cada personalidad, sino los que se derivan de las situaciones concretas que generan las enfermedades en su desarrollo.

Queremos destacar que sabemos de la existencia de métodos terapéuticos pre-científicos, que con buena u oculta intención pretenden ayudar a los pacientes en el transcurso de estas enfermedades, aislando al enfermo y ocasionando los abandonos de los tratamientos médicos, favoreciendo estados de manías y autosuficiencias que poco contribuyen a la buena evolución del paciente. Decididamente no los compartimos". (Diggs, s/f).

### 2.3 Abordajes Psicoanalítico:

#### La psicósomática psicoanalítica.

Un cierto número de artículos y de conceptos formulados por Freud en otros campos de la psicopatología, van a servir de base para elaboraciones futuras de los psicoanalistas interesados en la psicósomática.

Freud no abordó directamente las enfermedades somáticas tal como se entienden hoy en día, pero en cambio, estudió profundamente los diferentes estados del cuerpo. El conjunto de sus trabajos concernientes a los síntomas expresados por el cuerpo, se inscriben en las preocupaciones teóricas relativas a la economía pulsional. (Alberro, s/f).

Freud, hace referencia a la experiencia traumática adulta como un desencadenante crucial para la aparición de las patologías orgánicas. Desde esta teoría se entiende por trauma, un "acontecimiento en la vida de un sujeto, caracterizado por su intensidad, el valor subjetivo que el sujeto le otorga al mismo, la incapacidad de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica".

En términos económicos, el trauma se caracteriza por un "aflujo de excitaciones excesivas, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones". Por tanto, frente al conflicto la organización psíquica no puede mantenerse. "Las excitaciones se acumulan en un aparato mental inepto para elaborarlas, desembocando en una desorganización progresiva de los aparatos somáticos, pudiendo llegar hasta el cáncer". La noción de desorganización



reposa sobre una concepción energética a la que esta sometida la pulsión de muerte. Esta desorganización marca, en el paciente con cáncer, una estructura fundamental inamovible, sin síntoma neurótico o psicótico, es decir, sin sistema defensivo. "La semiología negativa del enfermo somático, revela, un hipercontrol de la vida emocional, pobreza de la vida fantasmática, un discurso sobre los hechos concretos desprovistos de asociación de ideas, de lapsus y discreciones". (Figini, 2004)

Siguiendo la teoría de Lacan, el fenómeno psicósomático se define por la lesión en el cuerpo, marca el efecto del inconsciente sobre el cuerpo. "Es el efecto que el significante produce a nivel corporal, en el lugar de la raíz misma del lenguaje. Conciernen directamente a lo real, implicando evidentemente el cuerpo". Lacan los sitúa en la función imaginario-real, a nivel del agujero verdadero. Es entonces el cuerpo, en su consistencia imaginaria, que se signa de la existencia de una lesión en lo real.

Vemos entonces, que "la causa de las manifestaciones lesionales se ubica en la ausencia de afanisis, que no permite el pasaje de un significante a otro". (Alberro, s/f). En ese momento se detiene la dialéctica del sujeto, ya que éste está definido como representando un significante para otro significante. Si esta dialéctica se detiene, el sujeto desaparece, lo que implica que desaparece la subjetividad, dejando lugar a una suerte de congelamiento del significante. Un significante es definido por la distancia, por el intervalo que lo separa de otro significante. Si no hay esa distancia, los significantes se pegotean, se congelan. Si no hay intervalo, no hay significante, con lo cual tampoco podrá haber formaciones del inconsciente.

Estos dos significantes pegados, solidificados, Lacan lo llama "holofrase, tiene la particularidad de borrar el intervalo entre S1 y S2, es decir no representa la duplicidad del símbolo. No hay, entonces en ese punto, emergencia del síntoma ni del objeto a, no hay represión primaria y retorno de lo reprimido como consecuencia de la represión. En el lugar de la lesión psicósomática S1 se pega a S2 y no hay espacio para que surja un sujeto en su división cuyo resto es el objeto a. Este objeto a se ubica en el lugar del órgano lesionado". (Alberro, s/f).

Ambos significantes unidos, holofraseados, pueden ser tomados en una cadena signifiante como nuevo signifiante. Ahora bien, "holofrase es un término que Lacan toma de la lingüística, se utiliza para designar una palabra que adquiere el valor de una frase, por ejemplo socorro, fuego, auxilio. Con una palabra como esa no hace falta preguntar nada más, solamente cabe responder, salir corriendo, llamar a los bomberos, etc.

El ejemplo clásico es el de las señales de los barcos. Según el color, el dibujo, etc., significan algo en particular. Esas señales por definición no pueden ser interrogadas, no funcionan entonces como significantes que representan al sujeto para otro signifiante, sino que funcionan como un signo que significa algo para alguien". (Alberro, s/f).

Cuando la demanda del Otro funciona como una holofrase, como un signo y no como un signifiante, no hay malentendido posible. El signifiante por definición es equívoco. El signo, por el contrario, no admite condensación ni desplazamiento, porque su significado es unívoco - no equívoco. El signo deja fuera de juego las formaciones del inconsciente, y al interferir con una

función biológica puede producir en el organismo una respuesta inadecuada. Efectivamente, se puede afirmar que la particularidad del fenómeno psicossomático se inicia con el fracaso de la interrogación del deseo del Otro, que al no ser interrogado, no funciona como deseo enigmático a ser respondido fantasmáticamente. Cuando, además, esta inducción significativa que se ha vuelto holofrásica apunta a una función biológica, ésta puede dislocar su funcionamiento.

Por tanto en el fenómeno psicossomático, la subjetividad y lo que este concepto implica, es decir el sujeto hablante, está anulada. Es la ausencia del sujeto que se revela a través del órgano enfermo. En el lugar del sujeto aparece el órgano que, no poseyendo la palabra, no habla, ya que tampoco posee la mediación del cuerpo simbólico. "Es el órgano que funciona fuera del cuerpo, entendido éste como cuerpo simbólico, cuerpo del lenguaje, el órgano ubicado en el lugar del objeto a, queda separado del discurso". (Alberro, s/f). "El goce está fuera del cuerpo", dice Lacan; en el fenómeno psicossomático, es decir, es la lesión somática que concentra el goce expulsado del cuerpo.

"El sujeto queda encerrado en un callejón sin salida y la única vía que le queda es lo real de su cuerpo, puerta de entrada a la que se le cierran todas las salidas". (Alberro, s/f).

La psicoterapia psicodinámica constituye una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psico-oncología y es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de pacientes con cáncer, asimismo ofrece una perspectiva útil para comprender

y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente. De este modo el incumplimiento eventual de las recomendaciones de tratamiento para el cáncer pueden ser comprendidas en términos transferenciales y no simplemente como actitudes negativistas en la lucha contra el cáncer.

Si bien las psicoterapias psicodinámicas utilizan como marco de referencia las descripciones anteriores; el psicoanálisis no es utilizado en su forma tradicional a la hora de abordar un paciente oncológico.

Según el Dr. José Schavelzon (s/f); un paciente con cáncer no es ni un neurótico ni un psicótico, por ende, suele ser un despropósito asistencial enviarlo a los servicios de psicopatología o salud mental. Considera que la psicoterapia debe comprender apoyo, contención y acompañamiento, y debe estar referida al relevante tema de los afectos y opiniones de los pacientes. Es decir, el psicoterapeuta deberá significar una reelaboración de sus sentimientos y opiniones.

“El fenómeno psicológico del paciente oncológico mas frecuente, y a veces desconcertante, es su modificación en la escala de valores afectivos y de lo que él mismo se sorprende”. (Schavelzon, s/f).

- “El inicio de la relación se referirá, con toda, probabilidad a la temática de su enfermedad, sus médicos, sus exámenes y enarbolando su biopsia. Todo ello forma parte de su vivencia de la situación que integra ahora su estructura psíquica y debe ser escuchado. ¡"Eso" es "él" en ese momento!. Un terapeuta deberá mostrarle que "él" es mucho más...!. Toda asistencia psicoterápica tendrá sentido si el profesional viene a "hacerse cargo". (Schavelzon, s/f).

El Dr. manifiesta no ser partidario de un enfoque psicoanalítico convencional durante y después del tratamiento del cáncer, al considerar que el mismo produciría mucho daño. "Freud nos mostró cuánto conservamos aún de lo instintivo y primitivo ancestral. Por ello, creo que se logran los mejores efectos cuando a la droga se agregan la presencia y la palabra médica, la intervención psicoterápica y la consideración de lo social o el universo emocional y afectivo del paciente". (Schavelzon, s/f)

Braceras (s/f) considera que en el análisis de una enfermedad orgánica, las certidumbres más intocables de la comprensión, son:

- La exterioridad del deseo respecto al padecimiento.
- La fuerza de la voluntad conciente para abogar por la curación.
- La incompatibilidad de las elecciones propias, respecto de la complicidad con el sufrimiento.
- El divorcio de los problemas orgánicos respecto de la vida psíquica.

La tarea de develamiento del Psicoanálisis no depende de diagnósticos médicos, sino de su propio diagnóstico, de la posición subjetiva y la posibilidad de establecer una relación transferencial que de lugar a la interpretación del sujeto del inconciente y la demostración de las formas de goce mortíferas, a las que el cuerpo y la represión, suelen prestar tan buen servicio.

Los objetivos de la intervención psicoanalítica en el abordaje de pacientes oncológicos son:

- Pasar las encrucijadas del deseo y las modalidades históricas del sufrir personal, por la palabra y la relación terapéutica.

- Descifrar el cuerpo como superficie de inscripción de lo que no se dice.
  - Posibilitar el abandono del uso de la enfermedad y de la dolencia física, como lugar privilegiado para el sometimiento y el castigo.
  - Descubrir el destinatario del sacrificio o la mutilación y sus motivos.
  - Desmantelar el heroísmo trágico que se satisface con la muerte.
  - Analizar el juego mortal de demandas imperiosas, ante Otro ciego y sordo, a veces inamovible o muerto.
  - Confrontar al sujeto con sus deseos en contienda con sus identificaciones.
- (Braceras, s/f).

El espectro de la psicoterapia psicodinámica incluye psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas tales como exploratoria, de apoyo al Yo y terapias de intervención en crisis. Las psicoterapias orientadas al insight están más estrechamente relacionadas al psicoanálisis. Los elementos comunes incluyen un foco en el conflicto central según se presenten en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. Estos conflictos son analizados y trabajados activamente con el terapeuta en una posición de neutralidad. El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente. La terapia de apoyo al Yo incluye soporte, reaseguramiento e infundir ánimo en la enfermedad terminal, requieren que la persona que conduce la psicoterapia sea flexible en su abordaje.

A diferencia del marco teórico operacional de la psicoterapia, la intervención psicodinámica exige modificaciones en el manejo del tiempo,

que simboliza la última materialización de la angustia de separación, del espacio, de la percepción de la identidad del enfermo así como del contenido y proceso de la relación terapéutica

Los elementos comunes de las psicoterapias psicodinámicas, incluyen un foco en el conflicto central según se presenten en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. Estos conflictos son analizados y trabajados activamente con el terapeuta en una posición de neutralidad. El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente.

La intervención psicodinámica exige modificaciones en el manejo del tiempo, que simboliza la última materialización de la angustia de separación, del espacio, de la percepción de la identidad del enfermo así como del contenido y proceso de la relación terapéutica.

Pospone (Almanza, Holland, Straker, s/f) describe los aspectos centrales que interjuegan en el proceso terapéutico de pacientes oncológicos, la confrontación que experimenta el paciente en su íntimo sentido de ser y hacer provoca una sensación de amenaza básica de la integridad narcisista, mientras que la sensación de pérdida de control se experimenta al percibir la mínima influencia que se tiene sobre los cambios corporales; lo cual a su vez condiciona dependencia y un consecuente miedo al abandono.

El psicooncólogo trabaja con la representación corporal que tiene el paciente; no de su soma y, al no estar capacitados para curar lo orgánico solo trabaja con su representación. En este sentido, los fenómenos

psicosomáticos plantean preguntas cuyas respuestas no siempre son sencillas para ninguna de las especialidades profesionales que intervienen en su dilucidación, pero sin duda, la asistencia del psicólogo puede ser de gran ayuda para clarificar el pesar, la erosión en el amor propio del paciente, sus arranques de cólera (producto del daño narcisista que implica el enfermar), clarificar todo esto y ayudar al paciente, la familia y aun al equipo tratante a comprender y disminuir el sufrimiento y las reacciones hostiles. (Gulias, 2004)

Además, todo psicólogo que contemple la posibilidad de conducir una psicoterapia psicodinámica, deberá tener alguna familiaridad con las fases de la enfermedad del cáncer y los retos que representa para el paciente y los médicos. La naturaleza cambiante de la enfermedad, el diagnóstico, la terapia, las remisiones, las recurrencias y sus fases propias requieren del psicólogo, gran flexibilidad en su abordaje.

Psicoterapia psicodinámica en la primera fase: Diagnóstico.

Esta fase es sorprendentemente bien manejada por la mayoría de los pacientes. Un estado de shock, dificultad creer en lo que ocurre, y cierto grado de depresión, culpa y amargura usualmente son abatidos por la esperanza de que el tratamiento sea exitoso. Una transferencia positiva para con el médico tratante es muy importante y de hecho muy común. Sin embargo algunos pacientes requieren de una intervención psicoterapéutica en esta etapa.

En general, los esfuerzos psicoterapéuticos durante este periodo son primariamente dirigidos hacia la adaptación de la crisis y la selección del

tratamiento apropiado. El apoyo del Yo y la intervención en crisis son los modelos usualmente efectivos a corto plazo en la mayoría de estos enfermos. La supresión de síntomas puede usualmente conseguirse con ambos métodos. Ocasionalmente, la adición de intervención psicofarmacológica puede asistir este proceso. Para otros quienes tienen trastornos caracterológicos de mayor duración, el estrés de la enfermedad puede requerir una psicoterapia orientada hacia el insight para hacerles capaces de lidiar con posibles complicaciones y llegar a algún grado de aceptación a ésta, su nueva realidad.

Caso clínico No. 1:

El cáncer y su tratamiento significaban un trauma por abuso sexual:

“Una mujer joven con historia de abuso sexual en la infancia fue referida a psico-oncología debido a que rehusaba cooperar con los exámenes vaginales y rehusar la aplicación de implantes vaginales para su avanzado cáncer cervical. La dificultad de la paciente en cumplir el tratamiento fue entendida como resultado de la resonancia con sus experiencias de abuso sexual en la niñez. Se recomendó psicoterapia orientada hacia el insight, manejo que estuvo en riesgo de ser abandonado debido a que la paciente, se sentía invadida, sin embargo un hábil trabajo interpretativo por su terapeuta permitió un trabajo a través de su conflicto central de experimentar la repetición de abuso sexual en la psicoterapia, durante los exámenes vaginales y la implantación radioactiva. La terapia permitió el cumplimiento y un buen resultado. Esta intervención fue breve, una vez por semana, hasta que la terapia oncológica fue completada”. (Almanza, Holland y Straker, s/f)

## Psicoterapia dinámica en la Segunda Fase: Seguimiento

La fase de seguimiento, después del primer tratamiento de cáncer (cirugía, quimioterapia, y/o radioterapia), tras los rigores del tratamiento y los efectos colaterales, el paciente experimenta vulnerabilidad que puede ser negada por algunos o ser excesiva para otros, enfrentándolos con su propia mortalidad. Ante ello hay quienes pueden llegar a este término con una sensación de no haber cumplido sus objetivos vitales y sentirse súbitamente presionados a conseguirlos. La consulta durante esta fase puede basarse en las necesidades psicológicas (tomando en cuenta la estabilidad física propia de dicha fase), especialmente en quienes tienen una fuerte motivación, tolerancia de la ansiedad y suficiente inteligencia para engancharse en este proceso que puede ofrecer un significativo cambio psicológico.

### Caso clínico No. 2:

La emergencia de la disociación-supresión como mecanismos de control. “Un hombre de mediana edad con linfoma, mostró un comportamiento idóneo durante su arduo tratamiento de quimioterapia, sin embargo al terminar ésta, se le observó deprimido y asustado. Dicho paciente había sido capaz de un excepcional éxito financiero, superándose a sí mismo (sin ayuda) al provenir de una condición social muy pobre, lo cual alimentó en él la convicción de poder manejar su destino. Al confrontar la realidad emocional del cáncer, después de la quimioterapia, lo hizo sentir totalmente vulnerable, e incapaz de depender de alguien. La

dependencia había de ser evitada a toda costa, puesto que únicamente le condujo a sentir rechazo y disgusto por su niñez.

La fase temprana de la psicoterapia se enfocó a la importancia de establecer una relación con el terapeuta. Su infancia y los mecanismos de enfrentamiento que usó fueron revisados y discutidos en relación a su negación de contar con ayuda externa. Al mismo tiempo fue invitado a aceptar esta necesidad para depender de su esposa e hijos, así como de su terapeuta. También fue ayudado a expresar los sentimientos que había disociado y suprimido durante su quimioterapia. Su necesidad de control fue re-dirigida hacia objetivos más saludables. Él comenzó a aprender acerca del cáncer y cómo enfrentarlo. Llegó a interesarse en la importancia de la dieta y el ejercicio, asimismo modificó su estilo de vida en un esfuerzo por "controlar su destino". Llegó a ser un camarada de su terapeuta en la exploración de cómo lograr un estilo de vida saludable, sintiéndose menos vulnerable y más optimista. Un entendimiento del carácter y las defensas del paciente permitieron su intervención psicodinámica, la cual abordó la supresión del afecto y la necesidad de dependencia y redirigió al paciente para tomar una vez más el control de su vida, animándolo a adoptar un estilo de vida más saludable". (Almanza, Holland y Straker, s/f)

#### Psicoterapia dinámica en la Tercera Fase: Recurrencia

La recurrencia y la consecuente vuelta al tratamiento condicionan una repetición de las reacciones correspondientes al diagnóstico y al inicio del tratamiento. El significado de la recurrencia hace sentir al paciente

menos esperanzado en términos de curación y le hace experimentar culpa por haber fallado. Enojo, depresión, ansiedad, estrés y problemas en la relación médico-paciente pueden ser prominentes. Los aspectos psicoterapéuticos recuerdan estrechamente aquellos relativos al diagnóstico y a la fase inicial de tratamiento. La intervención en crisis y el apoyo del Yo, con o sin medicación, puede ser frecuentemente suficiente para restablecer el cumplimiento de las indicaciones médicas.

El manejo de la negación como defensa que sin embargo puede llegar a bloquear el tratamiento se convierte frecuentemente en el foco de atención durante esta fase.

Caso clínico No. 3:

Amenaza básica de la integridad narcisista y dependencia.

“Un hombre joven, de 30 años de edad que se sentía muy orgulloso de sí mismo y de su independencia, no podía aceptar el deterioro de su salud por un linfoma recurrente. Su negación era tan grande que se presentó para una oferta de un trabajo que estaba a gran distancia de la ciudad y requería de un enorme vigor físico. Su oncólogo reconoció su dificultad de afrontar la realidad y lo refirió a psicoterapia. El tratamiento psicoterapéutico requirió sensibilidad, pero también confrontación directa con su negación lo cual clarificó su miedo a ser dependiente, pretendiendo tener el vigor de un hombre sano. Esta interpretación repetida varias veces, permitió al paciente comenzar a hablar acerca de sus miedos de ser femenino y débil cuando estaba creciendo. El paciente se sintió muy afectado emocionalmente y temporalmente dependió mucho del residente, quien por

su parte experimentó una reacción contratransferencial de culpa por creer que su intervención podría hacer al paciente más vulnerable. La supervisión clarificó dicha reacción y el paciente continuó en una terapia de apoyo de larga duración". (Almanza, Holland y Straker, s/f)

#### Psicoterapia dinámica en la Cuarta Fase: Estadio Terminal

La fase de cuidado paliativo es la más difícil, especialmente para los médicos. Las técnicas paliativas pueden reducir el dolor, la ansiedad, depresión, el insomnio, y otros malestares de niveles tolerables. La consulta psicológica durante esta fase es completamente común. Además del manejo del delirium, la ansiedad o los síntomas depresivos, algunos pacientes y sus familias solicitan intervención psicológica para discutir cómo terminar el tratamiento activo y cómo vivir sabiendo que su tiempo es limitado. Ocasionalmente los pacientes son más realistas que sus médicos, considerando el pronóstico y la necesidad de asistencia en escoger su deseo de tratamiento heroico final. Otros necesitan afirmación acerca de la vida que ellos han llevado y pueden requerir abordar asuntos incompletos en relación a miembros de la familia o amigos. Aun otros necesitan comodidad y relaciones empáticas de apoyo, debido a que tienen miedo al abandono.

El tratamiento basado en el entendimiento de las transferencias omnipotentes e idealizadas y el permitir la regresión en esta fase terminal es de gran confort para algunos pacientes.

Tacto y apoyo son esenciales. El siguiente caso ilustra el valor del abordaje psicodinámico al paciente terminal quien se encuentra bajo tratamiento

paliativo. Vemos aquí la importancia de reconocer que algunos casos de depresión en pacientes que han sido activos en el control de sus vidas, se debe a que ellos han perdido ahora el control y el poder al sentirse físicamente débiles. La intervención psicoterapéutica que permite a la persona re-tomar algo del control y ejercitar sus capacidades aun al encontrarse confinado a su cama, puede aliviar la sensación de pasividad y desesperanza.

Caso Clínico No. 4:

Sensación de pérdida del control y miedo a la muerte

“Un hombre de 68 años en fase terminal de su enfermedad se rehusaba a permitir a sus familiares planificar o manejar sus exitosos y amplios negocios. Toda su vida el paciente había sido un hombre muy activo que había encontrado sumamente placentero estar a cargo de sus diferentes asuntos. Su pérdida de la salud había resultado en depresión severa y una pasividad inusual. La discusión con el paciente se centró en revisar sus anteriores objetivos vitales, su placer en haberse hecho cargo de su familia todos esos años y su necesidad de sentir que él estaba todavía en control de la situación. Fue ayudado a darse cuenta de que él todavía tenía el poder de afectar el futuro de su familia y de sus negocios. El paciente fue de nuevo capaz de asumir una posición de cargo. Subsecuentemente dio su aprobación y consintió en enseñar a otros miembros de su familia cómo llevar los negocios. Esta nueva orientación en sus propósitos resultó en un significativo alivio de la depresión aun en sus últimas semanas de vida”. (Almanza, Holland y Straker, s/f).

En lo sucesivo se desarrollará la forma en que se procede utilizando la modalidad de intervención en crisis.

Históricamente la teoría de crisis data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. Desde el estudio de sus casos clínicos Freud mostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad.

Después de Freud, Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital.

Sin embargo, Lindeman es quien formula la teoría de las crisis en forma específica. Estudio la reacción normal del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas maladaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó, también, que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos.

Caplan definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de

desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales.

La crisis accidental – situacional por la que pasa un paciente con una enfermedad terminal es la más seria y destructiva, por lo no esperado, no planificado y difícil de predecir.

#### Factores determinantes en una crisis

**Hecho tensionante** (enfermedad de un jefe de familia, ingreso al trabajo de una madre, pérdida de ingresos, incapacidad por una enfermedad).

**Dinámica del grupo familiar** (cohesión, desapego, límites del grupo familiar)

**Contexto** (concepto de salud enfermedad, recursos institucionales y comunitarios posibles, recursos humanos profesionales)

**Superposición de factores tensionantes**, provenientes del interior y del contexto, vitales y accidentales.

## **Impacto psicológico de la enfermedad y hospitalización en el paciente y familia.**

Cuando una persona se hospitaliza deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y debe asumir el rol de paciente. El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. Se supone que "el paciente" deberá aceptar sin quejarse cualquier intervención: la invasión de su cuerpo y vida privada, exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Debe además renunciar a sus preferencias y cambiar sus hábitos de aseo, comida y sueño.

El estar hospitalizado significa:

- Alteración brusca del ritmo de vida.
- Separación de la familia y el trabajo.
- Enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas.
- Vivir experiencias percibidas como amenazantes.
- Dolor físico y psicológico.
- Incapacidad y dependencia. Pérdida de energía.
- Soledad
- Pérdida de la privacidad.

Estas vivencias generan en la mayoría de las personas emociones, sentimientos y conductas que son respuestas normales a la enfermedad y al tratamiento intra-hospitalario.

Es frecuente por lo tanto que los pacientes experimenten:

- Aflicción.
- Concepto de sí mismo alterado. Baja de la autoestima.

- Miedo: temores y fantasías que pueden llegar a grados de irracionalidad.
- Tristeza, angustia y/o depresión.
- Ira: proyectada o desplazada hacia el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo.
- Impulsos agresivos: a veces se expresan en conductas tales como irritabilidad y mutismo pero la mayoría de las veces se reprimen por temor.
- Evasión: a través del sueño y las fantasías.

### **La familia.**

En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección. Sin embargo algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los consiguientes sentimientos de culpa.

La respuesta adecuada de los integrantes del equipo de salud es crear una relación empática y de ayuda tanto con el paciente como con la familia.

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional Principios de la intervención en crisis

- **Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es



un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

- **Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- **Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis. (Raffo, 2005)

- **El proceso de duelo**

La teoría psicoanalítica sostiene que todos estos hechos celulares y los mecanismos biológicos que se ponen en marcha, tienen expresión psíquica.

Este marco teórico se plantea abordar los siguientes ejes:

- ¿Las pérdidas significativas a las que se enfrenta el sujeto en su vida y que no son elaboradas a través de un proceso de duelo, pueden ser factores claves en la génesis del cáncer?
- ¿Cuál es la postura psicoanalítica en relación a la elaboración del duelo en el paciente oncológico?
- ¿Cuáles son las distintas pérdidas significativas a las que se enfrenta la mujer con cáncer de seno en los distintos momentos de la enfermedad?
- La elaboración del proceso del duelo en el paciente oncológico.

Siguiendo a Freud (1917) entendemos el duelo como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente, como la patria, la libertad, un ideal... El trabajo del duelo consiste en: 1) Pérdida del objeto amado, 2) Prueba de realidad, la energía del Yo es utilizada para consumir esa tarea y al lograrlo, la realidad puede dar su veredicto: "el objeto ya no existe más" 3) Descatectizar al objeto. (en lo dinámico el Yo se impone, en lo económico, se vuelve capaz de desplazar). 4) al descatectizar al objeto puede haber renuencia, que si es muy intensa puede llegar al extrañamiento de la realidad con la finalidad de no perderlo. 5) Impera la realidad y se acepta que se ha perdido el objeto".

Desde la postura kleiniana todo duelo actual revive un duelo temprano. El duelo en el adulto siempre es una resignificación del duelo temprano. La manera en cómo enfrentó dicho proceso, será la forma en la que ahora los volverá a enfrentar en la etapa adulta. La sensación de la pérdida de objetos

buenos internos y la posibilidad de recuperarlos permite la elaboración del duelo cuando el paciente se enfrenta en su vida adulta a pérdidas significativas.

Se ha encontrado que varias de las personas que desarrollan una enfermedad como lo es el cáncer han tenido en su vida una serie de pérdidas que no han sido elaboradas es decir, ante la muerte, la separación, la ausencia, el abandono se vivencia un proceso de duelo no resuelto. Frente a la imposibilidad del sujeto de llevar a cabo un trabajo de duelo, la pérdida que no se puede inscribir en lo simbólico intenta inscribirse en lo real: en el cuerpo; lo que se produce, no lo hace con la palabra y su trama de metáforas, sino con los órganos y sus tejidos celulares, las marcas no hieren el discurso sino la carne.

Es evidente que no todo sujeto que se enfrente a una pérdida será susceptible de desarrollar cáncer sólo aquel que sea incapaz de simbolizar la pérdida del objeto amoroso.

Una vez que se ha desarrollado la enfermedad, el paciente deberá de enfrentarse a distintos momentos significativos relacionados con diversas pérdidas, el primero es:

- **El momento del diagnóstico**

Una vez conocido el diagnóstico, la primera pérdida que se experimenta es la de la salud, además de la posibilidad de experimentar en un futuro, cambios en el organismo, posiblemente la mutilación de una parte del cuerpo, la pérdida del cabello, y con ello la deformación de la propia imagen.

El cáncer de alguna manera obliga a la persona a un cambio. Para que la pérdida de un objeto sea experimentada como tal, se deben considerar aspectos como el contexto en el que se encuentra el sujeto: sociedad histórica en que vive, sus respectivas exigencias, prohibiciones y tabúes.

Tratándose de una enfermedad crónico-degenerativa, la paciente probablemente puede no reestablecerse, en donde un estado de conmoción y puesta en peligro de la existencia, llamado enfermedad, se convierte en el foco central sobre el cual gira su vida.

#### • **Proceso de tratamiento**

Los medios más conocidos y más utilizados en el tratamiento para el cáncer, son: Quimioterapia proceso durante el cual la paciente tendrá que enfrentarse a la pérdida de cabello lo que las pacientes refieren vivenciarlo como una pérdida de identidad.

Cirugía, ante este proceso que es de tipo invasivo la paciente se enfrenta a la pérdida de una parte del cuerpo.

Y la Radioterapia, estos tratamientos amenazan la imagen de sí mismo.

En el transcurso del tratamiento, la incertidumbre en relación a los resultados está acompañada de pérdidas a nivel físico por mutilación, y pérdidas a nivel simbólico por desfiguración.

#### • **Fase Terminal de la enfermedad.**

Desde la perspectiva psicodinámica, la calidad de vida de la persona aumenta, en tanto que logre resolver los duelos ante el objeto significativo y/o logre expresar en la palabra aquello que esta inscrito en el cuerpo.

Las pérdidas que se han vivido a lo largo de la vida del paciente antes de que la enfermedad aparezca que conlleven un duelo no resuelto y que según la hipótesis de que puedan ser parte importante en la etiología del cáncer no tendrán un sentido simbólico en tanto que el paciente psicósomático no logra poner en palabras su dolor sino lo inscribe en el cuerpo, lo cual no necesariamente sucede ante las pérdidas que la paciente con cáncer vive a partir del diagnóstico, durante y después del tratamiento. Por lo tanto, enfrentar las diversas pérdidas a lo largo de la enfermedad implica que algunas se elaboren y otras no lo cual dependerá de las herramientas a nivel psíquico que la persona tenga para poder afrontarlas. Por lo tanto, enfrentar las diversas pérdidas a lo largo de la enfermedad implica que algunas se elaboren y otras no lo cual dependerá de las herramientas a nivel psíquico que la persona tenga para poder afrontarlas. (Apolonio Contreras et al, 2006)

#### 2.4 Abordajes Humanistas:

Como ya se ha mencionado, dentro de este enfoque, se desarrollará, la Terapia Gestáltica, la Logoterapia y el Psicodrama, como técnicas empleadas para el abordaje del paciente oncológico.

##### Terapia Gestáltica

La terapia Gestalt es un Enfoque Humanista, está inspirada en una visión fenomenológica de la realidad que es descriptiva y no interpretativa, tampoco es causalista, ni pretende una teoría explicativa del pasado. Para este enfoque, tanto lo que se siente subjetivamente como lo que se observa objetivamente constituye información relevante para el terapeuta. (Martínez, Varas, 2006)

Entiende la psicoterapia como un proceso de reapropiación de la capacidad de crecimiento, sustentada tanto en la apreciación y aceptación de los propios recursos como en un contacto nutritivo en el mundo. (Napolitano, Wainer, s/f), movilizando al paciente en las sesiones a hacer contacto con sus deseos para de esta manera, resolver armoniosamente sus conflictos teniendo en cuenta también a los demás. (Allerand, s/f).

Trabaja con el aquí y ahora, los conflictos se abordan desde el presente, el pasado importa sólo en la medida en que interfiere con éste, ya que un real darse cuenta puede ser más efectivo que años de psicoterapia prolongada. Para que este darse cuenta sea verdadero, es esencial lo vivencial-experiencial y por esto, se lo prioriza, sin dejar de lado lo cognitivo o

racional. Desde la visión holista que comparte la gestalt, la cognición, emoción, energía, cuerpo, son aspectos del organismo total y están totalmente interrelacionados, no pudiendo comprenderse unos separados de los otros, ni uno antes de los otros, o causa de los otros. Así también, se entiende al organismo, como un todo, que se mueve y vive en un campo, inserto en el universo, y que mantiene su equilibrio a través de la autorregulación orgánica que es el principal mecanismo del organismo para mantener la homeostasis, el equilibrio, la vida.

Dado que las necesidades del organismo son muchas y cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático es un proceso que no se detiene y que transcurre todo el tiempo. Cuando el proceso homeostático o de autorregulación falla, el organismo permanece en desequilibrio y si esto se prolonga por demasiado tiempo y el organismo no puede satisfacer sus necesidades, se enferma. De acuerdo con lo dicho anteriormente, el organismo sano es aquel que utiliza adecuadamente su capacidad de autorregulación. En la mayoría de los seres vivos esta capacidad de autorregulación es lo natural y sólo se torna inadecuada cuando hay un problema fisiológico que le impide mantener su equilibrio, o cuando el entorno es extremadamente nocivo. Sin embargo, en el ser humano puede ocurrir que teniendo todas las capacidades fisiológicas adecuadas puede decidir no satisfacer sus necesidades e impedir la homeostasis, es decir, no utiliza adecuadamente su capacidad de autorregulación y se produce el desequilibrio que mantenido en el tiempo lo llevará a enfermarse. Adriana Schnake (Martínez, Varas, 2006), postula que a través del dialogo con los

órganos del cuerpo, el paciente puede llegar a identificarse con las características negadas, ya que un órgano enfermo puede mostrar mensajes muy diferentes y esto solo puede ser revelado a través del diálogo.

Por lo tanto, el mensaje posible de una enfermedad o dolencia tiene que ser entendido y aceptado por la persona como parte de su autonomía y libertad, como un modo de recuperar su organismo como un todo y no seguir enajenado y dependiendo de su entorno entorpeciendo el crecimiento de la persona.

La enfermedad, por lo tanto, será considerada por este enfoque, no como un enemigo al cual se debe combatir y que quiere destruir al paciente, sino más bien como un aliado que intenta enviar un mensaje a tiempo y mostrar las claves esenciales para lograr conectarse con esas características negadas por uno mismo, que llevan al paciente a polarizarse y que al aceptarlas como parte de su personalidad le permitirán una mayor integración personal y restablecer el equilibrio perdido.

El conflicto es uno solo, y se expresa en todas las áreas de su existencia, por ello se debe aprender a escuchar los síntomas y trabajar con ellos.

Recatando el mensaje que la enfermedad envía y así, la mejoría sintomatológica, será secundaria a que la persona se dé cuenta de algo caracterológico que afecta su totalidad. Y en la medida en que se produzca este cambio caracterológico y que se recupere su totalidad, se incluye, por supuesto, la posibilidad que esa enfermedad pudiese llegar a remitir completamente.

Entre las técnicas utilizadas por este enfoque en el abordaje con pacientes oncológicos, nos encontramos con el uso de la Danza Terapia.

La Danza Terapia es un método efectivo para la rehabilitación y adaptación de problemas físicos y psicológicos ya que trabaja con la premisa de que el cuerpo refleja los estados psicológicos del individuo. Se define como un proceso que fomenta el bienestar emocional, cognitivo y físico de la persona, facilitando así el crecimiento emocional y la integración del cuerpo-mente. Es una forma de psicoterapia donde la vía principal es la creación, la cual parte en todo momento del paciente, esto facilita el proceso terapéutico permitiendo resolver problemas de comunicación y a superar problemas crónicos. El énfasis de la DT se basa en la afirmación de que el arte captura lo más íntimo en los aspectos personales de la experiencia del cáncer, e incrementa las capacidades del paciente para enfrentar la enfermedad y conducir la vida familiar y social.

Su desarrollo es de manera secuencial organizada, donde cada fase posee elementos somáticos, fisiológicos y psico-sociales interrelacionados, utilizando el material inconsciente y comportamiento consciente almacenados en el cuerpo, creando constantemente una representación visual de su ser físico, creciendo en ritmo, coordinación y uniendo sus polaridades.

Parte de los aspectos que se trabajan dentro de la danza terapia son: el ritmo, la creatividad y la espontaneidad, así como, el uso de las improvisaciones, de los símbolos, metáforas y ejercicios de relajación.

Es una terapia somática que colabora con el bienestar de las historias individuales de los participantes: el cuerpo habla y es a través de la danza que logra una forma de comunicación, un ritual y una celebración. Las sesiones cuentan con un calentamiento, estiramiento, movilización y relajación de tensiones; se trabaja tanto individualmente como en parejas y grupos.

Es utilizada en el proceso de comunicación no verbal, ayudando a la auto-percepción integrando las funciones cognitivas, físicas, sociales y emocionales.

Sus beneficios se amplían desde una redefinición y estiramiento corporal, por medio del trabajo físico, clarificación del ego, minimización de la tensión, la ansiedad y la agresividad; permite reducir la desorientación cognitiva y la kinestésica, incrementa la capacidad de expresión, placer, diversión y espontaneidad, reduce la presión arterial, estrés, dolor, aumenta la formación de células T y la capacidad de control. Otros de sus beneficios son: reconexión con el cuerpo, permiso para jugar, sensación de espontaneidad, sensación de lucha, una íntima conexión y sensación de libertad.

Dentro de la modalidad de ejercicio, se recomienda que el metabolismo aeróbico participe y que se utilicen grupos musculares mayores para así mejorar el consumo máximo de oxígeno y la resistencia aeróbica. Otras destrezas que se deben entrenar son la flexibilidad, el equilibrio y capacidad funcional.

De acuerdo con este enfoque, para que la DT, o cualquier otro tratamiento alternativo, contribuya con la salud, deben estar presentes dos principios fundamentales: la confianza, que da cuenta que tanto el paciente como el terapeuta tienen la seguridad de que existe un poder dentro del cuerpo que tiene la capacidad de sanar cuando se le brinda la oportunidad de hacerlo, y la honestidad, que es la voluntad de ser fiel y honesto al espíritu del paciente; este proceso curativo puede ser resumido en: Auto-conciencia, Auto-aceptación, Auto-confianza y Autoexpresión.

La DT se apoya en tratamientos psicológicos, pero su principal principio es el movimiento corporal y los rituales son el vehículo a un estado de plenitud a través del tiempo.

“El arte es un ente social que abarca todas las demás estructuras y sistemas humanos, mediante el cual las patologías crónicas se trabajan de manera holística y de la Gestalt, reconociendo la importancia del inconsciente dentro de las transformaciones físicas y psicológicas de los pacientes y no solamente de manera física, sino comprendida dentro de la salud integral del ser.” (Sebiani, 2005).

### Logoterapia

La Logoterapia es considerada la tercera Escuela de Viena que fundara Viktor E. Frankl. Toma algunas de sus líneas del pensamiento de la filosofía existencial. Entre los autores que inspiraron la obra de Viktor Frankl se encuentran principalmente a Heidegger, Kierkegaard, Max Scheler,

Binswanger y Jaspers. El existencialismo emplea un método de conocimiento llamado fenomenología, la cual busca hacer un estudio de los fenómenos tal cual son y como ocurren.

Heidegger afirma, que no basta con descubrir los fenómenos, hay que buscar el sentido de ser. Esto implica observarlos sin prejuicios, críticas e ideas previas a la apropiación del momento en que ocurren los acontecimientos.

Frankl empleó el término de Logoterapia para definir su teoría refiriendo el término griego "logos" que significa sentido significado o propósito. La logoterapia es un método menos retrospectivo y menos introspectivo; mira más bien el futuro a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. El paciente ha de enfrentarse con el sentido de su propia vida para luego rectificar la orientación de su conducta en tal sentido. Se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre.

Este sentido es único, por lo que el hombre únicamente así logra alcanzar un "significado que satisfaga su propia voluntad de sentido".

En cuanto a la enfermedad, se considera que los pacientes deberán aceptar la realidad de la misma, ya que, en caso contrario, los pacientes sufrirán, especialmente el paciente con cáncer; al ser ensimismado y alterado psicológicamente, porque no concibe la idea de la muerte, la cual termina siendo una forma de auto culparse.

Es posible de acuerdo con la logoterapia descubrir el sentido de vida de tres modos distintos:

1. Realizando una acción
2. Teniendo algún principio; y
3. Por el sufrimiento.

Este es el tercer cauce que aplica Frankl en la búsqueda de sentido.

El sentido del sufrimiento ocupa un lugar importante en la logoterapia. Frankl plantea que la psicoterapia tradicional ha tendido a restaurar la capacidad del individuo para el trabajo y para gozar de la vida, y que él también persigue dichos objetivos. Pero va más lejos al proponer que el hombre recupere su capacidad para sufrir y encontrar un sentido a ese sufrimiento, ya que este, es lo propio del hombre y está presente en cualquier momento. Para la logoterapia, salud no equivale a felicidad sino a sentido. Y el sentido se encuentra incluso en el sufrimiento.

Frankl trata de dar cuenta del hecho de que las personas, a partir de su sufrimiento, lograrán aprender, o darle un vuelco al sentido de su propia existencia; principalmente en aquellas personas que no encuentran conformidad, gusto o placer en lo que realizan y/o piensan. En el paciente con cáncer se encuentra presente este sufrimiento, surge la enorme angustia y temor al pensar que la muerte pueda llegarles en cualquier momento y en cualquier circunstancia.

La logoterapia vendría siendo entonces la herramienta de todo terapeuta, necesaria para reorientar el sentido del sufrimiento.

Por lo tanto es preciso encuadrar los principios de la logoterapia de esta manera:

- El hombre posee 3 dimensiones: física, psicológica y espiritual, entendiendo por esta los valores, principios, sentido y significado de la existencia.
- La búsqueda de un sentido representa una principal motivación para la vida del ser humano.
- El ser es y debe ser entendido y comprendido de manera integral, como un todo.

La Logoterapia va más allá del análisis existencial, en la medida en que es más que un análisis de la existencia, o del ser, e implica más que un simple análisis de su sujeto. A la logoterapia no solo le concierne el ser, sino también el sentido. No es sólo análisis, es también terapia.

En otras palabras, la Logoterapia es el método de tratamiento psicoterapéutico que parte del espíritu y está centrado en la búsqueda de sentido. A diferencia de la psicoterapia que parte de la dimensión psicológica, la logoterapia parte desde la dimensión espiritual.

Su objetivo es conducir a la persona a la autodeterminación, sobre la base de la propia responsabilidad y solidificar el sentido individual que lo lleve a causas a las que servir o personas a quienes amar.

La logoterapia es un enfoque básicamente existencial y fue creado para ayudar al ser humano a solucionar sus problemas filosóficos, espirituales y existenciales en relación con el sentido de la vida.

Los lineamientos fundamentales de la logoterapia como complemento del asesoramiento psicológico (psicoterapia), se pueden resumir de la siguiente manera:

Ayudar a la prevención de posibles enfermedades mentales, fortalecer al individuo para que pueda hacer frente a las tensiones de la vida, orientarlo a la reflexión sobre su fundamental responsabilidad frente a la tarea que le impone la vida, que descubra el sentido que tienen las cosas que él hace, establecer una comunicación basada en la confianza entre terapeuta y paciente, fortalecer la consecución de una meta: conducirlo hacia el sentido de su propia responsabilidad. Solo de esta manera el paciente estará en actitud de aceptar, independiente y libremente, las propias tareas, descubriéndose irrepetible y único, la importancia ética de la logoterapia en el asesoramiento psicológico es un hecho.

La Logoterapia busca elevar el espíritu mediante la ubicación del paciente en su realidad haciéndolo consciente de su problema y orientándolo con ello hacia una aceptación para que se sienta capaz de reconocerla y de proponerse a sí mismo alternativas para que logre darle a su existencia un nuevo motivo para vivir y así evitar experimentar un vacío existencial. (La nueva comunicación)

Así mismo, considera que el psicoterapeuta puede ayudar al paciente enfermo de cáncer apelando a la posibilidad de traspasar sus propios límites, pasar por encima de su facticidad (la enfermedad) y la posición fatalista que casi siempre la acompaña logrando una dimensión completamente nueva: vida con sentido, a pesar de todo, respeto de la autotrascendencia, apertura al amor y permisividad para la libertad individual. Transformar las tensiones de un "yo" en crisis para que se produzca un "nosotros" (familia, amigos, terapeutas).

La actividad profesional implicará juegos de dramáticos silencios convocantes, actitudes de espera, continencia de la angustia, desarrollo de caminos de libertad sin imposiciones, creando el lugar apropiado para la confianza y desarrollando una creatividad técnica basada en la imposición de “palabras límites”: fe, camaradería, sufrimiento, sentido, esperanza, amor, solidaridad, cuidado del otro, que forman parte de lo que en algunas Conferencias se ha denominado, el almacén logoterapéutico.

Pese a la dependencia de la enfermedad, llena de rispideces y obstáculos, la libertad interior actúa como un ariete que rompe ese cerco de dolor o sentimientos de pérdida que lo cerca y activa la capacidad de sobreponerse para seguir adelante “a pesar de todo”. El sufrimiento actúa como un filósofo interior que cada uno posee y que revela el valor de la vida, iluminando, haciendo transparente lo que parecía tan impenetrable, abriendo regiones hasta entonces veladas y enriqueciendo, verdaderamente, la existencia.

Sufrimiento será aquello que no es fácil o posible de superar, debiendo acudir a la superación innecesaria del mismo. Solamente ante el sufrimiento impuesto por las circunstancias de la enfermedad, aquello de lo que no se puede escapar, se deberán poner en marcha los valores actitudinales. Ya que, según Mazza y Martínez – Romero (s/f), “soportar aquello que es evitable es, simplemente, masoquismo o estupidez”. (Mazza, Martínez – Romero, s/f).

Se intentara que el paciente oncológico sea plenamente consciente de su enfermedad y de las responsabilidades que amerita al darse cuenta de su situación real; la labor del logoterapeuta consiste en ampliar y ensanchar el

campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo lo que le acontece.

El paciente comprenderá que más que cualquier cosa en la vida, quiere amar y ser amado, que es capaz de dar amor y que puede obtenerlo; puede odiar y luchar con eficacia si es necesario, es decir, en defensa propia o en defensa de una causa digna. El proceso de autoanálisis continúa automáticamente con la creciente liberación y expansión de las funciones del ego, aún cuando por alguna razón el tratamiento psicoterapéutico se haya suspendido: la situación ideal es aquella en que el psicoterapeuta que conforme con los resultados, en que el paciente está satisfecho y que las opiniones de sus familiares amigos y colaboradores son favorables. Momento en el cual el paciente logró su objetivo de marchar con confianza y competencia en pos de un objetivo mejor, considerando con ello que se siente capaz de seguir aprendiendo, luchando y venciendo desafíos por su cuenta.

En virtud de la información plasmada con anterioridad se formuló la siguiente hipótesis: "La Logoterapia factibiliza el fortalecimiento de la salud mental del paciente con cáncer conduciéndolo hacia la aceptación de la realidad de su enfermedad, de renovarse a sí mismo y encontrar un nuevo sentido de vida." Como ciencia establece las directrices dentro de las cuales la persona inicia la búsqueda de un sentido que de a su vida una significado. Como tratamiento plantea un proceso, que empleara técnicas propias, tales como: la Intención Paradógica, Derreflexión y Diálogo Socrático; su finalidad es conducir al paciente hacia la autotrascendencia.

Es fundamental establecer una relación empática entre Logoterapeuta y paciente.

El paciente oncológico al conocer su diagnóstico se descompensa emocionalmente, la angustia psicológica se manifiesta al principio y al final del tratamiento debido a que diversos factores entran en juego tales como su situación socioeconómica, la lejanía de su hogar, la ausencia y presencia a la vez de su núcleo familiar y/o amistades, la desvinculación del paciente y su medio social.

En la búsqueda de sentido se centra la motivación del ser humano, se fortalece al individuo para que pueda hacerle frente a su situación, desarrollando un espacio de auto ayuda en el cual, el paciente se responsabiliza por lo que quiere ser. (López Herrarte, s/f)

### Psicodrama

Desde el primer momento, al paciente oncológico se le presentan dificultades inusuales con las que debe manejarse desarrollando rápidamente estrategias y conductas adecuadas y al servicio del cuidado de sí. Su espontaneidad será convocada permanentemente, a partir de ese momento.

La palabra cáncer evoca, sufrimiento, dolor, ruptura de la cotidianidad, deterioro y muerte; y no es tarea sencilla el procesar las intensas emociones que provoca. Las características de los tratamientos oncológicos hacen que la vida de estos pacientes tome el ritmo de cambios permanentes y, a veces, impredecibles.

La Lic. Liliana Fasano (s/f), ha encontrado, durante el transcurso de varios años con pacientes oncológicos, una importante adecuación entre las necesidades de estos pacientes y lo que el psicodrama posibilita.

La autora, considera al Psicodrama como una herramienta esencial para lograr el desarrollo de la espontaneidad, condición esencial para los pacientes. Además, afirma que la escena psicodramática es un espacio adecuado para la comprensión del dolor emocional, los malestares físicos, la evidencia de estigmas corporales, las dificultades económicas, los conflictos vinculares, etc.

La inclusión del cuerpo con sus lenguajes y sus dificultades facilita la expresión de una conflictiva y un dolor emocional con predominante protagonismo de lo corporal en el sufrimiento (enfermedad, síntomas).

Fundamentalmente, la posibilidad que brinda el Psicodrama de tomar el rol de un órgano enfermo o sintomático, posibilita una mirada diferente y una comprensión de los significados encerrados. La representación de escenas es de suma utilidad en la Psicoprofilaxis de quimio y radioterapia, para la construcción de una versión personal que permita la mejor aceptación y tolerancia de estos tratamientos.

A continuación se desarrollara un caso, al que la autora denomina “el psicodrama que surgió improvisadamente”, y que permitirá comprender lo expuesto hasta aquí:

“Ernesto tiene 24 años, es soltero, de novio con Elena de 22 años. Vive con su hermano dos años menor y su madre. El padre falleció hace un año de

una dolencia cardiaca, y Ernesto se culpa de esto, ya que cree que el dolor por su enfermedad es lo que mato al padre.

Tiene una Leucemia Aguda, con indicación para un autotransplante de médula o sea, por lo que lo entrevisto por primera vez unos días antes de la internación, encontrándolo triste, angustiado y con una marcada dificultad para enfrentar la internación prolongada, que el tratamiento requiere. En ese momento se trabajó con él, buscando promover recursos de adaptación, adecuación y tolerancia de esta realidad.

Al momento del ingreso Ernesto se muestra mas "acomodado" a la realidad, ya que Elena ha seguido estimulándolo, tal como acordáramos en la entrevista; aunque la sensación de culpa por las complicaciones económicas que ocasiona a la familia que el no trabaje y por la muerte de su padre, no lo abandonan. Se trabaja en un dialogo con su padre utilizando la técnica de la silla vacía; y aunque Ernesto desde el rol del padre dice claramente "yo estaba enfermo hace años, no te culpes" terminada la escena Ernesto insiste que le falta "algo" para sentirse en paz.

La mañana del transplante comenté que ese día el padre hubiera cumplido 50 años. Durante el transplante Ernesto (que esta en su cama recibiendo la infusión de células a través de un cateter venoso central) dice "hoy cumpliría 50. No es justo...encima el año que viene yo voy a festejar 1 año del transplante...no...no es justo." En ese momento comienza con un problema de oxigenación que puede ponerlo en peligro.

Médico: (con vos firme) Ernesto respira bien...hondo...lento...bien profundo.

Ernesto: No es justo que el no cumpla mas...

Med: (con intensa demanda) Respirá... (la medica residente le pone la mascarilla y el no colabora) respira hondo y profundo...escuchame!

Psicóloga: escuchalo como si fuera tu papa...te esta pidiendo que respires y también que vivas. ¿qué te provoca? Repítale por favor papa (haciendo un seña al medico).

Med: (sorprendido se adapta y colabora) respira tener que vivir!

Ernesto: tengo miedo

Med – padre: ¿de que?

Ernesto: mama se quedo sola...si me caso la abandono y tengo culpa de lo que le pasa...

Med – padre: No, no es cierto...

Med residente (se incluye espontáneamente) Ernesto soy mama... no sos culpable de nada de eso. Además si te casa nos seguimos viendo...en cambio si te morís...

Ernesto: (paulatinamente ha corregido la respiración y oxigena normal) (llora) esta bien...esta bien...

Psicóloga: (le toma la mano) querés decirnos algo mas.

Ernesto: No, pero quedate aquí hasta que termine el transplante. No me sueltes. Continúa llorando.

Termina el transplante sin mas complicaciones y conversa con el equipo acerca de su madre, como se llevan con su novia y como se llevaba Elena con el padre. Agradece a los médicos por la escena y se entera que el primer psicodrama de ellos. Ambos comparten que les hizo bien participar.

En los días posteriores dramatizo un comienzo de despedida con su padre (silla vacía) y luego un re – encuentro con sus pares: hermano, amigos y novia. Antes del alta llego a montar una escena prospectiva acerca de su vida unos meses después, en la que se veía buscando trabajo y todavía con algunas dificultades para confiar en su futuro.

El psicodrama de Ernesto surgió “de pronto” como producción grupal, desde la necesidad de Ernesto de aceptar la muerte de su padre como “separada” de la aparición de su enfermedad y así “separarse” de él; pero también desde la necesidad del equipo de “metabolizar” las dificultades de Ernesto para aceptar su necesidad y derecho a querer vivir.

Estas dificultades resonaron de un modo intenso en un equipo médico que trabaja en un tratamiento de alta complejidad, para pacientes con mal pronóstico en otro tipo de tratamiento y que aceptan el trasplante desde un profundo compromiso con la vida. Ernesto fue diferente, no pudo hacer ese compromiso inicial y luchó toda la internación con esa dificultad. El equipo aprendió con él acerca del psicodrama, reservando hasta ese momento a los profesionales “psi” y se benefició con un mayor grado de flexibilidad y creatividad en su tarea.

### 2.5 Abordaje Transpersonal

El enfoque transpersonal da prioridad al estudio del todo más que al de las partes. Se trata de un proceso holográfico, donde lo seleccionado e investigado puede proporcionar principios generalizables a una porción importante de la población.

Se entiende que Transpersonal implica una Indagación sobre la naturaleza esencial del Ser.

La Psicología Transpersonal no se dedica a solucionar un problema específico: anima al paciente a desarrollar recursos internos propios que le permitan resolver problemas. (Szwarczer, 2007)

El objetivo de su estudio es la consciencia, que está fuera del tiempo y del espacio, es holística y eterna - somos parte del todo y al mismo tiempo, somos la parte y el todo. La experiencia ha demostrado que el estudio de la consciencia ayuda a traer tranquilidad ante la muerte

Para quien encuentra que la muerte es triste y avasalladora necesariamente, la tanatología será la luz al final del túnel: la muerte es sólo un pasaje, un cambio de nivel de consciencia.

La tanatología tiene una importancia en el paciente en las fases terminales, al tratar de minimizar su sufrimiento físico y psicológico, así como la aprehensión y los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares, es decir, ya no se busca en esa fase la posibilidad de curación del proceso, sino un alivio en relación a su calidad de vida, ante la abyección de la muerte.

(Hernández Sánchez, s/f)

Acostumbrado a ver la muerte bajo un prisma negativo, el hombre occidental

se siente perdido ante la propia mortalidad. Según la tanatología (rama del conocimiento que estudia esta temática) encarar el hecho como una transformación inevitable es fundamental para vivir el presente con intensidad.

La tanatología tiene como finalidad trabajar el miedo a la muerte, preparando, al mismo tiempo, mejor las personas para la vida. Finalmente, vida y muerte son caras de una misma moneda e, inevitablemente, cuando se trabaja con una, se trabaja con la otra. De la misma manera, quien teme a la muerte tiene también miedo a la vida. Solamente en la reflexión sobre la propia muerte se encontrará un sentido para la existencia y se aprenderá a contribuir a enriquecerla, en el trabajo, en las relaciones, en los objetivos e ideales.

La muerte es parte de la vida y etapa final del crecimiento, como dice la psiquiatra tanatóloga Elizabeth Kübler-Ross (Middleton, s/f). Sin embargo, se vive en una cultura que hace esfuerzos sobrehumanos por negarla, lo que lleva a los enfermos a sentirse "poco aceptados" en la proximidad de ella. Se sienten aterrados, sin espacio para expresarse y solos, sin posibilidad de reclamo.

En oncología se inicio su estudio para atender sobre la sobrecarga que la enfermedad y el tratamiento imponen al paciente. Los pacientes pueden disminuir sus aspiraciones y estar alegres o satisfechos aunque su vida esté deteriorada. (Hernández Sánchez, s/f).

Middleton (s/f), propone ciertas condiciones básicas para lograr una comunicación efectiva con el paciente en esta etapa:

- Inicialmente, se buscara favorecer una predisposición positiva por parte del enfermo, ofreciendo un ambiente adecuado, sin interrupciones, donde la persona sienta que hay un tiempo disponible para ella. El paciente no siempre estará disponible debido a sus condiciones físicas: hay que saber adaptarse a él y no pretender lo contrario.
- Poseer una capacidad de escuchar explícita; para que el paciente sienta que tiene una persona entera (que el profesional este realmente disponible, no solo en su actitud) disponible para escucharlo, que va a entender su lenguaje verbal, como el no verbal.
- Favorecer la expresión del enfermo, sin bloquear su discurso, ni sus emociones. Sin juzgar, sin interrogar.
- Transmitir al enfermo la sensación que en ese momento él es lo único importante, lo más importante y que lo que él quiera expresar es también de vital importancia.
- Es probable que el enfermo no este en condiciones de mantener su capacidad de atención y concentración por un periodo largo, por lo que se recomienda en estos casos, es dosificar la información.
- Transmitir al enfermo la presencia y disponibilidad del terapeuta, para futuras comunicaciones que el requiera, es decir, que existirá una continuidad en la relación.
- Usar el lenguaje no verbal para transmitir calidez, complicidad, capacidad de guardar secretos, o simplemente, para transmitir presencia e incondicionalidad.

Los objetivos de la intervención terapéutica en estos enfermos, apuntan a:

- Acompañar al paciente en sus emociones frente a la proximidad de la muerte. Los sentimientos que emergen pueden ser de múltiples características: de extrema violencia y agresión, de profunda pena, temor incontrolable, así como manifestaciones maníacas de diversa naturaleza. El terapeuta debe contar con una sólida formación, sumada a un trabajo personal en el tema de la muerte y otras conflictivas existenciales; si esto no ocurre, no será capaz de contener al paciente.
- Apoyar al paciente en su cotidianeidad; dar sugerencias de orden práctico que permitan un día a día más fácil y llevadero junto a su familia.
- Establecer un contacto humano permanente, disponible y gratificante.
- Asistir en el duelo por sus múltiples micromuertes (pérdida de capacidad física, mutilaciones, pérdida de amigos, de status, etc.) y muerte final y última.
- Fomentar y facilitar la comunicación con la familia y el equipo tratante. Las crisis emocionales que se presentan tanto en el paciente, como en los miembros de la familia y el equipo, hacen necesarias instancias catárticas, de expresión profunda.

El terapeuta debe constituirse en figura mediadora y establecer puentes entre el paciente y su familia, como así mismo, debe ser capaz de ser un buen trasmisor de información, favoreciendo la clarificación de la realidad y la transparencia.

- Velar para que el paciente mantenga el auto-respeto, intimidad y autoestima. Los ambientes hospitalarios, con el afán de optimizar eficiencia, pierden de vista los límites de la intimidad de la persona y actúan con ella sin considerar su pudor. Con frecuencia el personal olvida que hay una persona presente y no sólo un cuerpo, y que por mucho que esta persona esté enferma, siente, percibe y sufre. Aún en estados comatosos o semicomatosos, la integridad de la persona debe ser respetada.

Características de la intervención terapéutica en enfermos oncológicos.

- Las metas son radicalmente diferentes a las de una psicoterapia común, debido a que el tiempo en estos casos es corto.
- Las reglas son diferentes y la flexibilidad es la regla de oro. Cada sesión es diferente en duración, en grados de comunicación y en calidad. En este contexto no existen settings, ni reglas. A veces son 5 minutos de silencio y un tocar la mano del enfermo: con esto tal vez se ha hecho más que todo lo esperado. La frecuencia la establece el paciente y según sus condiciones físicas y anímicas.
- El trabajo terapéutico puede reducirse a una o dos sesiones, como podría ser el caso de un paciente en angustia, que está viviendo el conflicto entre dejarse ir y descansar (morirse) o seguir presionándose a vivir para no defraudar a la familia o al equipo. Bastará reflejar este conflicto y acompañar al paciente para que supere la crisis de angustia y, tal vez, muera en paz ese mismo día.

- El acercamiento e interés por parte del terapeuta son características importantes de la intervención, con el objeto de establecer vínculos de confianza e incondicionalidad.
- El objetivo fundamental es colaborar a mejorar la calidad de vida y la calidad de muerte del paciente, en todo lo que está al alcance y posibilidades del terapeuta.
- Es muy importante tener en cuenta el desgaste de la familia y del equipo tratante y colaborar a minimizar los efectos devastadores de una enfermedad prolongada. Se recomiendan talleres periódicos de autocuidado con el equipo y un apoyo permanente a la familia. Dicho apoyo tiene que ver con relevar de culpas frente a un tiempo de dedicación no permanente, distribución y sustitución de roles, permitir y favorecer instancias de relajación y distracción, entender las reacciones de los jóvenes y niños e incorporarlos al proceso en forma activa, etc.

El sentimiento que prevalece es el de pérdida, en detrimento de la consciencia de su propia finitud y de qué hacer con ella. Por causa de esto, el ser humano se pierde también en relación con qué hacer con la vida.

La cuestión de la muerte desafía el sentido de la vida y favorece la aparición de preguntas como ¿De dónde vengo? ¿Qué estoy haciendo aquí? ¿Hacia adónde voy?. Como el individuo no se cuestiona el sentido de su vida, la idea de la muerte probablemente se vuelva generadora de pavor para él, no existiendo una preparación adecuada para el momento del gran pasaje, de su mayor transformación, ya que quien trabaja bien la idea de la muerte vive intensamente. Si usted imaginase hipotéticamente que mañana es su último

día en el planeta, ¿este no tendría un significado, una profundidad mayor?. Cada cosa que hiciera, cada amigo que encontrara, cada flor que viera, cada cosa que comiera serían diferentes. El aquí y ahora son todo el tiempo, toda la existencia, donde pasado, presente y futuro se funden en un continuum de tiempo y espacio. Como dice Ken Wilber (Limongi, 1996), "vivir en el presente por encima del tiempo es no tener futuro, y no tener futuro es aceptar la muerte- pero eso es lo que el hombre no hace. No acepta la muerte y, por lo tanto, tampoco vive el ahora, no vive de ninguna manera". En esta perspectiva, se puede notar qué importante es la calidad de vida, no el tiempo que resta por vivir. Una vida que deja de ser vivida plenamente hace que el miedo a la muerte aumente. Existe una necesidad de prepararse para aceptar la condición de seres mortales: esa es la esencia del bien vivir. La idea es que, visualizando una construcción positiva de la vida, la persona se encaminará hacia el equilibrio y la ampliación de la consciencia, pues "somos lo que pensamos" (palabras de Buda que la física sostiene). Es importante para el individuo construir una vida repleta de significado propio, caminando, cada vez más, hacia una realidad perfecta y cósmica. En suma, no desperdiciarla ni rechazar la suerte de vivir.

El uso de la tanatología en los medios hospitalarios es fundamental para trabajar la parte emocional del paciente terminal en el sentido de lidiar con sus miedos y depresión, permitiéndoles la oportunidad de participar de la muerte como participaron de la vida. Algunos llegan a mejorar después de entrar en contacto con la temática. En la atención de personas con enfermedades graves, contribuye a que los pacientes se vuelvan

conscientes de que son agentes responsables para la cura, cooperen con el tratamiento médico y modifiquen hábitos, trabajando en función de la salud y no de la enfermedad.

Se simplifica la experiencia de vivir y se orienta a las personas a posicionarse en cuestiones existenciales básicas y necesarias para una vida plena y más feliz.

Abordajes integrativos:

López López, Menéndez Álvarez-Dardet, Montserrat, Santón Vilarino, y Torrico Linares, (2002), afirman que, al ser la psicooncología una disciplina reciente, carece de un marco teórico propio que la sustente, y es por eso que se ha ido nutriendo de otras disciplinas de la Psicología.

La alternativa propuesta por estos autores, para abordar tanto el tratamiento como la investigación con pacientes oncológicos, es ofrecer al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la misma, ya que este permitirá evaluar e intervenir en aquellas variables que inciden directa o indirectamente sobre el paciente.

La familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario, o la organización hospitalaria, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estos pacientes, llegando incluso a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad. Esto hace que el cáncer deba ser entendido como una enfermedad compleja, en la que se intrincan múltiples variables.

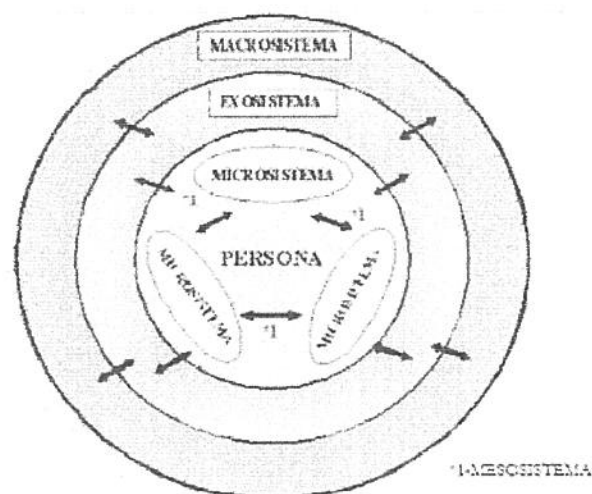
El postulado básico de Bronfenbrenner (López López et al, 2002) es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas ofrecen poco de la realidad humana. Afirmar que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea no supone, ciertamente, ninguna novedad.

Lo que sí resulta original desde los postulados de Bronfenbrenner es tener en cuenta el ambiente ecológico que circunscribe al sujeto.

Lo que intentaran demostrar estos autores, es que el paciente se ira adaptando a los ambientes que lo rodean y forman parte de su vida cotidiana (familia, amigos, hospital/consulta, trabajo, etc.) y viceversa, también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando éste enferma. Se debera tener en cuenta, que éstos no son los únicos influjos que el sujeto va a recibir, ya que existen otros contextos más amplios (ideología, cultura, políticas sanitarias, etc.) que van a influenciarlo.

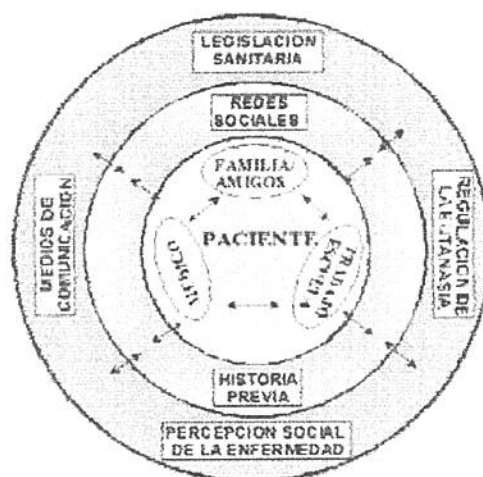
De estas premisas surge lo que Bronfenbrenner (López López, et al, 2002) denomina el “ambiente ecológico” entendido como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

*Modelo Ecológico de Bronfenbrenner\**



De acuerdo con lo dicho hasta aquí, el contexto en el que vive y se desarrolla el paciente oncológico incluye factores situados a diversos niveles, los cuales ejercen influencias directas y/o indirectas.

*Modelo Ecológico de Bronfenbrenner aplicado al paciente oncológico\**



A continuación se describirán cada uno de los sistemas postulados por Bronfenbrenner, y la aplicación que proponen López López et al (2002) a la Psicooncología:

### **Microsistema.**

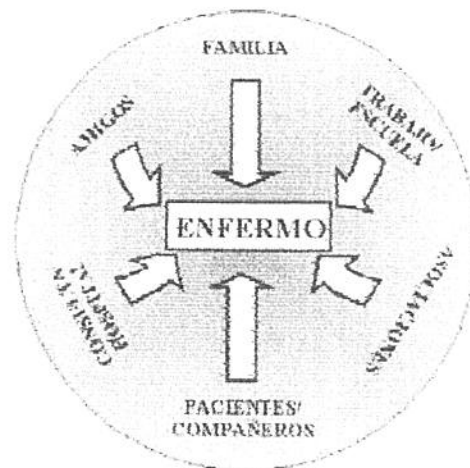
Bronfenbrenner, lo define como el nivel más cercano al sujeto, incluyendo los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días. Es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos. Si se lo traslada al paciente oncológico, se deberán valorar su actual estado psicológico, así como también, tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Los entornos cotidianos del enfermo, tales como el hospital/la consulta, los enfermos con los que coincide en el ámbito hospitalario, las asociaciones a

las que acuden en busca de ayuda, etc., suelen incrementar el ambiente cercano del paciente.

Esto determinará, el aumento de números de microsistemas, y por otro lado, que el funcionamiento de éstos, se complejise, por lo tanto deberá tenerse en cuenta, la incidencia que puedan llegar a tener estos nuevos contextos en las conductas del paciente.

*Microsistemas que influyen en el enfermo oncológico\**



• La multitud de variables y factores en las que han de desglosarse cada uno de estos entornos (familia, amigos, trabajo/escuela, hospital/consulta, asociaciones, otros pacientes), influirán de forma directa en el sujeto.

En la siguiente figura, se puede observar la diversidad de aspectos que se deberán tener en cuenta tanto en la evaluación como en el tratamiento del paciente oncológico, de manera que al formar parte de sus ambientes más cercanos, ejercen cierta influencia en cuanto a la recuperación o en la adaptación del enfermo a la evolución de la enfermedad.

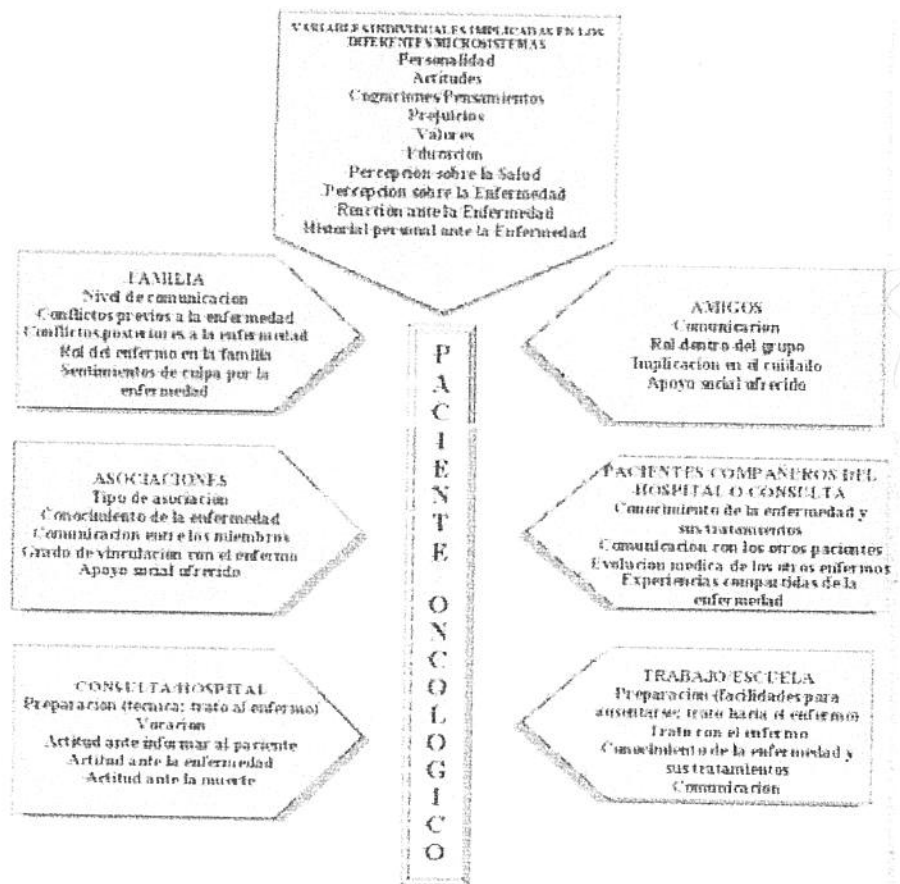


Figura 4. Variables implicadas en los diferentes contextos que forman el microentorno del paciente oncológico

• El punto de partida del análisis en el paciente oncológico, será una multiplicidad de variables individuales y relacionales, algunas serán puramente individuales, pero otras pertenecerán a diferentes personas y/o entornos, lo cual no impedirá que su relevancia para el enfermo sea tal que le pueda llegar a afectar tanto o más que sus propias características personales.

Por ejemplo, "si la percepción que la familia, los amigos o los compañeros de trabajo tienen sobre la enfermedad neoplásica es muy negativa, y la visión que poseen y transmiten al enfermo es que no existe la posibilidad de

curación, es de esperar que este reaccione inadecuadamente ante el diagnóstico y/o tratamientos”. (López López et al, 2002)

- La posterior evaluación e intervención que se deberá realizar, no podrá centrarse puramente en el paciente sino que tendrá que abarcar parte del microsistema que está determinando las actitudes que el paciente mantiene. De las actitudes que presenten las personas más cercanas al enfermo dependerán en gran medida las que este mantenga.

- El ajuste y adaptación que el paciente tenga ante el diagnóstico y el tratamiento, pueden estar determinados por la relación que el enfermo establezca con otros pacientes. Las interacciones de este tipo, suelen ser en algunos casos positivas, por ejemplo en el caso de algunas asociaciones de pacientes oncológicos, pero en otros, suelen ser negativas, como algunas de las que se entablan en el ámbito hospitalario, donde suelen relatarse los historiales y las incidencias en la evolución de la enfermedad por parte de otros pacientes y donde el afectado suele ser informado de síntomas y pronósticos que, en muchos casos, poco tienen que ver con su caso.

Será conveniente, neutralizar todo tipo de información errónea que haya recibido el paciente, y por otro lado, valorar el impacto que han tenido en él.

- Si el paciente mantiene una relación con su médico, en la que se logre establecer una vía adecuada de diálogo, esto facilitará la expresión de dudas y temores por parte del enfermo, y por ende la adquisición de un conocimiento real acerca de su tipo de neoplasia, los tratamientos existentes para la misma, así como también, la posible curación, si la hubiera.

Se considera que el potenciar un adecuado manejo de la información por parte del paciente, facilitara que éste mantenga cierto control de la situación, y que disminuya sus niveles de ansiedad y angustia.

- Como se señaló anteriormente, en el paciente oncológico, se ven aumentados los números de ambientes, pero además, suele modificarse su propio rol personal. Es por eso, que se deberá determinar, si éste, esta influyendo de manera negativa.

A esto Bronfenbrenner, lo denomina *transición ecológica*, que “se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos a la vez. La vida adulta se caracteriza, entre otras cosas por: encontrar un trabajo, cambiar de trabajo, perder el empleo, casarse, tener un hijo, o temas más universales: enfermar, ir al hospital, sanar, volver al trabajo, jubilarse y la última transición: morir. Toda transición ecológica es, a la vez, consecuencia e instigadora de los procesos de desarrollo”. (López López et al, 2002).

Este autor, da cuenta, de que cuando una persona cambia su rol, se producirá al mismo tiempo, un cambio en la manera de tratar a esa persona, ya que la misma, modificará su forma de actuar, pensar y sentir.

En el ambiente hospitalario, esto es muy observable, decidiendo la familia, qué información de su pronóstico se le suministrará e incluso si tiene o no que saber que va a morir, se cataloga a la persona enferma, desde una postura paternalista.

Se deberá valorar las nuevas percepciones y/o reacciones psicológicas del paciente como los del ambiente que lo rodean, si se quiere conocer hasta

que punto la persona ha transformado su conducta y emociones en función del nuevo rol asumido. Si la familia lo destituye, asignándole una posición pasiva, de nada servirá que el paciente intente seguir realizando las funciones y actividades que desarrollaba hasta ese momento. Al ver el paciente, como se han modificado, sus actividades familiares, laborales, sociales y culturales, determinará que su rol ecológico se ha modificado, sin haber contado con él para esto.

- Una de las variables que ha tomado en cuenta la Psicooncología, es el apoyo social recibido por parte de todos los entornos por los que atraviesa el enfermo, ya que es considerada como uno de los factores que mas influencia tiene en la manera en la que el enfermo afronte su enfermedad.

En forma positiva, se puede observar el apoyo de familiares y amigos, instando al paciente a que mantenga las actividades y relaciones sociales habituales, en la medida de sus posibilidades.

- En relación al diagnostico y pronostico del paciente, se puede observar que en ocasiones, los familiares, se conforma con el hecho de que su ser querido es vivo, dejando de lado las dificultades que han supuesto para el, ni el diagnostico, ni los tratamientos, ni las secuelas de ambos. Es por eso que en estas situaciones, el paciente tenderá a mostrar sus miedos, ilusiones, demandas y deseos, al percibir cierta desvalorización de los mismos, por parte de sus familiares.

### **Mesosistema:**

Bronfenbrenner (López López et al, 2002), lo define como las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno”.

Es decir, representaría la interacción que mantiene el sujeto entre los diferentes ambientes de los que forma parte.

En la siguiente figura se puede observar la influencia de las relaciones existentes entre los microsistemas que rodean al paciente, y las interconexiones que pueden establecerse entre ellos.

*Relaciones que se establecen en el mesosistema\**



En este nivel, se van a evaluar tres bloques de interrelaciones: las vinculadas al flujo de información, las relacionadas con la potenciación de conductas saludables y las asociadas con el apoyo social.

- Flujo de información:

- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y la familia. Es necesario que la familia conozca el estado físico y psíquico del enfermo, ya que le facilitará a hacer más efectiva la ayuda que le presten y a conocer más objetivamente la realidad del paciente.

Evitando, el desconocimiento de sus necesidades y/o deseos. De ahí, el interés de valorar cómo se ha establecido la interrelación entre estos entornos.

- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y los amigos del paciente.

- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y las asociaciones, ONG (Organizaciones no gubernamentales), y/o voluntariado que atiende a estos pacientes. Es necesario que la persona reciba en todo los contextos, el mismo tipo de información sobre su enfermedad.

Las discrepancias que puedan producirse, generan confusión en la persona afectada, dándole falsas esperanza o transmitiéndole unas actitudes derrotistas ante su pronóstico. Por ello, se deberá valorar el grado de concordancia existente entre estos entornos.

- Grado y tipo de comunicación e información entre los pacientes del hospital y/o consulta que son compañeros del enfermo y la familia y/o amigos. Las informaciones que se reciben en los hospitales pueden ser muy esperanzadoras o muy derrotistas, es por eso, que resulta de suma importancia establecer qué información ha adquirido la familia en el contexto hospitalario por parte de otros enfermos para valorar el grado en que ésta puede afectar al paciente.

- Potenciación de conductas favorables:

- Adecuar las instrucciones del personal sanitario y las prácticas saludables potenciadas en el hogar por la familia.

La familia deberá asumir, con la mayor responsabilidad posible las indicaciones que el médico les haga sobre dietas, ingesta de alcohol y/o medicamentos, consumo de tabaco, esfuerzos físicos, etc. Ya que, tanto la sobreestimación, como la subestimación, puede ser vital en el desarrollo de la enfermedad.

- Adecuar entre las instrucciones del médico y las prácticas saludables potenciadas por los amigos, ya que las redes sociales del paciente pueden llegar a tener un papel relevante en su recuperación, ayudando al enfermo en aquellos contextos en los que es más probable que adopte conductas de alto riesgo para la evolución de su enfermedad (bares, restaurantes, lugares de ocio, etc.).

- Apoyo social

Apoyo social que ofrece el hospital y/o asociaciones a la familia del paciente. El diagnóstico, puede llegar a ser tan estresante para la familia como para el mismo enfermo, lo cual puede obstaculizar el apoyo que podrían proporcionarle. El soporte instrumental será, en algunos casos, de vital importancia para que la familia pueda adaptarse a la nueva situación, (casos en los que se necesita atención domiciliaria o ayuda de los servicios sociales).

- Apoyo social que ofrecen los amigos a la familia del paciente. En este caso el apoyo que se espera es de tipo emocional, es necesario que los familiares

se vean arropados y comprendidos por su entorno social de forma que también ellos cuenten con la oportunidad para poder expresar sus miedos, dudas e inseguridades.

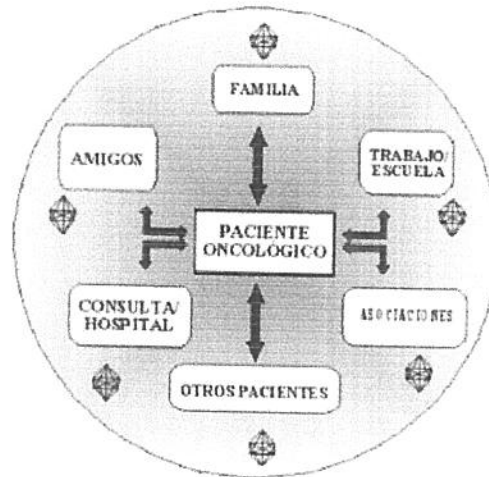
- Facilidad/imposibilidad que el sistema sanitario oferta en sus horarios para adecuarlos a los horarios laborales del paciente y viceversa. Aquí hablaríamos del soporte instrumental que las instituciones y/o empresas pueden facilitar. Naturalmente, este tipo de relaciones dependerá también de elementos que pertenecen al microsistema del sujeto (políticas sanitarias, políticas laborales, etc.).

#### **Exosistema:**

De acuerdo con lo dicho por Bronfenbrenner, (López López et al, 2002) “se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.)”

El paciente oncológico, puede verse afectado por roles, características, relaciones de contextos ajenos a él, es decir, en los que el no se encuentra físicamente presente. Ya que, cada microsistema que rodea al paciente, esta inmerso en sus propios microsistemas, (familia, amigos, trabajo, etc.), pero aunque el enfermo no este presente, pueden influir en él.

### *Exosistema que rodea al paciente oncológico\**



Este nivel, será el mas difícil de evaluar, y el mas complicado para intervenir, ya que esta alejado del paciente oncológico como tal, determinando factores de incidencia indirecta en su vida. Algunos ejemplos que dan cuenta de este nivel son los siguientes.

- Redes sociales: Un familiar puede llegar a ocultar la enfermedad del paciente por miedo a los comentarios o, por el contrario, reaccionar con optimismo y sin derrotismo ante la enfermedad porque un compañero de trabajo que pasó por lo mismo, le anima y apoya.
- Historia previa: Muerte en el pasado, de otros miembros de la familiar, de forma desagradable y por la misma enfermedad, los que el sujeto ni siquiera conoció.
- El trabajar en un servicio en el que el personal cuente con los recursos necesarios para afrontar su propia ansiedad y donde se encuentre apoyado tanto a niveles técnicos como humanos le facilitará su quehacer profesional, lo cual repercutirá positivamente en el trato a los pacientes.

- Facilidades/dificultades que la institución y/o empresa en la que trabajan los familiares den para ausentarse para ayudar al paciente. En ciertos momentos (administración de los ciclos de quimioterapia), el paciente necesitará que lo acompañen al hospital, así como ser atendido los días posteriores a dicho tratamiento. Si las empresas en las que trabajan los familiares no facilitan que se ausenten esos días el paciente quedará desprotegido y sin una asistencia necesaria.

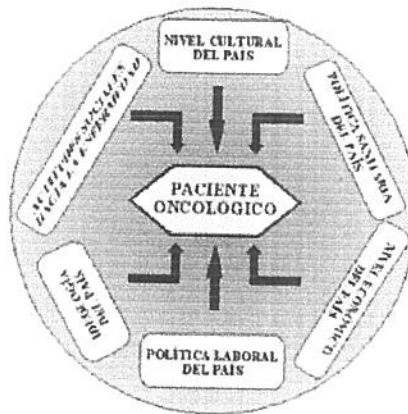
**Microsistema:**

Bronfenbrenner (López López et al, 2002), da cuenta sobre el siguiente aspecto: “en una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro-, el meso y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-, meso- y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales”

Dicho plano es el mas distante, pero igualmente importante, es por eso, que se tomará en consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico – social.

Trasladando estos conceptos a la Psicooncología, se podrán resaltar aquellos elementos que influyen de manera directa en el paciente oncológico:

*Macrosistema en el que esta implicado el paciente oncológico\**



Para finalizar, teniendo en cuenta cada uno de estos factores, se podrá determinar que, tanto la necesidad de evaluar las prácticas institucionales en lo referente a la frecuencia de visitas a un enfermo hospitalizado, el derecho u obligación de ser informado, de elegir el tipo de tratamiento, horarios en los que se aplican los tratamientos, son factores que dependen en gran medida de la legislación sanitaria vigente, tanto a nivel nacional como las propias peculiaridades sanitarias que tenga cada hospital. Pero también de las ideologías existentes, e incluso del nivel económico del que disfrute, lo cual le posibilitará mayores recursos sanitarios.

Por otra parte, las actitudes que el sujeto percibe en sus entornos cotidianos están determinadas, en buena parte, por la imagen más general que la sociedad tiene de la enfermedad, sustentada en gran medida por el tratamiento que le dan los medios de comunicación. Es decir, el paciente, no

solo deberá enfrentarse a una enfermedad dolorosa, y en muchos casos mortal, sino también, con el significado sociocultural, que la misma porta.

La solución estriba en desmitificar el cáncer enfatizando en la posible prevención del mismo y resaltando sus posibilidades de curación.

No se podrá dejar de lado, que las políticas gubernamentales y autonómicas serán quienes determinen qué áreas sanitarias se establezcan como prioritarias (tanto a nivel preventivo, asistencial y de investigación) y, por ende, la calidad de la atención medica y psicológica que reciba el enfermo estará en función de estas variables.

Por último, resta comentar, que actualmente se está inmerso en una diversidad, y por eso se deberá plantear que las evaluaciones e intervenciones médicas y/o psicológicas que han sido válidas hasta ahora pueden que no lo sean para este colectivo.

Lo que Bronfenbrenner (López López et al, 2002) permite determinar, en función de la definición que brinda de validez ecológica como: la medida en la que el ambiente que los sujetos experimentan en una investigación científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene”, en relación al enfermo neoplásico, es que se deberá considerar, la manera en la que el paciente perciba al ambiente, más que en la manera en la que pueda existir en la realidad objetiva.

La novedad que aporta el Modelo Ecológico es la atención prestada a las interconexiones ambientales (micro-, meso-, exo-, y macrosistema) y al impacto que estas puedan ejercer sobre la persona y su desarrollo psicológico. Las ventajas que ofrece esta teoría en su aplicación a los



pacientes oncológicos son el poder considerar al paciente como una persona en progresiva acomodación a sus entornos inmediatos (también cambiantes): familia, amigos, hospital, etc., e influida por las relaciones que se establecen entre estos contextos y otros más grandes en los que está incluido (sociedad, cultura, ideología, etc.). Si se toman en consideración estos aspectos, se podrá discernir las reacciones son propias del enfermo y las provocadas por los entornos más inmediatos (micro-, mesosistema) o más distantes (exo-, macrosistema), lo que permitirá perfilar intervenciones más adecuadas, no solo centradas en el paciente.

Otra de las ventajas ofrecidas, es la posibilidad de intervenir no solo con el paciente, sino también con sus entornos mas cercanos, de manera de poder favorecer el ajuste del paciente a su enfermedad, ya que la manera en la que el enfermo percibe el ambiente, evitará la infra o supervaloración de determinadas reacciones psicológicas.

Por otro lado, "la mayor desventaja que presenta este Modelo es la complejidad que imprime al diseño de una investigación, al instar al control de un mayor número de variables y respetar, en la medida de lo posible, que se desarrollen en ambientes naturales (por ejemplo, en la casa de los enfermos), no clínicos o controlados (consulta psicólogo, hospital) mediante técnicas menos restrictivas como son los cuestionarios y/o inventarios psicológicos, dando preferencia a la observación". (López López et al, 2002).

---

• López López, J; Menéndez Álvarez-Dardet, S; Montserrat, A.; Santón Vilarino, C y Torrico Linares, E. (2002) El Modelo ecológico de Bronfrenbenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología* 2002, vol. 18, nº 1 (junio), pp. 45 – 49.

# CAPITULO III

## Cuidados Paliativos

## CUIDADOS PALIATIVOS.

"Si quieres soportar la vida, prepara la muerte..."

Sigmund Freud.

El cáncer despierta miedo. A él se asocia la idea del deterioro, sufrimiento y muerte. Este temor genera creencias que a su vez devienen en los prejuicios subyacentes, que sustentan actitudes de ocultamiento, distanciamiento y segregación.

La enfermedad y la muerte son casi innombrables. La muerte dejó de ser un evento cotidiano, en el que participan la comunidad y la familia para ser algo oculto, medicalizado. La gente dejó de morir en sus casas para hacerlo en los hospitales, conectados a moderna aparatología, pero lejos de sus seres queridos.

Freud destacó el hecho de que la muerte no nos es representable. La muerte es una herida narcisista. Los seres humanos no pueden imaginar lo que no ha estado en la experiencia vivida de nadie.

En los años 60, debido a la deshumanización de la medicina y su falta de compromiso con el final de la vida de personas que sufren una enfermedad incurable, aparece una nueva forma de hacer medicina denominada Cuidados Paliativos. (Aresca, 2004).

La OMS define los cuidados paliativos como "el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a técnicas curativas". Y agrega: "su fundamento es el alivio del dolor y de otros síntomas acompañantes, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su

familia". Trata a enfermos con enfermedades avanzadas, incurables y con carácter rápidamente evolutivo, sin posibilidad o con contraindicación de tratamientos específicos que puedan modificar la historia natural de su enfermedad, con expectativas de vida limitadas (entre seis y tres meses), con impacto sintomático severo y complejo (físico, emocional y/o social).

Lo fundamental, desde la medicina paliativa, es que el enfermo viva sus últimos días dignamente, siendo considerado como una persona que conserva todos sus derechos hasta el último minuto de su vida.

Por tanto, cuando las terapias han mostrado su impotencia solo resta enfrentarse al inexorable final y paliar el sufrimiento. Es decir, es la situación en la que se exige la máxima sensibilidad humana, puesto que se trata de hacer soportable la vida de los enfermos y de proporcionarles una muerte digna, serena y en paz.

Comienza entonces, un nuevo período que, lejos de ser significado como una etapa en la cual *ya no hay más nada que hacer*, se pueden encontrar diversas y diferentes alternativas de abordaje para el paciente y su familia desde distintas perspectivas.

Por otra parte, los cuidados paliativos contemplan el proceso de morir como un fenómeno natural, En ese sentido, no se pretende ni acortar ni alargar innecesariamente la vida, sino promocionar su calidad dentro de los parámetros establecidos por el propio enfermo y su familia. Así, para la medicina paliativa el fracaso no radica en la muerte, sino en la persistencia de sufrimientos inútiles que podrían haberse aliviado.

Dada la complejidad y las diversas dimensiones en las que transcurre la situación del enfermo, es necesaria la valoración y el tratamiento efectuados por un equipo interdisciplinario.

El equipo interdisciplinario debe ser capaz de establecer objetivos y estrategias comunes, a partir de una comunicación basada en la confianza y el respeto mutuo. Para ello se requiere de profesionales que logren una combinación de madurez y equilibrio emocional, con una sólida formación profesional y, por supuesto, una incorporación a este campo absolutamente voluntaria. Sólo así se podrá tener la sensibilidad y el profesionalismo suficientes para comprender los diferentes factores que influyen en la percepción del enfermo respecto de lo que está viviendo.

El equipo se encuentra integrado por:

- Médico coordinador, médico paliativista, una o más enfermeras paliativistas, un psicólogo, una coordinadora social y otros profesionales esporádicos (kinesiólogos, etc.).

Entre las prestaciones que brindan este equipo interdisciplinario, se destacan las siguientes:

- Control de síntomas (dolor, disnea, etc.)
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo.
- Apoyo a la familia, contención, énfasis especial en la atención en su domicilio.
- Servicio de consulta y cuidados en consultorios externos e internación.
- Asistencia durante el período de duelo.

- Tratamiento en el hogar.

En síntesis, la estrategia de cuidados paliativos se apoya en tres pilares: El cuidado paliativo de los síntomas y el dolor, el equipo interdisciplinario y la muerte digna, que según el Dr. Mazza (Diario Consultor de Salud, s/f) es muy importante “porque los principios éticos que deben ser aplicados sobre un criterio de fondo es el respeto por la vida y la calidad de la misma y la aceptación de la inevitabilidad de la muerte”.

A continuación se expondrá un modelo de intervención en cuidados paliativos:

Como señala Bayés (Soler Sáiz, s/f), “los cuidados paliativos no son sólo el último recurso de un grupo de perdedores biológicos a quienes la medicina no puede salvar; son algo a lo que todos los seres humanos tenemos derecho a aspirar”.

A la hora de enfrentarse a la propia muerte hay una serie de circunstancias que facilitarán ese momento. Soler Sáiz (s/f), las ha denominado “necesidades” porque evidentemente se puede vivir sin ellas pero el bienestar experimentado al final de la vida dependerá de estas condiciones psicosociales.

En primer lugar, es necesaria una comunicación veraz, clara y tranquilizadora que permita al enfermo entender lo que le está sucediendo, enfrentar la realidad de la vida de forma consciente, participar en la toma de decisiones terapéuticas, conservar el control sobre su vida, vivir de manera significativa hasta el último instante de su vida y compartir sus

preocupaciones, miedos y presentimientos con los seres queridos y el equipo de profesionales encargado de sus cuidados. Proporcionar la información solicitada por el enfermo y combatir la conspiración del silencio reduce el aislamiento y la soledad del enfermo y le provee de los elementos necesarios para que pueda controlar su situación y su vida.

En segundo lugar, es importante que exista la posibilidad de expresar los pensamientos y emociones experimentados a lo largo de todo el proceso en relación con cualquier aspecto. El paciente debe saber que estamos abiertos y dispuestos a que hable de sus emociones y pensamientos y, por tanto, deberemos preguntar por ellos.

En tercer lugar, hay que preservar la esperanza centrándola en expectativas realistas y alcanzables. Mantener esperanzas realistas es esencial para prevenir la indefensión y con ello la depresión.

En cuarto lugar, resulta importante disponer de un entorno de ayuda sin sobreprotección ya que esta última favorece la aparición del sentimiento de inutilidad o de ser una carga, baja autoestima, sensación de pérdida de control e indefensión en el paciente y cansancio en el cuidador. Es importante dejar que el enfermo haga todo lo que sea capaz de hacer, recurrir a las ayudas técnicas para incrementar sus posibilidades de movilidad o la comodidad de sus seres queridos y suplirle en aquellas cosas que no puede realizar.

En quinto lugar, es necesario promover en el enfermo la percepción de control sobre la situación (creer que puede hacer algo para cambiarla o influir sobre ella) y reducir la incertidumbre respecto a la aparición de

acontecimientos amenazadores. Esta forma de actuar, contribuye a disminuir el malestar emocional e incrementa el enfrentamiento activo de la situación. En sexto lugar, a lo largo de toda la vida y en particular al emprender la recta final, resulta esencial sentirse valorado positivamente por las personas queridas o próximas, saberse importante para alguien y amar. La persona enfrentada a su propia muerte realiza una recapitulación de la vida y resulta imprescindible que el balance resulte positivo y significativo cerrándose el ciclo vital-biográfico de manera armoniosa y serena.

En séptimo lugar, la culpabilidad es una emoción tremendamente distorsionadora a la hora de enfrentar la muerte y, por ello, es necesario que exista la posibilidad de reconciliación y perdón.

En octavo lugar, la enfermedad puede amenazar la identidad del sujeto (a veces puede resultar difícil reconocerse en un espejo) y en tal caso necesitará ser mirado con estima y sin condiciones. Es imprescindible un trato que preserve su dignidad e intimidad hasta el último momento de la vida.

En noveno lugar, resulta desolador interpretar la situación en la que nos encontramos como una sinrazón y, por este motivo, resulta importante ayudar a la persona en la ardua pero enriquecedora tarea de encontrar un significado, acorde a su sistema de creencias, tanto de su historia pasada como del presente que le ha tocado vivir e incluso de la muerte.

En décimo lugar, el tiempo de la enfermedad y el final de la vida se convierten en un momento propicio para las grandes preguntas (por ejemplo, ¿por qué a mí? o ¿existe algo después de la muerte?). Es importante

acompañarle teniendo en cuenta las necesidades comentadas anteriormente y respetando las creencias y los valores de la persona.

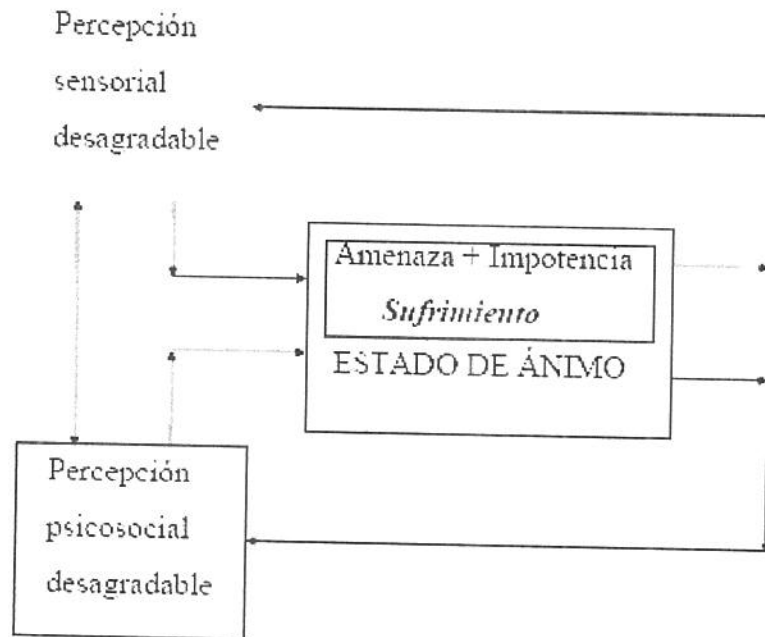
Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (Soler Sáiz, s/f), han elaborado un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Este se basa en los dos elementos básicos del sufrimiento. El primero, experimentar o temer un daño (físico o psicosocial) valorado como una *amenaza* importante para la existencia o la integridad orgánica y/o psicosocial. El segundo, creer que se carece de *recursos* para hacer frente a la amenaza con éxito. Si la persona dispone de recursos para hacerle frente y confía en su capacidad para ponerlos en marcha no existirá sufrimiento.

Este modelo consta de varios componentes relacionados según una determinada secuencia. Los elementos son la estimulación, la situación o el estado (biológico o psicosocial) experimentado por la persona, la valoración que hace respecto al grado de amenaza y los recursos disponibles y, por último, el estado de ánimo.

La secuencia seguida es:

La estimulación física y/o psicosocial experimentada por la persona puede ser percibida como una amenaza importante para la integridad o la supervivencia biológica o emocional. En tal caso, el sujeto evalúa sus recursos y si considera que estos son insuficientes o inadecuados se siente indefenso y aparece el sufrimiento. Este a su vez amplifica la intensidad o presencia de los síntomas o de la situación amenazadora, incrementándose la sensación de falta de control y con ello de nuevo el sufrimiento. Además, éste no se da en el vacío sino en una persona con un determinado estado de

ánimo. Si éste ya estaba afectado se mantendrá de esa forma y potenciará el malestar y si no lo estaba pero persiste el sufrimiento prolongadamente probablemente llegará a alterarse.



Seguendo el modelo expuesto, la intervención pretenderá reducir el sufrimiento y para ello deberá disminuir la amenaza, potenciar los recursos y compensar o modificar el estado de ánimo cuando sea necesario.

#### **Objetivos dirigidos a reducir la amenaza**

- Aliviar los síntomas *expresados* como más perturbadores para el enfermo.
- Anticiparse a los síntomas *previsibles* e indicativos de progresión de la enfermedad intentando reducir de esta forma la desesperanza.
- Disminuir el aislamiento "arropando" al enfermo y utilizando para ello todas las estrategias posibles (como por ejemplo, facilitar las visitas y el descanso de los familiares cuando resulte necesaria la hospitalización, acompañar al

enfermo hasta que consiga dormirse y potenciar la comunicación personal enfermo familia).

- Indagar y considerar el significado atribuido a los hechos con la finalidad de eliminar las creencias erróneas o distorsionadas.
- Disminuir la incertidumbre proporcionando señales de seguridad (como por ejemplo, procurar seguir unas rutinas predecibles en relación con los cuidados y/ tratamientos).
- Normalizar las reacciones emocionales de forma que no se sientan *bichos raros* ni crean que se están volviendo locos.
- Garantizar la continuidad de los cuidados mediante una buena coordinación entre los distintos recursos asistenciales haciendo posible la ubicación del enfermo en el *mejor lugar terapéutico*.

## **2. Objetivos dirigidos a potenciar los recursos del enfermo**

- Informar de los elementos necesarios en el enfrentamiento activo y consciente de la situación que le ha tocado vivir.
- Potenciar la máxima autonomía posible.
- Mejorar la autoestima mediante la aceptación incondicional del enfermo, el reconocimiento y refuerzo de sus valores y logros personales, la higiene diaria y el cuidado de su apariencia externa y la comunicación emocional y afectiva por parte de sus seres queridos. Estas son algunas de las estrategias disponibles pero no las únicas.
- Favorecer la expresión de pensamientos y emociones tanto para liberar parte de la tensión experimentada por el enfermo como para indagar las distorsiones cognitivas causantes de un sufrimiento innecesario.

- Detectar y reforzar los recursos existentes (como por ejemplo, la red de apoyo social, la realización de actividades agradables, la adherencia al tratamiento y la resolución de los problemas planteados por los cuidados o la enfermedad).

### ***3. Objetivos dirigidos a compensar o modificar el estado de ánimo***

- Todos los objetivos anteriores.
- Aumentar la estimulación positiva con la intención de contrarrestar los efectos negativos o el malestar producido por la situación de enfermedad avanzada.
- Evitar los ambientes monótonos y carentes de estimulación acercando la vida cotidiana al enfermo.
- Derivar a atención especializada si la intervención de primera línea no consigue corregir la alteración del estado de ánimo.

La intervención especializada (psicológica y/o farmacológica) deberá colaborar en la consecución del máximo bienestar posible del enfermo empleando, para ello, tratamientos especializados que introduzcan en el repertorio del sujeto los recursos necesarios e inexistentes. También utilizará técnicas específicas para modificar o compensar el estado de ánimo depresivo, ansioso y/u hostil.

# CAPITULO IV

## Entrevistas a profesionales

## ENTREVISTA

1. ¿Cómo se sumergen en la práctica de la intervención psicológica con pacientes oncológicos?
2. ¿Por qué la consideran necesaria?
3. ¿Cuáles creen que son los objetivos de la intervención psicológica en pacientes con cáncer?
4. ¿A qué marco teórico adhieren?
5. En función de este. ¿podría comentarnos su modalidad de intervención?
6. ¿Sobre que tipos de cáncer realizan sus intervenciones?
7. Las intervenciones, ¿varían en relación a las distintas fases por las que atraviesa el paciente en relación a la enfermedad?
8. ¿Trabajan con pacientes que se encuentran en tratamientos paliativos? ¿Cuáles son los objetivos de la intervención en este tipo de pacientes?
9. ¿Cuánto tiempo hace que esta recibido? ¿En que lugar realizo la carrera de psicología?
10. ¿Ha realizado algún curso específico en el área de oncología?
11. ¿Cuánto tiempo hace que esta trabajando con pacientes oncológicos?
12. ¿Cómo suelen llegarle las derivaciones de los mismos?
13. ¿Con que edades de pacientes trabajan?
14. ¿En que ámbitos se desarrollan en esta área?



15. ¿Su trabajo lo realizan en conjunto con otros psicólogos? Y con otros profesionales?
16. ¿Creen necesario establecer un contacto con el oncólogo para conocer la evolución y fase de la enfermedad por la que esta atravesando el paciente?
17. En relación a su labor, ¿Existe algún vínculo con el oncólogo? ¿Cómo es el vínculo y la comunicación mantenida con el mismo?

Nombre y Apellido: Lic. Dario Llull.

Año de egreso: 1998

Lugar de realización de la carrera: Universidad Nacional de Mar del Plata.

1. ¿Cómo se inició en la práctica de la intervención psicológica con pacientes oncológicos?

En realidad en la práctica concreta de atención, fue a los meses de recibirme, hace unos 8 años, y había empezado un tiempo antes con lo que es la investigación en este área, es decir no desde la intervención específicamente, pero si desde la investigación, administraba una serie de cuestionarios y entrevistas de evaluación, pero para fines de investigación no de intervención. Y después en general desde la mitad de la carrera siempre estuve buscando material, haciendo cursos, o los trabajos específicos de algunas materias ya los fui orientando vinculado a la oncología, desde por ejemplo Psicología Cognitiva en su momento que era promocional, y el trabajo para la promoción lo hice en relación a los sistemas de creencias en los pacientes con cáncer, los núcleos problemáticos también los oriente en esto. La investigación de pre grado si bien no la hice en relación a la oncología, pero trabajé sobre la relación enfermero – paciente, porque me interesaba lo vinculado a cuestiones médicas y orgánicas, pero siempre anduve rondando por esta temática. Y después cuando me recibí, como venía con este recorrido me forme específicamente en psicoterapias con un post grado en entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas, yo ya estaba trabajando en investigación en el H.I.G.A en ese momento, entonces

después que me recibí le agregue a la tarea de investigación de seguimiento que estaba haciendo con las pacientes lo que era una propuesta de intervención, que inicialmente fue una propuesta de atención individual y después fue ofrecer grupos de psicoterapia, en ese momento eran pacientes con cáncer de mama.

2. ¿Por qué la considera necesaria?

En realidad porque es un área específica y tiene sus particularidades, con características propias, o sea, si bien se puede hablar de un área general que podría ser la atención psicológica de pacientes en el área física, dentro de esto hay enfermedades que tienen especificidad y demandas orientadas a particularidades de lo que la enfermedad involucra en el paciente. Así que estoy convencido que es un área donde uno se puede formar específicamente con recursos propios, hay mucha investigación, desarrollo de técnicas, intervenciones, o sea es un área con mucho desarrollo de investigación, de herramientas psicoterapéuticas, entonces uno se puede formar específicamente en esta área, lo que no quiere decir que uno trabaje solo en este aspecto, pero para trabajar con pacientes con cáncer se deben tener ciertas características propias. Y se necesita porque muchas veces no hay psicólogos que trabajen junto a los médicos, acompañando o atendiendo a la enfermedad desde el punto de vista orgánico.

3. ¿Cuáles cree que son los objetivos de la intervención psicológica en los pacientes con cáncer?

En general pueden ser varios, un objetivo general sería mejorar la calidad de vida del paciente, otro de los objetivos pueden ser varios, no quiere decir que todos estos objetivos serían para un solo paciente, pero podría ser los objetivos por ejemplo en personas que no adhieren a los tratamientos médicos, un objetivo podría ser este, intervenir de modo que puedan adherir a las indicaciones medicas, o tengan algún cuidado de la salud, otro objetivo puede ser el revisar los significados que la persona ha construido en relación a esta enfermedad que padecen, y encontrar significados mas funcionales que le permitan vivir con mejor calidad de vida y mas saludablemente con esta enfermedad. Trabajar en pos de mejorar el aspecto vincular, o con la familia, o con el entorno, porque muchas veces quien tiene un cáncer hay cuestiones vinculares que se alteran, entonces revisar esas cuestiones y colaborar en mejorar ese aspecto. Trabajar sobre las percepciones propias, que sería como se ve el paciente a si mismo, y las percepciones que cree que los demás tienen, por ejemplo cuando el paciente cree que es una carga respecto a un familiar, poder abordar esta cuestiones, en relación a las autopercepciones y la heteropercepciones.

Otro gran objetivo es poder desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales respecto a su situación actual, esto tiene que ver con a veces generar cambios en las estrategias de afrontamiento que ha utilizado hasta ahora que no han sido muy saludables, o no le han dado buenos resultados, incorporar nuevas estrategias, ampliar el abanico de estrategias de afrontamiento y también la flexibilidad de sus recursos de afrontamiento, poder incorporar esto de la flexibilidad según las situaciones que el paciente

quiere afrontar, no hay que aplicar las mismas estrategias, los mismos modos para resolver todo tipo de situación.

Acompañar los distintos momentos que tiene la enfermedad, y los objetivos van a variar según el momento de la enfermedad del paciente. Por ejemplo en pacientes que no tengan expectativas y hayan desistido a establecer metas o haya renunciado a sus proyectos, un objetivo podría ser volver a establecer metas a corto y a largo plazo.

Acompañar al paciente a un buen desenlace y a un buen morir, si estuviéramos en casos de pacientes terminales y mas cercanos a la muerte.

4. ¿Adhiere a algún marco teórico en particular? ¿Cuál?

Si, en realidad, el núcleo central sería el modelo integrativo cognitivo social, con fuerte base cognitiva y también incorporando otros aportes de otros modelos que resultan interesantes en lo que es la atención de pacientes oncológicos, como son los aportes existencialistas, o humanistas, que a veces aportan en alguna visión existencialista por ejemplo como la de Víctor Frankl o cuestiones que hacen a la posición que uno tiene frente a la persona, tal vez los recursos uno los incorpora mas desde el modelo cognitivo. Pero fundamentalmente, si yo te tuviera que decir mi marco teórico sería un modelo integrativo cognitivo social.

5. En función de este. ¿Podría comentarnos su modalidad de intervención?

Por esto de los distintos momentos de la enfermedad no hay un solo modelo de intervención, aparte también depende de si uno está viendo al paciente

en el consultorio, en un hospital, si lo va a ver al domicilio, o sea, todas estas variables contextuales también implicarían intervenciones diferentes, pero en general lo que suelo hacer es tomarme uno o dos encuentros al principio para poder evaluar la situación del paciente, la demanda, la búsqueda, que expectativas tiene con respecto a su espacio con el psicólogo, la rotulación, y en función de esto poder definir objetivos y acordar con el paciente sobre los objetivos con los que se va a trabajar. En general si uno esta trabajando con un paciente en consultorio tal vez uno se puede tomar unos tres encuentros para hacer todas estas evaluaciones, y después intervenir de acuerdo con eso que puede variar según los objetivos que decía, según el momento de la enfermedad, según un montón de variables. A veces uno tiene que intervenir casi de entrada, hasta en los consultorios, o en los encuentros a domicilios, en el encuentro inicial uno ya interviene, uno ya empieza a trabajar sobre algunos aspectos que a veces en la situación de crisis en la que se encuentra el paciente necesita algunas intervenciones, algunas orientaciones desde el inicio.

6. ¿Sobre personas con que tipos de cáncer realizas tus intervenciones?

Eso varia en relación a la demanda, y en función de los pacientes que lleguen, o sea, yo donde mas trabaje fue con personas con cáncer de mama, pero después he trabajado con muchos pacientes con cáncer de pulmón, algunos con cáncer de colon que pueden tener o no alguna obstrucción por ejemplo, algunos canceres ginecológicos de cuello de útero, y después hay otros tipos de canceres o tumores no tan comunes y que llegan a la

demanda, digamos, no tan comunes en relación a lo que suele llegar los otros tipos de pacientes.

7. ¿Trabaja con pacientes que se encuentran con tratamientos paliativos?  
¿Cuáles son los objetivos de la intervención en este tipo de pacientes?

Si, o sea en pacientes en que están en una fase avanzada de la enfermedad y donde los médicos el objetivo que tienen es atender el dolor y los síntomas, generalmente no hay otra alternativa de tratamiento, eso sería el tratamiento paliativo. Los objetivos centrales en este tipo de pacientes serían la calidad de vida, regular el estado de ánimo, angustia, ansiedad. Después todo dependerá, es importante el diálogo con el médico, o sea, poder conversar y tener una perspectiva, por lo general yo siempre, si el médico no me llama primero o me comunico con el médico para tener un panorama, si bien a veces no es claro el panorama o la perspectiva en el tratamiento paliativo, pero tener el menos una idea del nivel de compromiso orgánico del nivel que estaría la enfermedad, perspectivas del médico respecto de posibilidades de tratamiento o no, o perspectivas de vida, aunque ahora cada vez menos se habla de esto, bueno y en general en función del oncólogo o del médico que está atendiendo tener un panorama, y en función de eso pueden variar los objetivos. Si la persona está viviendo en una situación muy distinta a su realidad, trabajar con esto, que la persona pueda reconocer estos cambios, estas limitaciones, y desde ahí poder ver que poder hacer, a veces hay un desfase importante y esto genera malestar también, entre la mirada que tiene la persona y la realidad

orgánica. Entonces los objetivos puede ser esto de volver a establecer metas, pero ya a corto plazo, metas mas cercanas, si es un paciente donde puede ser cercana la posibilidad de la muerte, bueno, trabajar los temores, los miedos, es una etapa donde se suele trabajar mucho con el miedo al deterioro si es que el deterioro todavía no se produjo, el deterioro físico, entonces trabajar con esos miedos. Que la persona pueda encontrar modos de sostén también en esta etapa, y al estar cercanos a la muerte también cerrar etapas, aspectos pendientes, o sea, para poder ayudar a tener una etapa lo mas serena posible en su ultimo tiempo de vida.

8. ¿Ha realizado algún curso específico en el área de Psicooncología?

Hice algunos cursos a distancia, cursos también con profesionales de Buenos Aires, he viajado o también los profesionales han venido acá en modelos cognitivos, abordajes específicos. Después bueno, hay cierta oferta de cursos que no adhiero en cuenta al marco teórico, hay una oferta de cursos a distancia desde modelos totalmente psicoanalíticos, en los que pienso que les están faltan algunos aspectos, en cuento mas que nada sus modos de intervenir y los objetivos que plantean, entonces los modos de formación, también tiene que ver con buscar personas que uno cree que están formadas y tienen experiencia en esto , conseguir bibliografía, o publicaciones y poder tener acceso a esos lugares . también esto de formarme en aspectos específicos que ofrece la psicoterapia cognitiva y los modelos cognitivos, poder aplicarlos, estos modos de entender como funciona y procesa una persona desde lo cognitivo poder aplicarlo a lo

oncológico, que a veces eso no lo encuentra en un curso, entonces uno tiene que hacer esta traducción. Por ejemplo a veces uno hace un curso sobre técnicas de relajación o modos para trabajar la ansiedad que no son específicos para oncología, pero uno después puede aplicar estos recursos en el área de oncología.

9. ¿Cuánto tiempo hace que esta trabajando con pacientes oncológicos?

Haría unos 8 años, o 9 en lo que es atención de pacientes, y a los poquitos años empecé con investigación y entrevistas con pacientes, y finalmente con intervención psicológica.

10. ¿Cómo suelen llegarle las derivaciones de los mismos?

Por distintos lados, a veces por los oncólogos que ya me conocen y derivan, a veces por ex pacientes, que ya me conocen y saben que trabajo en este área y entonces llegan las derivaciones pero por contactos personales, por médicos, por ex pacientes que tienen algún familiar o amigo que han venido por otros motivos pero saben que me dedico a esto, desde la facultad también, docentes de la facultad, o estudiantes que derivan o buscan una forma de contactarme para mandar a algún paciente, y después derivaciones medicas.

11. ¿Con que edades de pacientes trabaja?

Con adultos o adultos jóvenes, o sea, no atiende a niños ni adolescentes con cáncer, en general son de más de 35 años o 40 en adelante, a veces hay alguna persona más joven, pero la mayoría son de 40 en adelante.

12. ¿En qué ámbitos se desarrolla en este área?

Actualmente en el consultorio, en atención domiciliaria también desde derivaciones que me llegan a consultorio, o desde una obra social que atiende en atención domiciliaria con pacientes de esa obra social, y con un equipo interdisciplinario de profesionales que armamos ahora hace unos meses con profesionales de distintas áreas que a su vez ofrecemos atención de salud domiciliaria, hay médicos, enfermeros, kinesiólogos, psiquiatras, psicólogos, bioquímicos si hay que hacer análisis de sangre o de orina. En espacios que estuve mucho tiempo y que ahora no estoy, pero que estuve varios años fue el Hospital Interzonal en el área de oncología específicamente, estaba físicamente en radioterapia pero atendía oncología con adultos, también me derivaban de hematología en el H.I.G.A también pacientes. Durante un año y medio estuve haciendo grupos de psicoterapia con pacientes de cáncer de mama en el HPC, pero son espacios donde no realizo actualmente.

13. ¿Existe algún vínculo con el oncólogo? ¿Cómo es el vínculo y la comunicación mantenida con el mismo?

Cuando me llega un paciente, a veces se puede dar antes la comunicación si es que me llama el médico y me dice mira te voy a derivar un paciente con

estas características, entonces ahí establecemos el primer contacto en relación con esta persona en concreto, si no cuando llega el paciente después de verlo una vez me comunico con el medico, y a mi me interesa tener una perspectiva tanto del cuadro orgánico, tipos de tratamiento o perspectiva de tratamiento que va a tener con el medico como para ver como acompañar al paciente en relación a los cambios que el medico tiene previstos ir generando. Si fue la derivación surgida por el medico, por que se le ocurrió al medico, que observo, o que aspectos le llamaron la atención, o tiene inquietudes para ver, además de lo que el paciente menciona, que inquietudes tenia el medico cuando pensó en la derivación, a veces llega el paciente derivado por el medico, otras veces es el paciente quien dice que quiere consultar con un psicólogo y entonces tal vez le pregunta al oncólogo si conoce alguien para recomendarle, pero es el paciente el que pide la derivación. Otras veces es el medico quien sugiere por cuestiones que va viendo que seria bueno que haga una consulta con el psicólogo. Inicialmente hacemos esto, y después en momentos que sea necesario en el transcurso del tratamiento, o sea después de ese dialogo inicial, tanto el medico a veces puede llegar a llamar, si no si yo tengo alguna inquietud a lo largo del tratamiento llamo también al medico.

14. Para finalizar. ¿Qué cree que haría falta en el campo de la Psicooncología para que pueda tener mayor desarrollo en nuestro país?

Por un lado, desde la psicología propiamente, desarrollar investigación concreta desde el aspecto clínico con pacientes oncológicos, o sea, por

ejemplo uno de los objetivos que yo tuve en unos años y que voy cerrando ahora fue esto de poder validar algún tratamiento específico para pacientes con cáncer, entonces por ejemplo lo que hice fue diseñar un programa de psicoterapia grupal, trabajar con grupos distintos de pacientes, tener pacientes que no hacían tratamientos, es decir, un grupo control y poder comparar los resultados con los que estaban en tratamiento psicoterapéutico con las mismas características medicas, y poder evaluar la eficacia de estas intervenciones. O sea, creo que en eso hay mucho para desarrollar, seguir estudiando la eficacia de los recursos que usamos, las técnicas, las cuestiones que se ponen en juego en un tratamiento psicoterapéutico. Después que los psicólogos trabajemos mas juntos con el mundo medico, en esto de hablar en un lenguaje claro que el medico entienda, responder a demandas claras de las cuestiones que van necesitando los pacientes. Históricamente, hubo décadas donde los psicólogos hablaban en un lenguaje no entendible para el medico, entonces el oncólogo decía de que me esta hablando este, entonces poder aunar criterios en esto, de unificar el lenguaje, generar espacios, si uno esta en instituciones de salud generar espacios comunes de reflexión y de análisis de cómo abordar al paciente tanto enfermeros, médicos, medico clínico, medico oncólogo, generar estos espacios, porque hoy estamos en pañales, y estudiar y formarse en esto, y también ir generando equipos porque uno en esto no puede trabajar solo, entonces es necesario generar equipos tanto para compartir con otros psicólogos que estén trabajando en este área, pero también equipos con otros profesionales para poder realmente interdisciplinariamente.

Nombre y Apellido: Lic. Susana Novelli.

Lugar de realización de la carrera: Universidad Nacional de Mar del Plata.

1. ¿Cómo se inicio en la práctica de intervención psicológica con pacientes oncológicos?
2. ¿Por qué la considera necesaria?

Fue bastante casual digamos, el primer antecedente fue la enfermedad de una amiga, una colega con la cual compartimos juntas momentos de la vida, primero los estudios, luego iniciamos una amistad, compartimos muchos momentos vitales, como casamientos, nacimientos de hijos, hasta que ella enfermo muy joven, y a partir de su enfermedad es que empezamos a considerar juntas lo importante que era compartir con otros lo que le pasa a ella y lo que iba siendo, de alguna manera necesario, el acompañamiento. Entonces salimos juntas a comprar la peluca, encontrar justamente esto que era ir perdiendo esto que en realidad forma parte de la sexualidad femenina, el cuerpo, la imagen; la angustia, primero por la perdida del propio cuerpo. Todo esto me llevo a darme cuenta de la importancia del acompañamiento de la familia, de los amigos, lo que implica esto del equipo, porque así como es conveniente trabajar en equipo, en realidad, lo que es conveniente que pase en grupo, tanto familiar como en uno de amigos es que haya ese sostén, y que no pase solamente por una sola persona, como puede ser el caso de un marido o padres, o que el paciente este solo. Es muy frecuente que en realidad no haya familia que este a la altura de la circunstancias, que

haya mucha negación, muchas veces en el propio paciente que se niega a considerar lo que tiene y cuánto puede llegar a ser esto que tiene, o que en realidad no haya alrededor quienes este muy concientes de la crisis que esta atravesando esta persona. Así que esta fue la primera aproximación, a partir de ahí me empecé a dar cuenta de lo necesario que podía ser el trabajar en un equipo medico. Justamente dio la casualidad que uno de los primeros pacientes que tuve en mi formación fue un medico, que después hizo la especialidad en oncología, al cabo de los años vuelve a consultarme y coincide paralelamente a esta idea que empecé a tener de hacer la especialidad, empezar a hablar con mi paciente sobretodo de su trabajo y de todo lo que en realidad eran las ansiedades, las angustias y los disparadores, ahí es donde mas me di cuenta de todo lo que queda transferido en el trabajo a partir de lo que representan los pacientes para los médicos, y así comenzó mi investigación en el área. Lo que ocurre en realidad es que no hay equipo, generalmente lo que se da es un trabajo de transferencia; que pasa, en realidad, los médicos por transferencia empiezan a considerar quienes son aquellos psicólogos con los que pueden contar para trabajar, y después en realidad por transferencia es que nos vamos conectando con aquellos que consideramos que pueden ayudar en el proceso , por ejemplo consultamos algún profesional del Yoga, alguien que trabaje con el cuerpo y que alivie, ya que este cuerpo tiene que tener sostén. El cuerpo se alivia enormemente cuando es escuchado. En realidad lo que puede venir por el lado del terapeuta del dolor, por ejemplo si el paciente es escuchado, por ahí tiene menos dolor porque el dolor que tiene puede estar

intensificado por la angustia, entonces hay menos morfina que dar, porque alguien escucha los otros dolores que en realidad vienen por otra vía. Trabajar en equipo es algo bastante importante, además el paciente se alivia mucho, y puede llegar a pensar que en realidad puede haber alguien que detecte lo que en realidad le podría venir bien en determinado momento, por ejemplo se me viene a la mente una paciente muy joven, con cáncer de pulmón, era impresionante la tos con la que ella venía, una tos que de la que se supone, era causada por ese cáncer de pulmón, estaba en la sala de espera con mucha tos, venía, empezábamos a hablar del por qué de la tos, y en realidad el por qué de la tos era porque ella estaba muy angustiada por el futuro de sus hijas, estábamos hablando y se le iba la tos, estaba varios días que no tenía tos, hasta que aparecía un tema y aparecía la tos, por supuesto el cáncer de pulmón le originaba la tos, pero ahí de lo que se trataba muchas veces era de focos de angustia que en la medida empezábamos a detectar cuales eran las cosas que a ella realmente la abrumaban ante la cercanía de la muerte, empezamos a considerar que ella tenía que programar, que era por ahí lo que en realidad podía llegar a ser, por eso yo muchas veces intentaba hacerla considerar que ella tenía que pensar muchas cosas como cuando uno se va de viaje, cuando uno se va de viaje y deja los hijos, en realidad lo que tiene que hacer es delegar, y organizar quienes eran los que se tenían que hacer cargo, y eso la aliviaba, porque yo en realidad no le estaba hablando directamente de la muerte; y que por lo general cuando uno se va de viaje, se va tranquilo porque deja todo organizado para generar esta cuestión de la castración, en realidad uno no sabe cuando se va a

morir, de hecho ella vivió mucho mas de lo que en realidad estaba previsto y murió cuando pudo dejar todo organizado.

3. ¿Cuáles cree que son los objetivos de la intervención psicológica en pacientes con cáncer?
4. ¿Adhiere a algún marco teórico en particular? ¿cuál?
5. En función de este. ¿podría comentarnos su modalidad de intervención?
6. Las intervenciones, ¿varían en relación a las distintas fases por las que atraviesa el paciente en relación a la enfermedad?

Como las tres ejes fundamentales que sostienen una intervención desde esta especificidad es en realidad el paciente, la familia del paciente, y el equipo que trabaja con el. Durante mis años de trabajo, me he dado cuenta de que en realidad, no solo hay que asistir y dar sostén allí donde la urgencia ataca al paciente, en el momento inicial del diagnóstico, sino también, el acompañamiento y contención a esa familia que es fundamental. Hay momentos en los que el paciente se encuentra solo porque la familia no puede hacerse cargo de él, no porque no quiera, sino porque, digamos que en realidad, no sabe como hacer frente a esta realidad, entonces es allí, donde se vuelve muy importante nuestro trabajo. También estos diagnósticos impactan sobre el equipo tratante de muy diversas maneras, a mi forma de ver, es fundamental asistir y trabajar muy de cerca con el oncólogo del paciente y con la relación que se establece entre el medico y su paciente. En los mediaos, cada caso impacta de una forma diferente, sea

porque el paciente es joven, o no, y dependiendo del tipo del vinculo que se establezca con el mismo y su familia.

Los aspectos éticos, son muy importantes, el respeto por el paciente, el respeto por los tiempos del paciente, el respeto por la información que hay que dar al paciente y por lo que en realidad ellos tienen que, es decir, cuanto de todo aquello que desde la medicina esta ofrecido y se puede elegir. Estos son enormes temas que mira no solo el psicólogo, sino también todo el equipo tratante. La información que se le tiene que proveer al paciente y a la flia, es decir, para lo que se le va a comunicar antes debe haber acuerdos. Por que en ocasiones se produce el desprecio por la propia vida del paciente, quedando esta en manos de sus familiares o de las personas que lo rodean, cuando la vida es del paciente. En estos momentos, frente a la presentación de alternativas que el medico propone y cuando el medico comunica el diagnostico, aquí es donde se vuelve fundamental el acompañamiento. Por que, qué es lo que le pasa a cualquiera cuando tiene que escuchar algo tan impactante, como es tener cáncer, que muchas veces es algo que no se quiere escuchar. Por eso esta el derecho a escuchar, pero esta también todo aquello que repercute psicológicamente como para poder escuchar. Cuando en realidad el paciente esta solo y los médicos no tienen el marco familiar que de sostén a todo lo que hay que organizar. En cambio, cuando el paciente viene acompañado, no solamente esta ahí el paciente que tiene que escuchar, sino que además tiene la colaboración del otro que por ahí puede escuchar mejor. Y es por este que el acompañamiento familiar es fundamental.

El cáncer es una enfermedad que tiene cierta cronicidad, hoy en día la medicina procura cada vez mas que esta enfermedad sea entendida como una patología crónica, es decir, que el paciente y la familia se puedan preparar para una enfermedad crónica, en otros casos los desenlaces son mucho mas complicados por que son muy rápidos. Y en ellos son necesarios los abordajes interdisciplinarios que ayuden al paciente y a la familia a aceptar estas ideas donde ninguno estaba preparado para esta realidad.

Dedicarse a esto como yo siempre digo es dedicarse a problemáticas de alta tensión, y además no cualquiera puede dedicarse a esto y dar sostén, ahí donde hay que escuchar. Yo soy psicoanalista y no es lo mismo encontrarse con un paciente que viene para realizar un proyecto con tiempo, y aquel que viene con un problema puntual, en crisis, no son los mismos abordajes, ni es la misma la dirección de la cura. Por que tenemos que estar atentos a cual es en realidad, la problemática más próxima. Esto no significa que no pueda haber distintos momentos. Por que por ahí, en principio la problemática pasa por la depresión, de este duelo que representa que algo en el cuerpo sea mutilado próximamente o que haya habido una mutilación. Por lo tanto, se trabaja sobre estos aspectos de perdidas que por supuesto implican altos montos de angustia. Uno de los ejemplos que se me vienen en este momento a la cabeza, es el caso de una señora que se sentía muy mal con su oncóloga, por que no la atendía, por que no la encontraba, y ella se sentía muy sola, manifestando que nadie la escuchaba ni acompañaba en este proceso. Por esto, empezamos a escuchar esto, de qué se trataba esta

cuestión de la soledad, y en realidad lo que surgió rápidamente era que lo que le pasaba era que, además de lo sola que sentía por esto de no hallar el sostén en su medica, era el hecho de que hacia 8 meses atrás había sido abandonada por su pareja y a esto se sumaba que esta enfermedad la tenía complicadísima ya que era una mujer muy coqueta y por su tipo de cáncer, se hallaba ya sin pelo, con el cuello lleno de ganglios, lo cual le traía muchos problemas para vestirse y eso la angustiaba muchísimo, es una situación realmente de pérdida tras pérdida. Y la soledad, en realidad, era todo este desbarajuste que a ella le había sobrevenido después de la separación, por lo tanto la oncóloga que no la atendía era la que justamente no le estaba dando la posibilidad de ser sostenida ahí donde ella requería ser sostenida por otro, ahí donde existía una herida enorme tanto en el cuerpo como en el afectivo. Y además ella no quería cargar a sus hijas con esta soledad, por que ella decía, ya bastante tienen que hacer por mi como para que yo las cargue con toda mi angustia. Yo creo que ella podía soportar su peluca aunque le resultaba traumático el abandono de su pareja. Motivo que creo ha influido en cierto punto en la enfermedad de ella, no digo como único causante sino como potenciador. Ahora hace quince días que no la veo, me llamo su hija para decirme que ella no iba a poder venir y que me iba a llamar, yo la he estado llamando pero bueno aun no me he podido enterar la causa de por la cual no me llama, y no se cómo está. Esto es una de las cosas que pueden pasar; tenemos un paciente que en el mejor de los casos nos enteramos qué pasa y en otros ocurre que se muere y estamos trabajando siempre en una situación de urgencia, en algunos casos y en

otros no, en otros en realidad lo que pasa es que, encontramos primero los primeros temas, y después en realidad viene el análisis. Pero primero trabajamos la urgencia y luego vamos enlazando con otros ejes, que son en realidad los que deben llegar a pensarse como para otro momento y ese momento realmente es posible si el paciente, lo decide.

7. ¿Sobre personas con qué tipos de cáncer realizan sus intervenciones?

He trabajado con muchos tipos de cáncer a lo largo de mi carrera, cáncer de mama, de pulmón, de estómago, de hígado, de colon. En realidad no me he especializado en un tipo particular, ya que en realidad, se trabaja con el impacto y la problemática del paciente.

8. ¿Trabaja con pacientes que se encuentran en tratamientos paliativos?

¿Cuáles son los objetivos de la intervención en este tipo de pacientes?

9. ¿Ha realizado algún curso específico en el área de psicooncología?

Si en realidad hay momentos en donde lo paliativo es el último momento del tratamiento, hay momentos donde hay que atravesar hasta ahí, hasta el último momento de la vida. Yo fui coordinadora de un grupo de cuidados paliativos en el HPC, ese es otro tema muy interesante para poder pensar con los profesionales que trabajan en cuidados paliativos, todo lo que puede llegar a generar un grupo de cuidados paliativos, el conocimiento del paciente, de su vida, de su contexto; desde un enfermero que trabaje en cuidados paliativos no solamente tiene que estar preparado para poder

aplicar una inyección de morfina, sino que también tiene que estar preparado para poder detectar en el ambiente que es lo que ese paciente necesita. Esto es muy importante porque a veces no solo tiene que ir a inyectar un paciente sino que también tiene que poder hablar algo que en ese momento puede ser muy importante para brindar sostén a este paciente y a esa familia en el atravesamiento de una situación tan particular como esta, sobre todo poder operar en este tiempo, es poder detectar cuales tienen que ser las condiciones para ese paciente, y para ese grupo familiar. Algo que alivia mucho en ese último tiempo es la casa, hay algo que genera la casa, que genera un clima, un ambiente que puede ser muy tranquilizador. Hay familias que tienen la capacidad de contención, mientras que hay otras que no lo soportan. No hay que exigir a nadie a que en realidad, pueda lo que no puede. Habitualmente de lo que hablamos en los cuidados paliativos es del cuidador, el cuidador es el que puede ser el organizador, pero un cuidador queda al cuidado de todo generalmente lo que sucede es que no hay protección para el que cuida. Y la intervención puede ser fundamental porque lo que podemos lograr es detectar estas angustias o esta sobrecarga y en realidad, generar otro contexto de mejor cuidado.

10. ¿Cuanto tiempo hace que esta trabajando con pacientes oncológicos?

Hace muchos años, hace 15 años.

11. ¿Como suelen llegarle las derivaciones de los mismos?

Las derivaciones son en realidad por transferencia de los médicos al trabajo, que ya es reconocido por algunos, y en otros casos, por las mismas transferencias producidas por los pacientes quienes transmiten aquello que se supone que ha dado resultado en los tratamientos, las vivencias que han tenido en los tratamientos tanto a sus médicos como a otras personas afectadas por la misma situación. Por ejemplo en el caso de esta señora que yo comente, que estaba tan complicada con su oncóloga, en el tratamiento pudimos hablar lo importante que era que ella le dijera a su medica, de lo que le estaba pasando, que le hablara de esta sensación que ella tenía de desprotección, que no se enojara tanto, que le diera una oportunidad. A partir de ahí le pudo hablar, y pudo entender que su medica tiene una vida, que lo que su medica hacía era preservar en determinados momentos su teléfono de aquello que podía ser una urgencia, a partir de ahí la conecto con el terapeuta del dolor, pidiéndole que no asistiera a las guardias de la clínica porque iba a ser atendida por cualquiera, cosa que no era conveniente. Este tipo de trabajo que puede llegar a ser muy obvio, esta posibilidad de poder pensar con alguien, es decir, lograr una acomodación del paciente a su propia situación, resulta de un valor incalculable.

12. ¿Con que edades de pacientes trabaja?

En realidad, trabajo con pacientes adultos.

13. ¿En que ámbitos se desarrolla en este área?

Como comente anteriormente, mi trabajo es desarrollado actualmente en el ámbito clínico, por transferencia de los médicos o algún paciente anterior que pueda haber contado a otros sus vivencias.

14. ¿Su trabajo lo realiza en conjunto con otros psicólogos? Y con otros profesionales?

15. ¿Existe algún vínculo con el oncólogo? ¿Cómo es el vínculo y la comunicación mantenida con el mismo?

Como ya les comente antes, mientras trabaje, como les dije en el HPC, trabaje con otros psicólogos, médicos, enfermeros, con un equipo. Y actualmente, si bien trabajo en mi consultorio, el contacto con los demás profesionales, como los oncólogos fundamentalmente, es permanente, ya que sin el trabajo en equipo, sin comunicación, esto no obtendría los resultados que se buscan.

16. ¿Crear necesaria establecer un contacto con el oncólogo para conocer la evolución y fase de la enfermedad por la que esta atravesando el paciente?

El cáncer, como ya he dicho, presenta en realidad, diversas fases donde la intervención varía y por supuesto que el seguimiento de cada una de ellas es esencial para el trabajo tanto con el paciente como con la familia y el equipo. La comunicación con el equipo es permanente.

17. Para finaliza, ¿qué cree que haría falta en el campo de la Psicooncología para que pueda tener mayor desarrollo en nuestro país?

Lo que hay que generar en realidad son equipos de trabajo en los lugares públicos. Yo esto lo pondría como primera medida, porque por ejemplo ustedes van al H.I.G.A, y hubo tiempos en donde ni siquiera había oncólogos, y en realidad tiene que haber oncólogos, enfermeros preparados en oncología, y tener que haber un grupo de psicólogos que estén preparados para trabajar lo puntual y específico de cada caso en particular, por ejemplo yo como psicoanalista estoy preparada para trabajar en situaciones de duelo. En realidad, qué es lo que ocurre cuando alguien tiene el diagnóstico de cáncer yo te diría dos grandes cosas, duelos y angustia, por lo tanto hay que empezar a prepararse para trabajar con situaciones de pérdida sobre todo narcisistas, ahí el narcisismo está atacado, y esto siempre hay que pensarlo como que el cáncer le llega a una estructura de personalidad específica, entonces lo que está en juego es un ataque al narcisismo, ataque a la integridad de la persona, y atenta sobre todo a esta idea que teníamos de vida fantástica hasta antes del cáncer, estas situaciones nos llevan en muchas ocasiones a hacer un balance, y esta es la angustia que se produce cuando se analizan las formas en las que hemos vivido. O sea que así es planteado como una oportunidad. Hay que estar muy entrenado, es decir, que no cualquiera puede, por eso yo siempre digo que hay que tener cuidado con uno mismo, yo me he dado cuenta que a mí me gusta trabajar un poco con esta especialidad y un poco con otras cosas, para que todo no sea de alta tensión. El cuidado de alguien es tan importante para el paciente como para el que se dedica a todo esto.

Nombre y Apellido: Lic. Mercedes Salvadori.

Lugar de realización de la carrera: Universidad del Salvador.

1. ¿Cómo se inició en la práctica de la intervención psicológica con pacientes oncológicos?

En realidad yo empecé estudiando, no empecé trabajando, o sea surgió porque la Doctora Amigo, me dijo que en realidad hacia mucha falta, que ella tenia muchas pacientes con cáncer de mama, o con cáncer de útero, que ella notaba que eran pacientes que realmente necesitaban atención psicológica específica, o sea, no de cualquier tipo de psicólogo, y que estaría bueno que me especializara en el tema. Ella fue la que me dio la idea, yo me contacte con el hospital Maria Curie de Buenos Aires que había unos cursos por internet, y empecé a estudiar, y ella me empezó a derivar los pacientes que ella tenia, y después a raíz de eso, yo me contacte con el hospital de Trenque Lauquen que era el que tenia servicio de oncología, y empecé a trabajar ahí a donhorem.

2. ¿Por qué la considera necesaria?

En realidad en los pacientes oncológicos el diagnostico produce un caos terrible a nivel personal y a nivel familiar. Es un shock tan grande que es difícil manejarlo solo, o sea a través del diagnostico uno pasa por muchas etapas, la etapa de no creer el diagnóstico, la etapa de la bronca, la etapa de

la desesperación, de la impotencia, otra vez de no creer el diagnóstico, entonces empiezan como a picotear, a ver si el médico se equivocó, entonces eso es el shock inicial, a partir de eso, como el tema de cáncer está asociado a muerte, la palabra cáncer la gente inmediatamente la asocia con la muerte, de ahí se derivan un montón de cosas, tanto en el paciente como en la familia, por eso es necesaria la intervención psicológica, pero yo creo que no es una intervención que se pueda hacer, como psicólogo solo, yo creo que esta la necesidad de equipo interdisciplinario. Yo he tenido la oportunidad de trabajar en el Hospital de Pellegrini en forma sola o con la médica de cabecera, médica clínica ginecóloga, y tengo la oportunidad de trabajar en Trenque Lauquen, en la fundación donde yo trabajo, donde hay tres médicos clínicos, una enfermera, una trabajadora social, y yo como psicóloga, y un voluntario que es un médico retirado. La diferencia de atención es abismal. En la fundación no hay médicos oncólogos, si tenemos relación de hablarnos por teléfono, de mandarnos informes y demás, pero ahí hay médicos clínicos nada más. Pero igualmente la diferencia es abismal, o sea uno puede trabajar con el paciente como un todo, y aparte uno se siente también contenido porque muchos de los síntomas que el paciente tiene, tienen que ver con su estado físico, entonces si vos no conoces como es su estado físico, por que etapa están atravesando y demás, uno no puede en este área donde yo estoy trabajando, uno no puede psicoanalizar todo, porque el paciente que está sufriendo, que se está muriendo en muchas ocasiones te pega un palo en la cabeza, y con justa razón, o sea hay cosas que van más allá de la infancia, o sea uno puede ver

determinadas características, determinadas cosas en el paciente que vienen de su infancia, o que vienen de su infancia, pero acá hay una realidad concreta que es el paciente que está enfermo, y que es un tratamiento durísimo, y que son tratamientos totalmente agresivos e invasivos es también una realidad, entonces vos tenés que trabajar sobre eso, entonces no podés ponerte a psicologizar todo.

3. ¿Cuáles cree que son los objetivos de la intervención psicológica en los pacientes con cáncer?

A grandes rasgos es objetivo principal es la calidad de vida, de ahí en más, de acuerdo a la etapa por la que está atravesando el paciente vas a tener diferentes tipos de intervenciones y diferentes tipos de objetivos. Por ejemplo, cuando el paciente recibe el diagnóstico, como objetivo principal tenés el tema de la asunción del diagnóstico, o sea, asumir el diagnóstico, elaborarlo, eso es lo principal, ayudar al paciente a pasar por todas estas etapas, después viene la etapa de los tratamientos, ahí trabajas con un montón de cosas, como son tratamientos totalmente invasivos, por ejemplo trabajas preparándolos psicológicamente para hacerse la quimio, los pacientes en general tienen mucho miedo, y desconocimiento hacia los tratamientos, todo este desconocimiento y este miedo les produce una sensación de angustia y de inseguridad, de impotencia y demás que hace que el paciente en muchas ocasiones vaya, si no está bajo atención psicológica va terriblemente mal preparado, con todas las consecuencias que ello conlleva, hay veces que hasta tienen síntomas pre quimio, o sea,

todo lo que son síntomas como vómitos, diarrea, descomposturas grandes y demás, sudoración, los tienen antes de empezar la quimio porque es como una situación alarma del organismo, eso pasa cuando el paciente no está preparado, eso es lo que hay que tratar de evitar, conectarlo al paciente con el tratamiento, asumir el tratamiento y aceptarlo de la mejor manera posible, eso mientras el paciente está en tratamiento, después vienen los controles. Por ejemplo el paciente está bárbaro durante dos meses, el tercer mes, que es el mes de los controles, el paciente cae en un estado de angustia, de ansiedad, de miedo y de todo, que ahí ya tenés otra etapa, acá hay que apoyar al paciente para la espera, que esa espera puede significar que salga todo bien, o también puede significar que sea una recidiva de la enfermedad, entonces también hay que ayudarlo en este resultado. Y después, esta la etapa en la que el paciente, si ya no hay nada que hacer, se entra en un tratamiento paliativo. En esta etapa se trata de ayudar al paciente a aceptar que ya no hay nada para hacer, nunca se les dice así, o sea, no tenemos el modelo yankee de decir te quedan dos meses de vida, te vas a morir, en Argentina eso no se usa, tampoco se usa decir usted está curado, está bárbaro, pero si trabajar con el paciente, la mayoría de los pacientes tienen la idea de que mientras está el tratamiento, ya sea con quimio o con rayos, hay alguna posibilidad de vida, al paciente cuando se le dice que no hay más quimio para hacer o no hay más rayos para hacer, el paciente entra en un pozo depresivo porque en realidad se ve la muerte ahí nomás, no siempre esto pasa, no siempre un tratamiento paliativo significa la muerte del paciente ya, pero si es cierto que es necesario trabajar otras cuestiones a

nivel familiar, y a nivel personal, incluyendo el tema de la muerte. Yo soy de la idea que el tema de la muerte no se trata nada mas cuando el paciente esta en un tratamiento paliativo, como, yate digo, cáncer significa muerte, el tema de la muerte se introduce en todo momento, no porque se introduzca con la palabra muerte, yo creo que habar de muerte es hablar de vida también, el tema de poder mejorar a calidad de vida, de poder estar en paz con los demás, de hacer cosas que les gusta, que les satisface, que los hace sentir bien, el tema de manejar lo mejor que puedan sus tratamientos, el tema de tener una actitud activa con respecto a sus tratamientos, dentro de lo posible por supuesto y considerando las características personales de cada paciente, pero bueno, o sea, en todo lo que es el tratamiento, uno puede ir introduciendo el tema de la muerte, porque en realidad el tema de la muerte en nosotros es algo totalmente cultural, para los occidentales, es un tema de un fin, es un tema que nos corta, que nos viene a joder la vida, y con la cual tenemos una relación terrible, porque es de miedo, de angustia, entonces yo esto trato de tratarlo durante todo el tratamiento, no llegar al ultimo momento y sentarlo y preguntarle que opina de la muerte, tampoco se introduce así el tema, se puede hablar de la muerte, sin hablar de la muerte específicamente. Entonces bueno, siempre el objetivo principal es a calidad de vida, se va trabajando con diferentes sub objetivos de acuerdo al momento del tratamiento en el que este.

4. ¿Adhiere a algún marco teórico en particular? ¿Cuál?

En general mi formación ha sido muy abierta, tomo, de todo tomo lo que me conviene, trato de estudiar y leer todo, o sea, siempre ha sido una visión muy amplia, por ejemplo yo cuando empecé a trabajar con el tema de los tratamientos paliativos y demás, he leído mucho sobre religiones, diferentes tipos de religión, o sea he leído, desde católicos, hasta budistas, leo sobre religión lo que encuentro, como para tener una visión mas amplia del tema, siempre por supuesto considerando que somos un ser biopsicosociocultural, o sea en un conjunto. Cursos realice todos los que se dieron en el Maria Curie, empecé un curso de cuidados paliativos en el UBA por internet, que es un posgrado, y bueno ahora estoy haciéndolo.

6. ¿Sobre personas con que tipos de cáncer realizas tus intervenciones?

Con cualquier tipo de cáncer, inclusive nos ha pasado con leucemias que también es un cáncer, te digo porque el oncólogo de Trenque Lauquen, hay algunas leucemias que no las trata, las trata la medica hematóloga. Con todo tipo de cáncer, por supuesto que uno después va viendo, haciendo sus propias estadísticas, mas o menos ver que tipos de canceres se dan mas, pero se tratan todo tipo de cáncer, inclusive nos ha pasado que nos han pedido intervenciones por ejemplo en casos de sida que nosotros en general no los tratamos porque si no se nos diversifica mucho el tema y no lo podemos abarcar.

9. ¿Cuánto tiempo hace que esta trabajando con pacientes oncológicos?

Desde el 2003 hace que estoy trabajando con pacientes oncológicos, hace 5 años.

10. ¿Cómo suelen llegarle las derivaciones de los mismos?

Las derivaciones me llegan, a través de los médicos clínicos, acá en Pellegrini, y en la Fundación, depende, varios por médicos clínicos, otras por familiares.

11. ¿Con que edades de pacientes trabaja?

Edades de los pacientes en general, he trabajado con adultos, me ha pasado de trabajar con chicos, pero en muy raras ocasiones, porque los tratamientos con chicos con cáncer se atienden mas en Buenos Aires, y nosotros trabajamos en Trenque Lauquen, y en la mayoría de las veces se ha trabajado mas con la familia que con los chicos en si.

12. ¿En que ámbitos se desarrolla en este área?

En Pellegrini en el hospital, y en Trenque Lauquen en la Fundación.

Otros psicólogos que se dediquen al tema no conozco, en Trenque Lauquen creo que hay una psicóloga, pero con la que no tengo mucho contacto, profesionales con los que trabajo son médicos, enfermeros, asistente social.

13. ¿Existe algún vínculo con el oncólogo? ¿Cómo es el vínculo y la comunicación mantenida con el mismo?

El vínculo con el oncólogo, con el específico de Trenque Lauquen es bastante corto, pero nos deriva gente, y demás, en realidad la ideal sería que el vínculo fuera mucho más fluido, lo que pasa que específicamente el oncólogo que nosotros tenemos en Trenque Lauquen, es muy cerrado a todo lo que es psicología, o sea, va le hace la quimio y listo, o sea el oncólogo también tendría que tener una visión más abierta de lo que es el trabajo en conjunto. Es muy necesario trabajar con el oncólogo, y que el oncólogo te diga en que fase está, que tratamiento está haciendo, que inclusive, que efecto psicológico o a nivel físico producen determinadas drogas es necesario, trabajas mucho más informada.

14. Para finalizar. ¿Qué cree que haría falta en el campo de la Psicooncología para que pueda tener mayor desarrollo en nuestro país?

A nivel social debería haber más información y deberíamos abrirnos a lo que es el cáncer, que es un tabú, en este momento como el cáncer significa muerte en nuestra sociedad, el tener cáncer es tabú, mucha gente siente hasta vergüenza de tener cáncer, les da vergüenza el estar pelados porque ya saben que la gente se va a dar cuenta que tienen cáncer, como si fuera una peste, que en realidad no es así. Hay gente que hasta piensa que el cáncer es contagioso el cáncer, si hubiera más información, si hubiera más apertura con respecto al tema, socialmente consultaría más. Yo creo que habiendo lugares donde por ejemplo, en Trenque Lauquen que hay una Fundación que trata los pacientes oncológicos en forma totalmente gratuita, hay gente que en seguida consulta. Otra de las cosas que trabajamos

nosotros es el proceso de duelo con la familia, o sea no es que el paciente se muere y nosotros desde la Fundación no los vemos mas, se los acompaña en el proceso de duelo.

Y a nivel medico asistencial, también apertura por parte de los médicos, es muy raro, o sea, recién ahora a nivel país, se esta tomando los equipos oncológicos, se consideran que tienen que ser un equipo interdisciplinario, en general esta el oncólogo, el enfermero y punto, o sea, ni se considera un psicólogo, ni se considera un trabajador social, o sea los pacientes andan a la deriva por todo el hospital, no entienden nada con respecto al tratamiento, no entienden nada con respecto a las drogas, cuando se piden las drogas desde los hospitales son muchos los tramites que hay que hacer, hay pacientes que van y vienen con papeles, o sea, el cáncer en eso, al haber pocos equipos que los contengan, el paciente con cáncer realmente tiene que abocar su vida a la enfermedad, cosa que psicológicamente lo destruye, horas interminables sentados en el hospital, que alta un papelito para pedir la droga, vuelven al otro día, que no que no vino, vuelven al otros, no pueden empezar el tratamiento porque no vino la droga. Eso psicológicamente los destruye, y es algo que no esta considerado y no se paga. La mayoría de las veces tienen que abocar su vida al tratamiento, o sea, si no hacen el tratamiento no viven y si viven tienen que pasar la mayor parte de su vida metidos en el Hospital, peleando por estas cosas.



Nombre y Apellido: Lic. Tatiana Zapata Torres

Año de egreso: 1997

Lugar de realización de la carrera: Universidad Nacional de Mar del Plata.

1. ¿Cómo se inició en la práctica de la intervención psicológica con pacientes oncológicos?

Bueno la verdad que esto fue, seguido de una experiencia personal. En el año 1996 mi mamá sufre de cáncer, entonces yo tengo que viajar al lugar donde estaba ella viviendo, la ayude con todo su proceso, en realidad este fue el primer contacto que tuve, la atención hospitalaria de alguna manera, como es tratado el paciente oncológico desde el área médica, y me di cuenta de las grandes falencias en el área psicológica. De las intervenciones, de cómo se le dice al paciente, no solo el diagnóstico sino también los resultados de los análisis, los resultados de las intervenciones cuando no es lo que el paciente espera o no es lo que la familia espera. Bueno, si bien, para mí fue muy duro en ese momento, pero bueno, fue lo que empecé a ir viendo, en realidad, esto yo lo vi en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, porque mi mamá estaba viviendo allá, en Santiago. Ahí, tuve bastantes altercados inclusive, con los mismos médicos tratantes en ese momento que son, ese Hospital en realidad es un Hospital escuela, es un muy buen Hospital, pero bueno, estas falencias de no tomar en consideración la singularidad de la persona ante como se maneja la información. Bueno una vez pasado todo eso, yo me recibí al año posterior, y empiezo a trabajar en otras áreas, y siempre me quedo ahí esa idea de poder

trabajar en el área de atención oncológica. No había mucho campo acá, en realidad yo estaba recién recibida, o sea que tampoco podía experimentar mucho, y en el año 2000 tomo contacto, de una forma casual en realidad, con un artículo en el diario del grupo Paanet, veo un artículo donde le hacían una entrevista a Silvina Oudshornn, y veo que hay un grupo de extensión universitaria, que trabajaban con este tema, con niños, con familias, entonces digo bueno voy a llamar. Tengo una entrevista con ella, inmediatamente tuvimos una buena conexión no solo de lineamientos teóricos, sino también personal, y bueno empecé a trabajar ahí desde ese momento, en todas las actividades que iba llevando el Paanet. En función de eso, empecé a trabajar diariamente ahí, en la formación de voluntarios, en acompañamiento terapéutico. Aprendiendo muchísimo de todos los tipos de cáncer, fue una etapa de mucho aprendizaje para mí en ese momento, y también de devolución y de formación para los voluntarios, que eran todos chicos universitarios de distintas carreras, que se animaban un poco a hacer este acompañamiento a los chicos.

Ahí empezamos a abordar también de una manera diferente que en ese momento no se hacía, el trabajo con las familias, porque en ese momento estaba basada la impronta mucho sobre niños, sobre la recreación de los niños, sobre el acompañamiento en el hospital, sobre el cuidarlo mientras la mamá tenía que irse a hacer alguna que otra cosa, o cuidar a los otros chicos, bueno estar pendientes de eso. Se hacía, y de hecho se sigue haciendo cada 15 días, una tarde de recreación que se llama "El club del sábado", ese era un punto de encuentro en ese momento, y lo sigue siendo

porque cada 15 días los chicos toman contacto con el club. La idea de ese lugar y de ese espacio justamente es, que los chicos puedan ir a divertirse, jugar, tomar la leche, ver una película, bueno que sea una tarde recreativa de diferente forma, dependiendo de cómo este el día, el tiempo y demás, además ellos puede invitar a otros amiguitos hermanos, que puedan integrarse, que puedan pasar un momento en el que se olviden un poco de lo que están pasando. Bueno en ese momento se nos ocurre empezar a trabajar, cuando los voluntarios están a cargo de los chicos, y cuando los profesionales estábamos ahí, trabajar con el grupo familiar. Nos quedábamos ahí tomando mate, conversando, tomando nota de algunas cosas que necesitaban y demás, para ver como podíamos nosotros, de alguna manera, conseguirlas, y nosotros empezamos a darnos cuenta también de las necesidades trabajando en este proceso de la enfermedad del niño. Es un proceso de duelo, por la pérdida de la salud, con todo lo que ello implica, lo que implica con relación a los hermanos, empezamos a darnos cuenta, de las necesidades de los grupos familiares, así que en conjunto en ese momento, habrá sido a principios del 2003, empezamos a armar el grupo de padres, mientras los chicos estaban jugando, ellos tenían un espacio, por lo menos para ellos de contención y de poder ir trabajando estas cosas, expectativas de vida, de muerte, esto se juega todo el tiempo. Así que bueno, trabajamos en eso también, hicimos también mucho acompañamiento a profesionales que trabajan en el área, en el Hospital Privado, hicimos cursos, charlas. La idea fue trabajar de forma integral, y desde el lugar que nos solicitaran, como grupo de extensión universitaria, de

alguna manera uno tenía que estar en el lugar donde se lo requería. Como experiencia, este fue mi acercamiento, y mi formación en forma consecutiva durante 5 años, después yo hice un post grado en la Universidad Favaloro de Psicooncología, ahí recibí el título, y me empecé a dedicar en el área privada de atención al consultorio, con pacientes ya adultos, no niños. En su momento, igual de todas maneras, yo no trabajé directamente con los niños. Es muy difícil el abordaje, ya que es un abordaje más tangencial con los chicos, por el proceso que pasan, en realidad, es muy difícil tratar de llegar a fondo con este tipo de cosas, ellos van trabajando el tipo de información, lo que les va pasando, y la verdad que lo toman con tanta naturalidad que en realidad el trabajo hay que hacerlo con los adultos, en ellos en realidad, tratar de propiciar, que su vida transcurra lo más normal posible, que puedan ir a la escuela, que puedan jugar, y tratar que las prácticas (esto es lo que trabajamos muchísimo también), sean lo más indoloras posibles, dentro de lo que se puede. Esta idea que yo tuve originariamente, en función de una situación personal, lo pudimos trabajar, con el tema este de poder hablar con los médicos, del abordaje del tratamiento, ante las prácticas poder trabajar con el juego mientras le están practicando una punción o algo, no digamos, esta cosa salvaje de intervenirlo y de abordarlo con el miedo, y solos, permitir que estén los padres, permitir que estén las personas que ellos quieran. Es un trabajo de concientización muy engorroso y lento, y la verdad que el grupo lo ha hecho muy bien. Esta fue mi forma de acercarme, y de ahí en más después del post grado que hice yo, después me dediqué a la clínica

con pacientes oncológicos, entre otros, pacientes que también vienen a consulta, pero que no son oncológicos.

2. ¿Por qué la considera necesaria?

Si tomamos en cuenta la envergadura, y la cantidad de personas que están siendo afectadas por el cáncer, en proporción es un gran número de gente que esta propensa o que lo va a adquirir, esto no quiere decir que vaya a morir, pero que lo va a tener. Yo creo que sobre todo el tema de la Psicooncología, la idea, o por lo menos desde mi forma de verlo es trabajar desde la prevención, desde la forma de pensar de cada persona, desde el estilo de vida que lleva, desde como encara la realidad, de cómo elabora sus duelos. Hay muchas cosas que yo puedo ver a lo largo de haber atendido a bastantes pacientes, que hay cuestiones características de personalidad, de estructura psíquica que comparten estos tipos de pacientes. Mi trabajo es básicamente, justamente con este tema de quedar apegados a situaciones, de no soltar situaciones, de no poder hacer un desapego necesario para el crecimiento y para el cambio constante, son personas que le cuestan elaborar mucho los duelos, las pérdidas de distintas cosas. Yo creo que en realidad el área de la Psicooncología, como en todo, digo oncología porque se toma el área del cáncer, pero por lo menos yo soy una convencida de que la psicología tiene que estar de la mano de la medicina todo el tiempo, en todas las áreas, en lo cardiovascular, en lo ginecológico, el en curso de ginecopsiquiatría, todo lo que es el acompañamiento de la mujer, su evolución ginecológica. Yo creo que la psicología tiene que estar de la mano

de la medicina todo el tiempo, en todas las áreas, Psicooncología sería un área más, pero lo que la vuelve tan importante es por la prevalencia, porque en realidad cada vez necesitamos abordarlo desde el momento mismo del diagnóstico, si es precoz mucho mejor, pero abordarla desde ese mismo momento, abordar el impacto, el trauma que esto causa, para que no genere otros trastornos con él asociados. Ya con el diagnóstico aparecen trastornos asociados a esta enfermedad o a la noticia de padecerla, como por ejemplo trastornos de ansiedad, o trastornos del estado de ánimo, trastornos de control de los impulsos, es decir que hay un montón de cosas que empiezan a aparecer y que son de gran prevalencia también en toda la población. Entonces es importantísimo que esto pueda estar de la mano inmediatamente cuando a alguien se le diagnostica esto para que pueda empezar a trabajar desde lo psicológico para abordarlo. Estamos jugando en realidad entre la vida y la muerte, entre la calidad de vida y la calidad de muerte, e inclusive además, con este tema de los cuidados paliativos, cuando ya no queda otra alternativa, la idea por lo menos desde mi lugar de trabajo es poder trabajar también la idea de muerte, e inclusive te diría yo con un tinte que va más allá de lo psicológico, cuando ya no queda más nada en ese momento, hay otra espera, que la compartimos todos los seres humanos y que tiene que ver más con el área de lo espiritual y con trabajar justamente con lo que se quiere dejar en los últimos momentos de vida, los últimos días, lo que tenga. Hay una charla que yo di en un momento en Paanet, donde hablaba de muertes eróticas y muertes tánáticas, un poco es esto, tratar de que realmente el paciente pueda transformar su muerte en

un hecho de aprendizaje, no solo para el sino para su entorno familiar, que pueda despedirse de alguna manera, dejando recuerdos y no dejando cosas pesadas. Esto también es todo otro trabajo, el poder trabajar la concepción de la muerte, poder trabajarlo en ese sentido, el de la vida y el de la muerte, en el sentido del tiempo, el sentido de la vida por mas corta que sea, por ejemplo al trabajar con niños, al estar trabajando con ellos y con la familia, y hay niños que tienen 5 años, que su vida fueron 5 años, o 3 o 2, y por lo menos desde este lugar, desde la oncología pediátrica, nosotros aprendimos muchísimo de este tipo de pacientes, no hay uno que no haya tenido una muerte erótica, en los adultos encontramos mas muertes tanáticas que eróticas, muertes cerradas, muertes enclaustradas, muertes solitarias, aisladas, con mucha desesperanza, esto que después queda, en el núcleo familiar, en los hijos, y esto va generando también huellas. Esto no ocurre con los niños, ellos siempre dejan mensajes, sellos, son los que ayudan a los padres a prepararse para el momento de la despedida, saben lo que tienen que decir, pareciera que supieran a donde van, y un poco el aprendizaje nuestro es, por lo menos el mío al haber tenido contacto con ellos es, el haberlos conocidos y el haberlos escuchado, había frases, había cosas que sacaban de un momento para otro y yo me preguntaba de dónde lo sacaron. Yo son esas frases, eso comentarios, esos recuerdos que hacen que la familia pueda superar una situación tan dolorosa como la de perder un hijo. Así que bueno como necesaria me parece muy necesaria, pero como una rama mas de la mano de la medicina y la psicología.

¿Cuáles creen que son los objetivos de la intervención psicológica en pacientes con cáncer?

Eso varia, varia en realidad del diagnostico que tengamos, varia en función del estadio en el que este la evolución de la enfermedad. Los objetivos si tenemos un diagnostico precoz, donde están todas las condiciones para que esta persona pueda tener una idea de sobrevida, que no tenga predisposición a la muerte, con esos pacientes los objetivos son trabajar en alinear de laguna manera su psiquismo, sus motivaciones, sus actitudes hacia el trabajo con la vida, hacia tomar esta situación como una situación problemática mas en la vida y enfrentarla con todo lo que ello necesita, pero con la mejor de las visiones positivas, eso es cuando tenemos una expectativa de curación si se podría decir.

Distinto es cuando somos llamados, o cuando nos convocan con un paciente en estado terminal, si bien siempre de alguna manera la línea directriz es la misma, es decir, apuntar hacia la vida, en uno es para ganarle y en otro es de alguna manera para soltar, y no quedarse justamente apegado a lo que ya no se tiene mas , los objetivos son que pueda hacer una revisión de su vida, que pueda rescatar lo importante, lo significativo que tiene su vida, que pueda dejar cosas en cada uno de sus familiares que para el son importantes,. Trabajar también lo que es la muerte, yo con pacientes que he tenido en este estado, trabajaba con muchos textos referidos a lo que es la muerte, a lo que se supone que es, trabajándolo mucho desde el lado espiritual, desde lo que la gente cree que es lo que le va a pasar, trabajando la confianza, trabajando la tranquilidad de este paso. Los objetivos son

diferentes con los chicos también, no hay un objetivo solo en realidad, va a depender del estado, va a depender también de la persona, también a veces uno tiene todas las intenciones de poder trabajar para que un paciente tome el rumbo de una muerte erótica, y o no tenés tiempo o es imposible, porque hay veces que son pacientes muy resistentes y es imposible trabajar con ellos, o nos es imposible en realidad. Por eso, de todas maneras, esto va acompañado también con ir de la mano con otros profesionales que van acompañando este proceso, con los médicos del dolor por ejemplo, que están situados en este punto, y nuestra tarea como psicooncólogos es también revisar como va tolerando al dolor, trabajar en otra área con el tema del dolor también, desde otras técnicas también nuestras para poder bajar esta sensación, para poder trabajar la ansiedad, es decir hay muchas cosas, los objetivos son variados y dependen de cada caso.

4. ¿A qué marco teórico adhieren? En función de este. ¿podría comentarnos su modalidad de intervención?

Básicamente yo, soy cognitivo conductual, tengo formación en el área sistémica también, en gestalt, y ahora, en realidad el año pasado fui a hacer otra especialización en una técnica nueva, que en realidad es muy poco conocida. En Mar del Plata somos 3 personas que la conocemos, que la ejercitamos en realidad, porque conocer la conoce mucha gente, que se llama EMDR, se basa en la estimulación bilateral, estimulamos el hemisferio izquierdo y derecho para el tratamiento del abordaje de situaciones traumáticas básicamente. Me ha dado muchísimos resultados, el año

pasado tuve un paciente, estuve trabajando con esta técnica, y en realidad lo que tiene esta técnica, son de las que se denominan terapias de avanzada. Esta técnica se descubrió allá por el año 87, no tiene mucho tiempo, en EE. UU, en el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto en California, Shapiro es quien la descubre, y se llama EMDR porque es la sigla que significa movimiento ocular desensibilización y reprocesamiento, y consiste básicamente en que el movimiento ocular de izquierda a derecha, ese movimiento que se hace inclusive en el sueño rem, hay un movimiento involuntario que ocurre justamente cuando se produce el sueño, el trabajo onírico. Shapiro se da cuenta que al hacer este movimiento la ansiedad en sus pacientes bajaba. Lo descubre con los veteranos de guerra, que cuando le contaba una situación traumática, ella veía que los ojos tenían un movimiento particular cada vez que la ansiedad aumentaba, entonces comenzó a trabajar en esto, hace trabajos también respecto del sueño, por eso es que lo vincula al sueño rem, y empieza a darse cuenta que este movimiento activa el funcionamiento del pensamiento bilateral o lo que se denomina ahora el pensamiento lateral. Esto se probó en trabajos de investigación en el tema, los distintos pacientes que pasaron por varias situaciones de trauma, entonces se quedaban con muchos efectos traumáticos. En realidad esto se vincula con la Psicooncología, por ejemplo cuando se da un diagnóstico de este tipo es probable que aparezca un efecto traumático. Y esto se hace justamente activando, tiene un protocolo a seguir, es una técnica muy específica, muy como están acostumbrados los norteamericanos a medir todos los resultados, y es un modelo que ha

integrado varias corrientes teóricas, se utiliza por ejemplo el tono de voz de la hipnosis cuando se lo esta estimulando, tiene muchos recursos de gestalt también, del cognitivo comportamental por supuesto porque es la base, justamente Shapiro es de orientación cognitiva, básicamente trabaja con creencias positivas y creencias negativas para instalar y desinstalar, y las emociones también básicamente. Es una técnica que aborda la globalidad del sujeto. El protocolo esta estructurado de tal manera que uno utiliza un disparador para trabajar, del disparador vamos a una imagen anterior, es decir a que me recuerda, a que me refiere, yo en que otro momento pase por esta situación, que es lo que yo creo acerca de mi, en cuanto a que es lo que me esta pasando, es decir la creencia negativa que tengo en ese momento, la emoción que esto me causa, lo que genera esta situación, el malestar critico y la creencia positiva que se quiere instalar. Esto se gradúa, hay un puntual estado de malestar que tiene el sujeto en ese momento, también se puntúa el grado en que cree en ese momento esa persona, la creencia positiva, que es muy poca en realidad, y cuando se empieza a hacer esta estimulación se parte desde la imagen mas antigua, y lo que hace esta técnica es que el pensamiento va trabajando absolutamente solo, nosotros lo que hacemos es justamente ver la estimulación ya sea en los ojos, ya sea en el knock handing, que son golpeteos en las manos, o en los oídos, todo lo que tenemos de dos de los sentidos, estimula la lateralidad. También esto esta probado con estudios que ven el funcionamiento cerebral, de cómo evoluciona un paciente, básicamente en los trastornos de ansiedad, y los resultados son muy rápidos.

La persona va haciendo la asociación, en este sentido toma del Psicoanálisis, porque la persona va haciendo absolutamente solo, y es increíble como va haciendo el encadenamiento de las situaciones traumáticas que se las vinculan unas con otras. Entonces lo que busca esta técnica, es que justamente cuando nosotros vamos para atrás, en esta cadena de situaciones traumáticas vamos focalizando situaciones traumáticas, y no solo se va desensibilizando la situación traumática, es decir que pierda la emoción negativa que acompaña al trauma, sino que se resignifique, que se trabaje desde el área cognitiva que a eso se le de otro significado. Cuando vamos logrado eso en cada nodo, el trauma desaparece y el malestar también. Yo estude mucho de neurofisiología, de neuropsicología, estaba mucho en el área neuropsiquiátrica, de cómo son las cadenas asociativas y de cómo se estructura un trauma, y ahora la técnica que mas utilizo para la parte Psicooncología ese esta, me da buenos resultados.

5. ¿Sobre que tipos de cáncer realizan sus intervenciones?

He atendido a personas con diferentes tipos de cáncer, o por lo menos en el consultorio, mientras tengan la posibilidad de tener un tratamiento ambulatorio con todos. Mientras tenga la posibilidad de poder pensar, de consultar, mientras están con la posibilidad de poder trabajar terapéuticamente, no hay diferenciación en eso.

6. Las intervenciones, ¿varían en relación a las distintas fases por las que atraviesa el paciente en relación a la enfermedad?

Hay momentos en que la terapia se basa más en un acompañamiento, hay que ir viendo también el proceso en el que se va sumergiendo el paciente, como todo proceso de duelo, de pérdida de un estado de salud que se tenía y que se va perdiendo temporalmente. Vamos trabajando en distintas etapas, en la etapa de la negación, la etapa de la bronca, la etapa de la aceptación. Vamos atravesando, y vamos utilizando técnicas, y formas de abordaje que acompañen a ese proceso. Por eso uno a veces tiene que estar más presente, otras veces más directiva, eso varía, también utiliza distintas técnicas. Si bien yo baso mi trabajo en lo cognitivo conductual, siempre estoy abierta a tener otras miradas para abordar, ya que para mí hay pacientes que funcionan mejor con una técnica y otros pacientes con otra, no puedo trabajar con todos desde el psicoanálisis, ni con todos desde la teoría cognitiva, creo que, en realidad uno tiene que tener una caja de herramientas lo más amplia posible para poder ver cual herramienta de las que tengo para utilizar me servirá para determinado tratamiento. Creo que en esto, uno tiene que poder ofrecerles y poder adecuarse al paciente y no el paciente a uno, más allá de que uno tenga una tendencia. Yo creo que es importante avanzar hacia el descubrimiento de otras cosas, así que si de repente tengo que usar una técnica psicodramática, y la puedo usar e implementar la utilizo, si tengo que utilizar alguna técnica gestáltica para liberar alguna emoción, también la utilizo, si tengo que hacer una interpretación, con mi formación básica en psicoanálisis, también lo hago,

me parece que es importante estar atento al momento del discurso del paciente y a su estilo de personalidad, lograr tener el estilo complementario mas adecuado.

7. ¿Cuánto tiempo hace que esta trabajando con pacientes oncológicos?  
Desde el 2001.

8. ¿Cómo suelen llegarle las derivaciones?

Hoy por hoy en realidad por referidos, conocidos, por otros pacientes, hoy ya la cadena en 10 años que trabajo se va haciendo de paciente en paciente, de colegas, también de profesionales de otras áreas, ya que he trabajado con profesionales de otras áreas, con médicos que también me derivan, con psiquiatras, ya que yo trabajo muy de la mano con entidades psiquiátricas, hoy por hoy lamentablemente el tema de la psicofarmacología es importante tenerlo a mano, así que yo siempre digo que no trabajo sola, afortunadamente tengo amigos, conocidos y colegas con los que estoy en comunicación todo el tiempo, cuando lo creo necesario hago una derivación psiquiátrica o una interconsulta psiquiátrica y voy trabajando con una o dos personas que son en las que mas confío, y con los que generalmente trabajo en forma conjunta. Con asistentes sociales, por ejemplo también cuando generalmente se detectan situaciones en donde es necesario ayudar a determinada persona. Es importante poder armarse una red, y disponerla para el paciente, tratar de ver la integridad.

9. En relación a su labor, ¿Existe algún vínculo con el oncólogo? ¿Cómo es el vínculo y la comunicación mantenida con el mismo?

Si, yo he trabajado siempre en vinculación con el oncólogo, cada vez que tengo un paciente, tomo contacto con el medico, tenemos una entrevista, me encargo de saber, obviamente todo esto con la previa autorización del paciente, en un primer momento yo se lo comunico, que esa es mi forma de trabajar, para de esta manera conocer el estado en el que se encuentra la persona. Que perspectivas tenemos, cuales van a ser las intervenciones con las que van a trabajar, para mi es una información completamente necesaria, para saber como intervenir. También conocer que es lo que sabe y que es lo que no sabe el paciente, que es lo que sabe y lo que no sabe la familia, el tiempo, el grado de dificultad que pueden tener las distintas intervenciones, cuales pueden llegar a ser las consecuencias que puede traer, por ejemplo la quimioterapia, según que drogas se utilicen, en la primera entrevista generalmente se tratan de recabar estos datos, esto con el oncólogo. He trabajado también con médicos del dolor, con ellos es mas cercano, porque ellos ven al paciente mas seguido, entonces se involucran un poco mas en toda la historia familiar del paciente, ellos me van refiriendo también, el tema del dolor que es una cuestión que a veces se exagera por una cuestión físico o por una cuestión psicológica, entonces vamos trabajando un poco esos limites. Con los enfermeros también, porque muchas veces me brindan información que yo no se.

10. ¿Cómo es el vínculo con el oncólogo?

Yo trato de que sea bueno, he tenido mejores, he tenido peores, pero siempre he logrado una comunicación y de alguna manera siempre he logrado que me atiendan, y el respeto de merecer una hora o media hora de entrevista con ellos. Los oncólogos, son de alguna manera más resistentes que los médicos del dolor. Con los que he trabajado yo, ha sido un trabajo muy de equipo, y con los enfermeros ni hablar que también. Con los oncólogos cuesta un poco más, pero, yo creo que lo importante es poder generar una alianza también con ellos, y eso si uno sabe trabajar en ese aspecto comunicacional con el otro. /

11. Para finalizar: ¿qué cree que haría falta en el campo de la psicooncología para que pueda tener mayor desarrollo en nuestro país?

Primero que aparezca en una currícula en la Facultad, tal vez no te digo como una materia específica no, pero por lo menos tener la posibilidad de hacer seminarios, pero por lo menos que se toque el área, esto sería necesario para que el alumno salga con la idea de que es un área más, que requiere de mucha preparación, porque en realidad para poder trabajar con esto uno tiene que acercarse mucho al área médica. Yo creo que es interesante para que uno tenga una idea general de lo que significa, como un área más donde se puede llegar a desempeñar. Tampoco es fácil el acercamiento a este área de trabajo, uno se topa muy seguido con la muerte, por eso yo creo que también de todas maneras se requiere de cierta soltura profesional para este trabajo pero, de todas maneras creo que sería interesante que se pudiera ver en la Facultad.

# CAPITULO V

## Conclusiones

### Conclusiones:

De acuerdo con la información obtenida a partir de las entrevistas administradas a los siguientes profesionales: Lic. Llull Darío (integrativo cognitivo social), Lic. Novelli, Susana (psicoanalista), Lic. Salvadori, Mercedes (psicoanalista), y Lic. Zapata Torres, Tatiana (cognitivo conductual), hemos encontrado los siguientes puntos en común, los cuales serán detallados a continuación:

• *Principales objetivos de intervención. Relación psicólogo paciente.*

Ahora que el cáncer, ha dejado de considerarse una enfermedad mortal para convertirse en un trastorno crónico, el reto de los especialistas no es solo salvar o prolongar la vida de los pacientes, sino en la forma cómo este propósito se logra. Este cambio ha dado lugar a que las consideraciones sobre la calidad de vida ofrecida al paciente ocupen el primer lugar de los objetivos terapéuticos. Ningún grupo de factores es tan importante al considerar la calidad de vida como los factores emocionales.

Vivimos un momento de real compromiso con la atención a las necesidades del paciente oncológico, tanto para el que no tiene ya posibilidades de curación y vive el día a día de la progresión de la enfermedad, como para el que está libre de enfermedad. Y en esa lucha se ven involucrados especialistas procedentes de diferentes ramas.

Aunque siguen existiendo controversias sobre el real papel de la psicoterapia en la sobrevida de los pacientes con cáncer, ya no caben dudas sobre el enorme beneficio que les aporta tanto a ellos, como a sus familiares

y a los mismos equipos terapéuticos, el manejo concomitante de los factores emocionales, psicológicos y espirituales que tanta incidencia tienen en la calidad de vida.

La OMS entiende la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas o sus inquietudes. Este concepto está también muy relacionado con la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales.”

Se observó un acuerdo tácito entre los profesionales con respecto a que la intervención psicoterapéutica más usada en Psicooncología supone el apoyo del paciente, ya que en ocasiones no se dispone del tiempo y de las condiciones necesarias requeridas por las terapias de mayor duración, ya que se ha visto que el paciente, principalmente al comienzo de la terapia, pero también en los momentos de crisis y al final, se encuentra en un nivel de regresión y de funcionamiento psíquico bastante precario e infantil, su cuerpo le duele, su vida puede estar en peligro, se le ha llevado a una situación de indefensión y está, por esta razón más interesado en sobrevivir y mejorar su calidad de vida que en resolver sus conflictos intrapsíquicos profundos. Por lo dicho, el objetivo primordial que guiará toda intervención será precisamente *mejorar la calidad de vida* del paciente. Así como también, el hecho de que estos varíaran en función del momento por el cual éste esté atravesando. Básicamente los profesionales concluyen en no

perder nunca de vista las necesidades de cada paciente, y focalizar en ellas sin rigideces teóricas.

Otra parte importante de la intervención, es ganar la voluntad del paciente hacia las conductas para el control o la superación de las limitaciones derivadas de la enfermedad. Uno de los elementos fundamentales es buscar que el paciente se sienta partícipe en su proceso, que sintiéndose parte del equipo terapéutico y de que exista un vínculo afectivo importante entre el y los profesionales. Esto se logra haciéndolo partícipe en las tomas de decisión respecto de su proceso. Esto transmite al paciente la idea de que todos están del mismo lado y van en la misma dirección.

La relación psicólogo paciente constituye un entramado siempre complejo de abordar. La demanda del paciente; que incluye no solo sus habilidades para curar y la técnica implícita, sino todo aquello que tiene que ver con el encuentro humano; y la angustia que bordea cada momento de la relación, lo cual hará extremadamente delicado cada encuentro e intensa, difícil y delicada la labor medica.

• *Equipos interdisciplinarios. Abordaje integral del paciente. Flexibilidad teórica.*

Ninguna especialidad de forma aislada podrá atender todos los requerimientos necesarios para el manejo integral de los pacientes con cáncer. Es necesaria la existencia de equipos formados por especialistas de diferentes ramas de la patología, con vocación común de atender todos los aspectos de la enfermedad, que aborden el problema, incluso mucho antes



de que la enfermedad haga su aparición clínica. Su misión fundamental es la de proporcionar al paciente un servicio eficiente y de alta calidad integrando aspectos puramente asistenciales con otros procedentes de la investigación básica aplicada y clínica.

Por lo tanto las obligaciones y responsabilidades como profesionales de la salud serán dejar de lado la ya lejana dicotomía cuerpo mente y crear un espacio de trabajo común, donde lo psíquico y lo físico tengan cabida y de estrecha cooperación de equipo para atender eficazmente al enfermo oncológico, es por esto que la evaluación del paciente oncológico debe hacerse *como un todo*. El apoyo emocional al paciente es de vital importancia y se procura hacerlo desde un principio, por ser el hombre un ser integrado en la sociedad, fundamentalmente en la familia, donde adquiere conciencia de su "identidad psíquica". De ahí que las variaciones psicosociales del individuo puedan tener una amplia repercusión sobre el organismo.

Esta coordinación potencia el intercambio de información y la formación de equipos multidisciplinarios que con una visión integral de la enfermedad abordarán con mayor garantía todos los aspectos del proceso (muchos de ellos no reconocidos o detectados con facilidad), que al paciente le provocan una serie de trastornos en la esfera física y psíquica que agravan el pronóstico y el mecanismo normal de afrontamiento que cada paciente tiene ante la enfermedad.

Si bien los profesionales adhieren a diferentes teorías como marcos de referencia a la hora de intervenir con sus pacientes; consideran de suma

utilidad la adopción de un abordaje integrativo, o bien optar por la flexibilidad teórica, con el objetivo de enfatizar en el bienestar integral de paciente.

En relación con lo expresado anteriormente, los profesionales han detectado de vital importancia el trabajo a partir de equipos interdisciplinarios, como así también el hecho de mantenerse comunicados en forma permanente con el oncólogo, antes, durante e incluso, en algunos casos, después del tratamiento. Esta forma de funcionamiento permite a todo el equipo conocer el estado general del paciente, las perspectivas, los tratamientos a los que va a ser sometido, los medicamentos suministrados y los cambios por los que atravesará.

- *Cuidados Paliativos*

Cuando ya no hay más alternativas de tratamiento, surgen los cuidados paliativos como formas de ayudar al paciente y su familia a aceptar la muerte, elaborar los duelos, logrando rescatar los aspectos significativos de su vida, trabajando desde las percepciones que las personas tienen acerca de lo que les va a pasar, y cómo los que quedan podrán superar esta etapa. Según los especialistas, apostar por los cuidados paliativos no es desear la muerte del enfermo, tampoco aceleran la muerte ni prolongan la vida. Suponen asistir y acompañar hasta que la muerte ocurre, como un proceso natural, por el propio devenir de la enfermedad, en un marco de alivio y contención. Se propone manejar el proceso de morir con un cambio de mentalidad y de objetivos importantes, partiendo de metas y esperanzas

realistas: que el enfermo viva mas estará supeditado a que viva mejor, lo importante es su bienestar.

• *Necesidades en el campo de la Psicooncología.*

En relación a aquello que consideran carente dentro del campo de la Psicooncología para que logre un mayor desarrollo en nuestro país, los profesionales concluyen en la necesidad de mayor número de equipos interdisciplinarios, de información tanto en las Universidades como en la comunidad y en las formas de percibir y entender al cáncer, así como también deberían ampliarse las investigaciones con el objetivo de conocer la eficacia de las distintas psicoterapias y técnicas implementadas en los pacientes con cáncer que permitan ampliar el campo de la misma.

Se ha observado la correlación directa entre lo desarrollado en forma teórica y la metodología de trabajo de cada uno de los profesionales entrevistados, ya que los mismos adhieren a distintos marcos teóricos y por lo tanto su forma de intervención y asistencia del paciente oncológico va a depender de su orientación teórica.

En los profesionales cognitivo conductuales, si bien la forma de intervención dependerá tanto de la fase de la enfermedad, así como también de la demanda, y el lugar físico donde se deba intervenir, básicamente se basarán en favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por

pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación.

En cuanto a una de las profesionales nos comento, que además de su adhesión a este marco, también utiliza una novedosa técnica, en la que se ha formado, denominada EMDR (movimiento ocular desensibilización y reprocesamiento) se basa en la estimulación bilateral, estimulamos el hemisferio izquierdo y derecho para el tratamiento del abordaje de situaciones traumáticas básicamente. De acuerdo con la terapeuta, "es una técnica que aborda la globalidad del sujeto. El protocolo esta estructurado de tal manera que uno utiliza un disparador para trabajar, del disparador vamos a una imagen anterior, es decir a que me recuerda, a que me refiere, yo en que otro momento pase por esta situación, que es lo que yo creo acerca de mi, en cuanto a que es lo que me esta pasando, es decir la creencia negativa que tengo en ese momento, la emoción que esto me causa, lo que genera esta situación, el malestar critico y la creencia positiva que se quiere instalar. Esto se gradúa, hay un puntual estado de malestar que tiene el sujeto en ese momento, también se puntúa el grado en que cree en ese momento esa persona, la creencia positiva, que es muy poca en realidad, y cuando se empieza a hacer esta estimulación se parte desde la imagen mas antigua, y lo que hace esta técnica es que el pensamiento va trabajando absolutamente solo, nosotros lo que hacemos es justamente ver la estimulación ya sea en los ojos, ya sea en el knock handing, que son golpeteos en las manos, o en los oídos, todo lo que tenemos de dos de los sentidos, estimula la lateralidad. La persona va haciendo la asociación, en

este sentido toma del Psicoanálisis, porque la persona va haciendo absolutamente solo, y es increíble como va haciendo el encadenamiento de las situaciones traumáticas que se las vinculan unas con otras. Entonces lo que busca esta técnica, es que justamente cuando nosotros vamos para atrás, en esta cadena de situaciones traumáticas vamos focalizando situaciones traumáticas, y no solo se va desensibilizando la situación traumática, es decir que pierda la emoción negativa que acompaña al trauma, sino que se resignifique, que se trabaje desde el área cognitiva que a eso se le da otro significado. Cuando vamos logrado eso en cada nodo, el trauma desaparece y el malestar también. Yo estude mucho de neurofisiología, de neuropsicología, estaba mucho en el área neuropsiquiátrica, de cómo son las cadenas asociativas y de cómo se estructura un trauma, y ahora la técnica que más utilizo para la parte Psicooncología ese esta, me da buenos resultados.”

Mientras que para los psicoterapeutas psicodinámicos entrevistados, sus estrategias de intervención en la práctica psicooncológica es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de pacientes con cáncer, como asimismo ofrecer una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente. De este modo el incumplimiento eventual de las recomendaciones de tratamiento para el cáncer pueden ser comprendidas en términos transferenciales y no simplemente como actitudes negativistas en la lucha contra el cáncer.

Dicha psicoterapia debe comprender apoyo, contención y acompañamiento, y debe estar referida al relevante tema de los afectos y opiniones de los

pacientes. Es decir, el psicoterapeuta deberá significar una reelaboración de sus sentimientos y opiniones.

Si bien las psicoterapias psicodinámicas utilizan como marco de referencia las descripciones anteriores; el psicoanálisis no es utilizado en su forma tradicional a la hora de abordar un paciente oncológico.

Sin embargo, nos interesa remarcar aquellas líneas directrices que nos han llamado la atención, ya que se reiteran a lo largo de las diferentes entrevistas, tales como el trabajo en equipo, para de esta forma tomar y tratar al paciente en forma integral, como un ser biopsicosocial, enfatizando en sus prioridades y necesidades mas urgentes favoreciendo el objetivo de alcanzar una mejor calidad de vida.

## Bibliografía

- Allerand, M. (s/f). Centro de Estudios Gestálticos y Técnicas Psicoterapéuticas. Disponible en: [www.a-mabel-allerand.com/](http://www.a-mabel-allerand.com/) 6/12/05.
- Aresca, L. (2004). Cuidados Paliativos: Calidad de vida hasta el final de la vida. Psicooncología: Diferentes Miradas. (Págs. 15 a 26). Editorial: Lugar Editorial.
- Napolitano, A.; Wainer, A. (s/f). Terapia Gestáltica. Disponible en: [www.depsicoterapias.com](http://www.depsicoterapias.com). 11/05/07
- Alberro, N. (s/f) Cuerpo y Psicopatología. Disponible en: [www.ehu.es/francoiradi/DOCENCIA/APUNTES/ARCHIVOS\\_PDF/Norma\\_Alberro%20Cuerpo\\_y\\_Psicopatologia.pdf](http://www.ehu.es/francoiradi/DOCENCIA/APUNTES/ARCHIVOS_PDF/Norma_Alberro%20Cuerpo_y_Psicopatologia.pdf) -
- Almanza - Muñoz, J.; Norman Stranker, M.; Holland, J. (s/f) Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer. Disponible en: <http://www.apm.org.mx/dreamweaver/publicaciones/1993/34/psicoterapia.html> 14/05/06
- Apolonio Contreras, V.; Bastida Callejas, E.; Gómez Ortega, G.; Gutiérrez Flores, A.; Iglesias Hermenegildo, A. (2006) El Proceso de duelo en pacientes con cáncer. Disponible en: [www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer\\_3.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html) 26/06/06

- Arbizu, J. (s/f) Factores Psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple16a.html>, 6/12/05
- Asociación Americana de Psicología. (s/f). Hipnosis Clínica Cognitiva. Hipnoterapia – Hipnosis – Psicoterapia – Hipnosis Clínica – Hipnosis Cognitiva Ericksoniana – Psicoterapias. Disponible en: [www.hipnosisnet.com.ar/](http://www.hipnosisnet.com.ar/) 17/04/07
- Asociación chilena de Psicooncología. Disponible en: [www.psicooncologia.cl/enlaccessociedades.htm](http://www.psicooncologia.cl/enlaccessociedades.htm) 14/03/07
- Baider, L (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. Revista: Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, vol 3, N° 003, pp. 505-520. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf) 12/08/07
- Benito; Vidal, M. (2006) Psicoterapias en Psicooncología. ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. ISSN 0327-3954 / ISSN 1514-9862 vol. 13, N° 3, noviembre de 2006, págs. 31 a 56. Disponible en: [www.alcmeon.com.ar/13/51/3\\_benito.htm](http://www.alcmeon.com.ar/13/51/3_benito.htm) 12/08/07
- Braceras, D. (s/f) ¿Por qué no es aconsejable el psicoanálisis para pacientes con cáncer? Disponible en: [www.cancerteam.com.ar/brac080\\_por\\_que\\_no\\_es\\_aconsejable\\_el\\_psicoanalisis\\_en\\_pacientes\\_con\\_cancer.html](http://www.cancerteam.com.ar/brac080_por_que_no_es_aconsejable_el_psicoanalisis_en_pacientes_con_cancer.html) 30/07/07

- Casalod Royo, E. (2007) La Psico-Oncología. Disponible en: [www.boloncol.com/boletin-7/la-psico-oncologia.html](http://www.boloncol.com/boletin-7/la-psico-oncologia.html) 30/07/07
- Diario consultor de salud N° 310. (s/f). Los beneficios de la estrategia de Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.
- Diggs, E. (s/f) La Nueva Comunicacion. Liaison. Disponible en: [www.campodepsicologia.com/liaison/carta.htm](http://www.campodepsicologia.com/liaison/carta.htm) 07/12/05
- Dura, E.; Ibañez, E. (2000) Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Universidad de Valencia, España. Disponible en: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-I-1/um-1-4-pp27-43.pdf>, 7/12/05
- Espada, J.; López-Roig, S.; Méndez, X. y Orgiles, M. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. Psicooncología. Vol. 1, num. 1, 2004, pp. 139 – 154. Disponible en: [www.seom.org/.../stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1\\_vol1/capitulo10.pdf](http://www.seom.org/.../stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo10.pdf)
- Fasano, L. (s/f). Trabajo Psocodramático en pacientes con cáncer. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.
- Fefoc. (s/f). Intervención psicológica y grupos de apoyo. Disponible en: [www.fefoc.org/educacion/rincon/psico\\_oncologia09.jsp](http://www.fefoc.org/educacion/rincon/psico_oncologia09.jsp) - 54k
- Fernández Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo – Conductual 2 (2004), 107 – 120. Disponible en: <http://www.aseteccs.com/inicio/php>

- Figini, M (2004) El silencio de los inocentes. Psicooncología: Diferentes Miradas. (pags. 65 a 77). Editorial: Lugar Editorial.
- García Muñoz, J.; Muñoz García, L. (s/f). Aspectos psicológicos y sociales del dolor en el cáncer. Disponible en: <http://www.redsac.com/Num7.pdf/Aspectos%20psicologicos%20ysociales.pdf>
- González Ordi, H. (2005) El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la Psicooncología. Psicooncología. Vol. 2, Núm. 1, pp. 117 – 130. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: [www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957712](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957712) -
- Gulias, S. (2004) Culpa y ¿castigo? Psicooncología: Diferentes Miradas. (Págs. 79 a 87). Editorial: Lugar Editorial.
- Hernández Sánchez, L.M. (s/f). Utilidad de la Tanatología en los Cuidados Paliativos. Disponible en: [www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews](http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews)
- Limongi, M. (1996). Tanatología, la muerte como transición. Revista Planeta (Brasil), N° diciembre 1996. Traducción de Susana Binda. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.
- López Herrarte, J. (1997). Enfoque logoterapéutico para el cultivo de la salud mental en pacientes con cáncer. La nueva comunicación. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos14/salud-mental/salud-mental2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/salud-mental/salud-mental2.shtml)

- López López, J; Menéndez Álvarez-Dardet, S; Montserrat, A.; Santón Vilarino, C y Torrico Linares, E. (2002) El Modelo ecológico de Bronfrenbener como marco teórico de la psicooncología. Anales de Psicología 2002, vol. 18, nº 1 (junio), pp. 45 – 49. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v18/v18\\_1/03-18\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf), 7/12/05
- Malvezzi Taoboada, C. (2003) Psicooncología. Hipnosis clínica, psicoterapéutica comportamental en psicooncología: Una mirada hacia los pacientes. Disponible en: [http://www.hipnosisnet.com.ar/Cancer\\_Psicooncologia\\_Psicologia\\_Hipnosis\\_Clinica.htm](http://www.hipnosisnet.com.ar/Cancer_Psicooncologia_Psicologia_Hipnosis_Clinica.htm)
- Mazza, P. y Martínez-Romero, J. (s/f). Apelación y cursa en enfermos de cáncer. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.
- Melet, a. (2002) Grupos de apoyo: mayor sobrevida o mejor calidad de vida?. Revista Venezolana Oncológica 2002; 14 (3): 170 – 174. Disponible en: <http://infomedonline.com.ve/biblioteca/Revistas/oncologia/onco143art6.pdf>, 7/12/05
- Middleton, J. (s/f). Acompañamiento psicológico al paciente en etapas avanzadas de enfermedad. Centro de Desarrollo de la Persona Búcher y Middleton Ltda. Disponible en: [www.vida.copso.cl/mod/resource/view.php](http://www.vida.copso.cl/mod/resource/view.php)

- Olivares creso, E. (2004) Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, pp. 29 – 48. Disponible en: <http://www.redsac.com/Num7.pdf/Aspectos%20psicologicos%20ysociales.pdf>. 7/12/05
- Raffo, S. (2005). Intervención en crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile. 2005. Diponible en: [www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf) -
- Rosenfeld, C. (2004). Aportes de la psicoterapia cognitivo-conductual al tratamiento de pacientes con cáncer. Psicooncología: diferentes miradas. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Rosenfeld, C. (s/f). El rol del psicooncólogo frente al paciente muriente, desde un abordaje cognitivo. Disponible en: [www.psicologiaoncologica.com](http://www.psicologiaoncologica.com)
- Schávelzon, J. (s/f). La depresión psíquica en el paciente con cáncer II: Psicoterapia y psicofármacos. Disponible en: [www.ama-med.org.ar/publicaciones\\_revistas3.asp?id=212](http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=212) - 63k -
- Sebiani, L. (2005). Uso de la danza – terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (cáncer, fibrosis, SIDA). Revista Reflexiones 84 (1), pp. 49 – 56. ISSN: 1021 – 1209 / 2005. Disponible en: [www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/84\\_1/uso\\_de\\_la\\_danza.pdf](http://www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/84_1/uso_de_la_danza.pdf)-
- Seifert, C. (s/f). Abordaje grupal en Psico-Oncología. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.

- Soler Sáiz, M. (s/f). "Necesidades" psicosociales de los enfermos en tratamiento paliativo e intervencion emocional. Disponible en: [www.san.gva.es/docs/intervencionemocional.pdf](http://www.san.gva.es/docs/intervencionemocional.pdf) -
- Szwarczer, E. (2007). Psicooncología y Desarrollo personal. Disponible en: [psicooncologiaydesarrollopersonal.blogspot.com/2007/05/psicooncologia-y-desarrollo-personal.html](http://psicooncologiaydesarrollopersonal.blogspot.com/2007/05/psicooncologia-y-desarrollo-personal.html) -
- Torres - Godoy, P. (2005). Sociodramática familiar (en tres actos): Duelo, Enfermedad Física y Psicodrama. Disponible en: [www.dramaterapia.cl/dt/index.php?action=show&type=story&id=5](http://www.dramaterapia.cl/dt/index.php?action=show&type=story&id=5)
- Varas, M. y Martínez, A. (2006). El enfoque Gestalt. Disponible en: <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp>
- Zerkowski, V. (s/f). Imaginería y metas de vida en pacientes con cáncer. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>, 24/05/07.