



Experto en psicooncología



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XIV. INTERVENCIÓN EMOCIONAL

Psicoterapia dinámica

En la medida en que este modelo va a ser tratado en un tema posterior, solo indicaremos algunas cuestiones.

El modelo dinámico ofrece una perspectiva desde donde entender en inicio de los síntomas psiquiátricos como respuestas al estrés causado por la enfermedad e incluye entre sus focos de tratamiento la discusión sobre los avatares de la relación terapeuta-paciente. Desde este modelo, el cumplimiento-no cumplimiento de los tratamientos oncológicos pueden ser entendidos en términos de transferencia o de resistencia.

Dentro de las distintas corrientes psicoanalíticas, la psicología del yo se centra en los mecanismos de defensa y de afrontamiento de la situación; el modelo de las relaciones objetales ayuda a la comprensión en términos de la amenaza de pérdida del objeto, y el modelo de la psicología del self lo contempla como una amenaza a la integridad del self y la expresión de la necesidad de un acercamiento empático.



Entre las técnicas psicodinámicas que han sido utilizadas en pacientes oncológicos podemos destacar la psicoterapia dinámica focal breve. Los terapeutas van creando lazos de conexión entre experiencias infantiles tempranas y la estructura de carácter actual del paciente y sus síntomas. La respuesta emocional del paciente al terapeuta – reacciones de transferencia – o la del terapeuta al paciente –

contratransferencia – son también fuentes de aprendizaje.

Malan hace uso de los triángulos del conflicto y de las personas como instrumento organizador de sus propuestas psicoterapéuticas. En el triángulo del conflicto coloca en un vértice la defensa que da lugar al síntoma; en el segundo, la ansiedad que la motiva, y en el vértice inferior, el sentimiento o impulso inconsciente, inaceptable, que despierta ansiedad.



La interpretación consiste en primer lugar en hacer consciente esta primera asociación entre estos tres elementos, pero también en hacer patente cómo este proceso defensivo

ocurre en los tres vértices de lo que hemos llamado el triángulo de las personas. En este segundo triángulo se describe como el síntoma se ha puesto de manifiesto en las relaciones significativas actuales, que se colocan en un vértice, en la relación con el terapeuta y en las relaciones con sus figuras primitivas en la infancia.

Otro de los abordajes psicodinámicos breves que ha tenido más aceptación es el de Lester Luborsky, llamado por él psicoterapia expresiva de apoyo breve. De acuerdo con este autor, el problema del paciente puede ser narrado en términos del tema nuclear del Conflicto Relacionado – TNCR -, la traducción relacional de este conflicto inconsciente puede ser expresado en una frase con dos componentes:

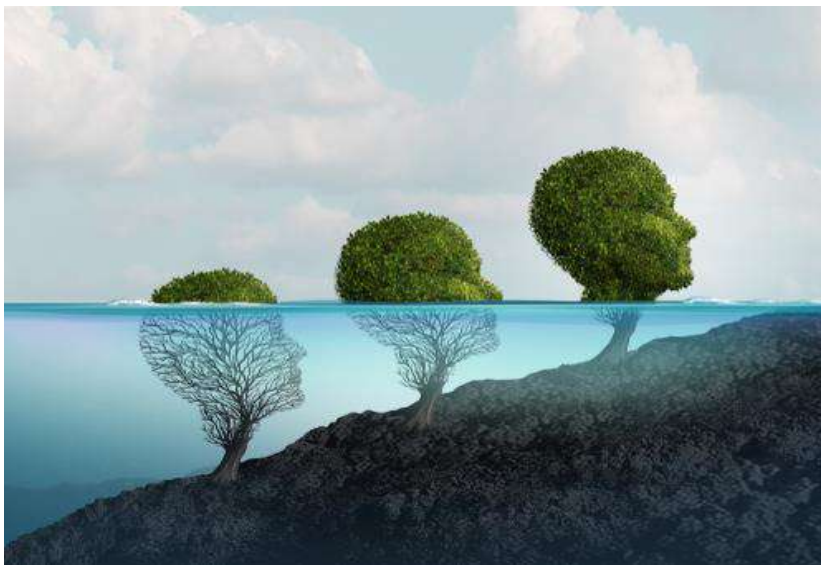
Una afirmación sobre los deseos o intenciones del paciente – D -.

-Una afirmación sobre las consecuencias en términos de respuesta de los otros –RO- y respuesta del yo –RY-, en la que, a su vez, distinguimos un componente conductual y un componente emocional.

El esquema completo se resume en una frase del tipo de “yo quiero.... de....., pero.....- por su parte – y..... - por la mía.

Podríamos formular a partir de lo dicho algo similar a:

“Yo quería expresar mis necesidades a mis seres queridos y pedir que me ayuden a satisfacerlas (D), pero temas que ellos se sientan molestos o enfadados por una petición semejante –RO-, y oculto mis deseos y me someto a los de las demás – RY: componente conductual -, con lo que me siento frustrado, insatisfecho y cómo alguien sin valor – RY: componente emocional”.



La elaboración del TNCR nos permite además encontrar las formas de transmitírselo al paciente. El TNCR se construye deductivamente, extrayendo lo que tiene en común un número

importante de episodios relacionales que van apareciendo durante la conversación terapéutica. Como en el modelo de Malan, Luborsky también trabaja en los tres campos de relaciones: con los padres, con los otros significativos y con el terapeuta.

Otras propuestas desde las psicoterapias dinámicas que se han utilizado en pacientes oncológicos son las de Strupp y Binder, denominada psicoterapia dinámica de tiempo

limitado, que está estructurada en 25 o 30 sesiones con un foco de tratamiento interpersonal, o la propuesta de Mann con un contrato de doce sesiones que se centra en la reexperimentación y el manejo de las crisis recurrentes en la actual situación de enfermedad.

La psicoterapia dinámica puede tener un formato breve o a largo plazo. Los criterios de indicación de una terapia breve más aceptados incluyen: pacientes que puedan responder a un abordamiento interpretativo, con una fuerza del yo suficiente como para evitar riesgos de descompensaciones psicóticas, sin antecedentes de importantes acting-out, como repetidos intentos de suicidio o autolesiones, en los que se pueda delimitar un foco psicodinámico, con una patología circunscrita e implicados en un mundo relacional, no personas aisladas.

En su aplicación al contexto oncológico, las psicoterapias dinámicas, como todas las demás, han debido adaptarse para poner al servicio de mayor número de personas posible de pacientes.

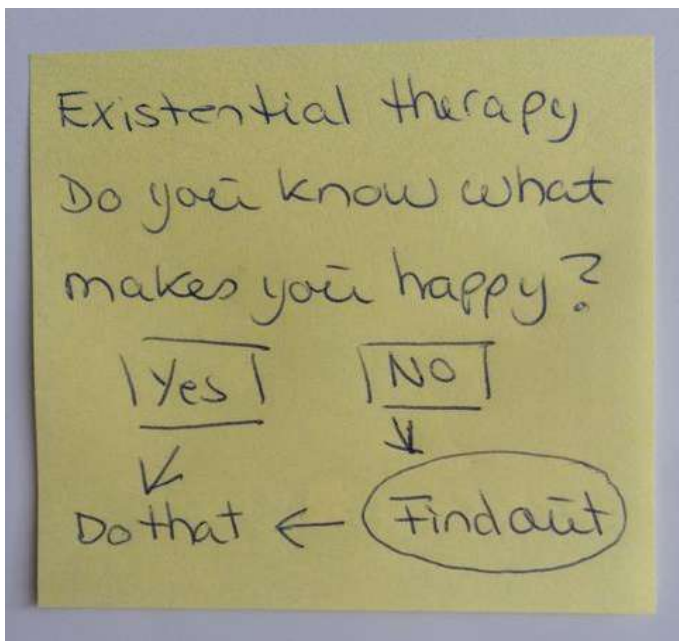
Psicoterapia existencial

La psicoterapia existencial es una psicoterapia dinámica que comparte con las psicoanalíticas la idea central de que la conducta humana, adaptativa o no, es el resultado de fuerzas en conflicto. Para la terapia existencial, el conflicto surge de la confrontación de la persona con los datos de la existencia, esto es, las preocupaciones supremas que son la muerte, la soledad, la libertad, y la ausencia de sentido.

Los pacientes oncológicos enfrentan estas preocupaciones durante todas las fases de enfermedad. Durante el tratamiento activo, el diagnóstico y los tratamientos de diversa índole que se inician, quimioterapia, radioterapia, cirugía, colocan a la persona, primero frente a la amenaza de la muerte, pero también suponen un desafío a su libertad, o a una angustiosa y profunda experiencia de soledad, o un replanteamiento de los valores hasta

entonces dominantes en la vida de la persona en la búsqueda del sentido para su existencia.

Las personas vivimos nuestras vidas creyéndonos y sintiéndonos sujetos de ellas. Sin esta experiencia de ser protagonista, o autor de nuestra propia vida, sin la experiencia de ser sujeto de ella, no sería posible la creatividad y el cambio. La experiencia de ser sujeto permite la actuación en el presente, la proyección en el futuro y la revisión única - en el sentido de volver a ver o mirar con otros ojos - del pasado. La persona está inmersa en un proceso constante de construcción de su experiencia, sea esta pasada, presente o futura. Esta construcción no se produce en el aislamiento existencial, sino en la arena de las relaciones con los otros significativos. En este sentido, hay un mundo relacional coautor de la experiencia de la vida de una sola persona. Pero en lo cotidiano, las



personas vivimos nuestra vida desde esa posición de ser sujetos, y además, únicos de la acción de aquella. Algunos autores llamaron a este estado “de olvido del ser”.

La irrupción de un diagnóstico amenazante para la vida desafía brutalmente la experiencia de ser sujeto y coloca a la persona también bruscamente en la

posición de ser objeto. Otros han llamado a esta posición “estado de conciencia del ser”.

En la posición de objeto es desde donde la persona puede convertirse en observadora de su propia vida y, por tanto, desde donde aumenta la conciencia de la finitud de la vida y de la ausencia de control sobre ésta.

Algunas personas viven la vida alternando la posición de sujeto con la de objeto de su propia vida. Esta característica ha sido citada por algunos autores como el rasgo que define la esencia del ser humano, la capacidad de reflexión sobre su vida y de proyección hacia el futuro.

La posición de objeto no puede mantenerse de continuo. De ser así, sería a costa de una vida vivida plenamente. Pero mantenerse de continuo en la posición de sujeto, haciendo una negociación de aquello que se ve desde la posición de objeto, recorta también las posibilidades de una vida plena.

En el curso del trabajo en un programa de enlace con Oncología, el tema de la muerte está siempre presente. A veces, los síntomas de angustia y tristeza actúan de grueso telón que no deja traslucir la fuente primitiva de la ansiedad. Otras veces, la angustia y la tristeza surgen directamente de la conciencia reconocida de la muerte y de la no aceptación de la misma. En estos casos, las personas podrían incluirse entre aquellas señalaba Otto Rank como “las que rechazan el préstamo – la vida – para evitar el pago de la deuda – la muerte”. A costa de evitar confrontar la idea de la muerte y, por tanto, la propia mortalidad, sacrifican en el camino la misma vida y son vividos por una existencia constreñida por el miedo. En ambos casos, la necesidad de ayuda se hace evidente y se manifiesta a través del sufrimiento psicológico del paciente, y de sus otros significativos.

Las dos defensas más frecuentes ante la angustia de muerte son el sentimiento de inviolabilidad personal y el deseo de fusión personal con otro; o expresadas de otra manera, el sentimiento de ser especial y el de la existencia de un supremo salvador; o bien, la afirmación de la propia autonomía o la de buscar la salvación a través de la fusión con otra fuerza.

Para los autores existencialistas, la psicopatología surge cuando la persona se defiende eficazmente de la ansiedad de la muerte. La psicoterapia, desde esta posición, invita a la

confrontación con los datos de la existencia. Esta confrontación siguiendo a Yalom, es dolorosa, pero en última instancia es también curativa.

Psicoterapia interpersonal telefónica

Se trata de la adaptación de la psicoterapia interpersonal para la depresión desarrollada por Weissman y Klerman. La adaptación ha sido llevada a cabo por el equipo dirigido por Donnelly y Holland.

Supone un intento de superar los impedimentos que puedan surgir en el curso del tratamiento debido al estado físico de los pacientes. Por ello, se ha utilizado el teléfono en circunstancias como las que señalamos a continuación: monitorización del funcionamiento psicosocial, provisión de apoyo de parte de los trabajadores sociales, counselling para incrementar la adhesión en procesos diagnósticos como la colonoscopia y la mamografía. El contacto telefónico entre médico y paciente ha reducido las consultas presenciales, el uso de la medicación y las hospitalizaciones.

Ciertamente, existen pocos antecedentes de psicoterapia individual por teléfono en pacientes oncológicos. Cabe señalar el trabajo realizado por Mermelstein y Holland; presentan el estudio de dos casos. Se plantearon utilizar esta técnica dada la experiencia acumulada del uso del teléfono en Medicina, y su experiencia con pacientes con enfermedades graves que requieren la atención continua de diferentes profesionales de la salud, incluida la salud mental. Los dos casos presentados son como caso único. Pues en cada uno la terapia tenía objetivos diferentes, las sesiones tenían distinta duración – treinta minutos en un caso y no más de quince en otro – el tipo de abordaje psicoterapéutico variaba y el motivo de derivación también fue desigual.

Las posibles ventajas y desventajas de este abordaje son en el terreno de las primeras que el teléfono disminuye el miedo a la intimidad de los pacientes; los pacientes no conocen el aspecto físico del terapeuta, con lo que pueden imaginar que es como ellos necesitan

que sea; además, los pacientes sentían que al psicoterapeuta no le importaba lo mal que se encontraba o los cambios que se hubieran producido en su aspecto físico.



El contacto telefónico consigue que los pacientes se mantengan en relación con los demás y disminuya su relación de aislamiento y sus miedos al abandono. También es especialmente útil a su salida del hospital, en donde se mezcla la

alegría por la marcha y el miedo a dejar la protección del hospital. El seguimiento telefónico consigue mayor adhesión a los tratamientos oncológicos y disminuye el uso de los servicios médicos y ayuda a incrementar la sensación de control, ya que los mismos pacientes puedan dar por finalizada la sesión y colgar el teléfono cuando lo precisen.

Los posibles inconvenientes quedarían reflejados por estar sin las claves aportadas por la imagen visual porque es difícil calcular el estado físico de estos pacientes y su posible repercusión en su estado psicológico; se pierden las claves visuales y no verbales que nos indican mucho sobre el estado del paciente o de las que nos valemos y de feedback con el paciente: y por último señalar que existe el riesgo también de pasar a una charla menos terapéutica y más social o conversacional.

Para la psicoterapia interpersonal para la depresión, los componentes de la depresión clínica son la función del síntoma, las relaciones sociales e interpersonales, y los problemas de personalidad.

Se utilizan diferentes técnicas como reafirmación, clarificación de emociones, mejora de la comunicación interpersonal, poner a prueba la realidad de las percepciones y

conductas a través del contacto interpersonal, considerando siempre el trabajo en el aquí y en el ahora.

En comparación con otras psicoterapias utiliza también los factores comunes, es de tiempo limitado y no de larga duración, es focalizada, no queda abierto al final, trabaja con relaciones actuales y no relaciones pasadas, es interpersonal y no intrapsíquica o cognitivo conductual, la personalidad no es el foco de tratamiento, pero debe de ser evaluada porque puede interferir en el tratamiento. El enfoque interpersonal consiste en realizar un inventario completo de las relaciones interpersonales actuales y pasadas, de la cualidad y patrones de las interacciones, de las creencias y actitudes sobre normas, expectativas, significados sobre los roles del sujeto y los demás, de las emociones asociadas y de la individualidad actual.

El enfoque interpersonal de la depresión se basaría en la calidad de apego o vinculación, el duelo, la relación entre la infancia y la depresión, los acontecimientos vitales y el estrés social, el apoyo social, las consecuencias de la depresión en las relaciones interpersonales, la recuperación y la influencia de la personalidad.

La psicoterapia interpersonal de la depresión es un tratamiento en tres fases: inicial, intermedia y final, que trabaja con técnicas específicas y que permite la combinación de psicoterapia y psicofármacos y un papel del terapeuta más activo.

La terapia interpersonal sobre la depresión para la depresión – TIP - se puede adaptar sin dificultad a los pacientes oncológicos por diversos motivos. La precipitación de una enfermedad produce en los sujetos la necesidad de tener que adaptarse al nuevo rol de enfermo, de persona necesitada de ayuda, de sujeto pasivo con respecto al trabajo... la enfermedad en general y, en concreto, la oncológica cuestiona los roles anteriores a la misma de las personas y de sus familiares. En este proceso necesario de transición del rol pueden aparecer síntomas depresivos y conflictos en sus relaciones interpersonales. El

éxito de la TIP en otras enfermedades hace que sea un modelo terapéutico a extrapolar a la temática del cáncer.

Identificando las áreas problema y aplicándolas al cáncer podríamos que el duelo a trabajar serán duelos anteriores del sujeto, quizá de personas fallecidas de cáncer o por otras causas, o el propio duelo anticipado del paciente ante su propia muerte o la pérdida de salud o funciones que puede suponer dicha enfermedad. Las disputas interpersonales serían aquellas que surgen derivadas de las nuevas exigencias de la enfermedad, como la de pasar a ser un sujeto más pasivo y demandante de ayuda y, a veces de atención, que está más presente en el domicilio, o al contrario, con continuos ingresos en el hospital o por acudir frecuentemente al hospital a consulta y por cuestionar los roles habituales de sí mismo y de los que le rodean. La transición de rol se podría trabajar desde ese cuestionamiento de roles habituales o el cambio de rol de persona sana a sujeto enfermo.

Podríamos distinguir esta psicoterapia por teléfono a diferencia del TIP convencional porque no sólo trata enfermos diagnosticados de depresión Mayor, sino que es para pacientes oncológicos que no necesariamente reúnen criterios de trastornos



psiquiátricos. Se trata a personas que presentan síntomas psiquiátricos o que presentan malestar relacionado con su enfermedad oncológica. En esto se parece al counselling interpersonal; puede ser aplicado por cualquier

profesional de la salud mental, tanto psiquiatras como psicólogos o trabajadores sociales y enfermeras.

Si el paciente reúne criterios de depresión mayor entonces se aplicará la TIP con las técnicas más convencionales e incluso con la combinación de tratamiento farmacológico. Los pacientes se identifican más por el hecho de ser pacientes oncológicos sometidos al estrés del cáncer que desde una derivación a psiquiatría. Se suele incluir a los acompañantes o cuidadores principales. Se focaliza, primariamente, en las transiciones de rol. Se renuncia a la terminología de rol de enfermo - enfermo de depresión – que se asigna en la TIP. La cita y la duración de la sesión son flexibles. Por ejemplo, puede ser conveniente programar sesiones para antes de la quimioterapia con el fin de que el paciente se encuentre en mejores condiciones físicas, y así evitar posibles faltas de asistencia a sesiones y también porque de esa manera se puede preparar mejor al paciente para la sesión de quimioterapia. También se puede aumentar la frecuencia de sesiones, pero disminuyendo el tiempo de éstas cuando el paciente se encuentre mal físicamente. La TIP por teléfono es una forma de intervención en crisis; para pacientes oncológicos se centra en las transiciones de rol profundas y no deseadas que experimentan los pacientes y sus familiares.

Así, el rol del enfermo puede significar renunciar al rol de esposo/a, padre/madre, amigo/a, trabajador/a. Con ello, el estatus social y la autoestima que esos roles proporcionaban caen en picado con su pérdida. Los familiares también cambian de rol, y alguno de ellos adquirirá el nuevo rol de cuidador principal. Estos nuevos roles crean por sí mismos incertidumbre y angustia ante la posibilidad de que el tratamiento falle y obligue a cuestionarse también el rol adquirido en función del enfermo. Quizá se soportaba con la esperanza de que fuera solo transitoriamente; entonces el terapeuta tratará de ayudar a los pacientes y a sus cuidadores a soportar el dolor, la ira, la ansiedad o la citada pérdida de autoestima. También les ayuda a desarrollar estrategias prácticas y psicológicas para afrontar dichos cambios.

Además de las transiciones de rol, en la TIP por teléfono se pueden abordar el resto de las áreas problema. En cuanto a los conflictos interpersonales, se pueden presentar entre el

paciente y el equipo sanitario de modo que supongan un obstáculo para el tratamiento. También pueden surgir entre el paciente y su familia o sus amigos. En este caso, la terapia intentaría resolver dichos conflictos identificando los motivos que los generaron, mejorando la comunicación entre las distintas partes, aclarando las diferentes expectativas de cada uno, examinando problemas similares en otras relaciones, diseñando estrategias, dirimiendo si se deben revisar las expectativas, y encontrando alternativas a esas expectativas que las relaciones no pueden satisfacer.

Otra de las áreas problema es el duelo. La enfermedad y el tratamiento pueden hacer rememorar las muertes de otros familiares o personas significativas, favoreciendo la identificación con ellos y acrecentando el dolor y el sufrimiento. Esto puede intensificar el miedo a la muerte del paciente, especialmente si la persona recordada falleció de cáncer. Si además varios familiares fallecieron de cáncer, la posibilidad de predisposición genética puede jugar un papel importante en el sentido de culpabilización o ansiedad ante la transmisión a la generación siguiente.

Principios de la TIP por teléfono para pacientes oncológicos	☒ Explorar el impacto físico, psicológico y social del cáncer y su tratamiento en el paciente, su pareja y en sus relaciones con los demás ☒ Preparar psicológicamente al paciente y a su pareja para lo que el tratamiento va a conllevar y ayudarles cuando lleguen las consecuencias que traiga dicho tratamiento. ☒ Favorecer la comunicación en todas las relaciones. Señalar inhibiciones como las producidas para ahorrar malestar a los demás y ayudarles a expresar los sentimientos negativos de la mejor forma posible. ☒ Facilitar la expresión de afecto. Ayudar a expresar emociones sin sentirse sobrecogido por ellas.
---	---

	☒ Fomentar la independencia hasta donde la enfermedad lo permita sin exigir más allá de sus posibilidades. ☒ Facilitar el afrontamiento a través de la educación, sugerencias y consejo, modelado, análisis de decisiones y, en ciertas ocasiones, ayuda directa ☒ Apoyar las defensas psicológicas. Fortalecer las defensas adaptativas, como la intelectualización, el humor y la sublimación. Respetar las defensas que puedan resultar menos adaptativas como la negación. Mientras que sirvan para reforzar el soporte psicológico, en lugar de minarlas y siempre que no interfieran en el tratamiento. ☒ Optimizar el apoyo social. Animar a utilizar el apoyo social tanto formal como informal. Esto incluye los grupos de autoayuda, los servicios sociales y educativos y otros profesionales de la salud mental. Podemos también explorar la posibilidad de rechazo de dicha ayuda. ☒ Enfrentar problemas prácticos
--	---

Terapia psicológica adyuvante

Es una fórmula de psicoterapia breve, focalizada que utiliza técnicas cognitivo-conductuales y especialmente diseñada para pacientes oncológicos en formato individual. Trata de identificar los problemas significativos que deben de afrontar estos pacientes y enseñarles técnicas cognitivo-conductuales de resolución de problemas, además de tratar de fomentar el espíritu de lucha; este es un estilo de afrontamiento del cáncer que se relaciona positivamente con la supervivencia a la enfermedad, y consiste en una actitud en la que el paciente acepta el diagnóstico completamente pero adopta

una actitud optimista que le lleva a luchar contra ella y participar de las decisiones de su tratamiento.

El tratamiento tiene una duración media de ocho sesiones, de una hora de duración con una periodicidad semanal. El tratamiento es individual, pero se podría incluir al cónyuge si así se considerara. Es una terapia no directiva y de apoyo, centrada también en el ahora – los problemas a afrontar, emocionales o no, serán los actuales que han surgido con la enfermedad, sin ocuparse de los pasados que hayan sido recordados por la enfermedad, como duelos no resueltos o conflictos de la infancia -.

La terapia trata del significado personal del cáncer para el sujeto y de las estrategias de afrontamiento y de qué es lo que los pacientes piensan y hacen para disminuir la amenaza que el cáncer significa. Los problemas a abordar en la terapia se deciden conjuntamente entre el sujeto y el terapeuta.



Entre las técnicas que se utilizan están el identificar los recursos con los que el paciente cuenta y fomentados como medio de elevar su autoestima, el superar los sentimientos de minusvalía y el inducir

actitudes positivas frente a la enfermedad. Se les enseña a los pacientes a identificar los pensamientos automáticos negativos que subyacen a su ansiedad y depresión, así como a desafiarlos. También se trabaja con los pacientes utilizando técnicas de imaginación y de role playing para afrontar acontecimientos estresantes. Se anima a los sujetos a realizar actividades que les proporcionan tanto placer como sensación de éxito para que

así sientan que recuperan cierto control de sus vidas. Se favorece la expresión de emociones y la comunicación con el cónyuge.

Otra técnica que se emplea es el entrenamiento en relajación tipo Jacobson para controlar momentos de ansiedad severa. Consigue también disminuir la sensación de desesperanza, pero apenas se diferencia su impacto sobre la depresión de lo conseguido mediante counselling. Se podría concluir que es útil para trastornos adaptativos.

Terapia de construcción de narrativas

Según esta perspectiva, la terapia es una conversación, más que una intervención, en la que el diálogo con el terapeuta alcanza la construcción conjunta de nuevas historias o narrativas que ayuden al paciente a enfrentar la situación de enfermedad de una forma distinta. Durante la conversación terapéutica, como en otras comunicaciones verbales, todo lo “no dicho” excede con mucho a lo que se dice. Gadamer se refirió a ella nombrándola como la “infinitud de lo no dicho”. En ello radica la posibilidad que tiene la psicoterapia de producir un cambio. La terapia, para algunos autores, es el proceso de expandir y decir lo no dicho.

Por narrativa entendemos la descripción de nuestra experiencia en el marco de un contexto temporal y cultural determinado. Nuestras experiencias, las que componen nuestras vidas, son vividas y son transmitidas a través del lenguaje. Es a través del lenguaje como conformamos nuestra realidad.

El foco de interés desde la perspectiva de las narrativas es el del lenguaje como integrador y transmisor de la experiencia de vida. La narrativa no es más que la forma en la que describimos aquello que compone nuestra experiencia, en un medio cultural e histórico determinado.

El papel del terapeuta es el de un facilitador de los cambios de narrativa del paciente o pacientes. La terapia pasa a ser, entonces, un intento de transformar y expandir por medios lingüísticos las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y de la sociedad. El cambio humano ocurre a través de la evolución de los significados de nuestras narrativas.

Por todo ello, el encuentro psicoterapéutico es único, y el terapeuta ha de acercarse al paciente con la idea mantener una conversación única y distinta, pero también como experto en este tipo de conversaciones ha de reconocer los problemas que con más frecuencia le surgirán al paciente y sus familiares durante la experiencia de la enfermedad oncológica.



Podemos considerar el marco de las narrativas terapéuticas como uno que permite la integración de conceptos, ideas e intervenciones que provienen de otras escuelas psicoterapéuticas. Trabajando con el enfermo grave, y en tratamiento activo, el

adaptarse a las necesidades de éstos. Desde una perspectiva integradora se defiende los tratamientos hechos a la medida de los pacientes, la podemos considerar correcta en estas situaciones.

La práctica de la terapia de narrativas se refleja bien en la frase de Harry Goolishian: “si tu sabes qué hacer, esto te limita mucho. Si conoces mejor lo que no hay que hacer, entonces hay una infinidad de cosas que pueden ser hechas”.

Gordon elabora un listado de lo que él denominó doce tipos de comunicación que deben de ser evitados en el counselling y terapia. Citaba aspectos como decir a la otra persona lo que tiene que hacer; dar soluciones intentando resolver los problemas por la otra persona; hacer juicios negativos; tranquilizar para intentar que la otra persona se sienta mejor cuando no hay garantías de que las cosas vayan mejor; intentar distraer dejando el problema de lado, etc.

El terapeuta desde el primer encuentro con el paciente pone en marcha una serie de estrategias generales, modificadas para el caso del paciente enfermo de cáncer y, además, pone en marcha una serie de estrategias integradoras que le ayudan a acompañar la experiencia concreta del paciente y co-construir una narrativa diferente donde el sufrimiento por la enfermedad adquiera nuevos significados que alivien o mejoren el malestar psicológico.

Se considera de utilidad un enfoque breve, centrado en la experiencia de la enfermedad y en sus implicaciones y en cómo éstas alteran la narrativa del paciente acerca de su vida y de su entorno.

La situación peculiar de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica con una persona enferma requiere por parte del terapeuta la capacidad de empatizar con la experiencia de enfermedad y con el enfermar de una persona concreta. El terapeuta deberá convenientemente ser flexible y conocedor de la situación de enfermedad oncológica como para adaptar las estrategias generales psicoterapéuticas a dicha situación.

Por tanto, el foco principal es la experiencia de enfermedad y no otros conflictos si no sin relevantes para la situación actual de enfermedad, aunque siempre la construcción del foco terapéutico es un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta.

Con respecto a la experiencia de enfermedad, es conocido que al enfermar volvemos a experimentar con intensidad emociones de indefensión, de dependencia y de necesidad de ayuda que nos retrotraen a otros periodos de vida, como la infancia, por ejemplo. La

persona enferma experimenta con frecuencia una regresión; reconocerla como una respuesta normal, como una comunicación de necesidad de ayuda, le permitirá al terapeuta responder adecuadamente a ella y no actuar fomentando excesivamente la dependencia o, también, responder agresivamente a ella.

Junto a esta experiencia regresiva frecuente, el significado concreto que la enfermedad tiene para cada persona varía enormemente. La enfermedad puede ser para algunos la consecuencia lógica a una vida de exceso, o la cruz que todos hemos venido a soportar en este mundo, o para muchos, cáncer es una sentencia de muerte, o la constatación de que ha acabado el placer en la vida, o de que con la quimioterapia se me caerá el pelo y me convertiré en un monstruo.

La historia que el paciente se ha contado hasta ahora sobre sí mismo, o ha mantenido hasta ahora sobre su pasado y su futuro, cambia desde el diagnóstico. En el paciente oncológico hay desde el principio una búsqueda de significado. Las narrativas de paciente y de familia, en ese periodo determinado de su vida, se ha de hacer desde el primer encuentro. No sólo nos ayudará a establecer la relación con el paciente y a entender a esa persona, sino a la prevención de futuros problemas.

Entre los factores generales de una intervención psicoterapéutica hay algunos que han de cambiar para adaptarse a las necesidades de los pacientes oncológicos:

-La planificación de las visitas, el tiempo y el espacio. En muchos periodos de la enfermedad la planificación no tiene por qué ser diferente a otras situaciones y el paciente puede acudir a consulta con una frecuencia semanal o quincenal. Según la enfermedad va avanzando surgen las dificultades para cumplirse, y por tanto ha de alargarse la frecuencia de las visitas a la propia consulta, acortar el tiempo de las sesiones, utilizar las intervenciones telefónicas o acudir a atender al paciente a la habitación del hospital cuando éste está ingresado. Tanto el tiempo y el espacio en el que tiene lugar el encuentro variará grandemente. En otras ocasiones puede ser el mismo

paciente el que pueda solicitar, por una mejoría, un alargamiento de la frecuencia de las sesiones, al volverse a implicar en actividades de la vida cotidiana. El terapeuta ha de responder positivamente ante estas demandas, intentando no hacer interpretaciones sobre la resistencia, si la hubiese.



-Mantener el foco de tratamiento centrado en la enfermedad y sus repercusiones. Esto no quiere decir que no haya que tocar o trabajar otros aspectos, lo que quiere decir que el terapeuta no debe de

saltarse unilateralmente el compromiso al que le sujeta el contrato terapéutico, que desde el inicio le ciñe hablar de la enfermedad y de la imbricación de ésta en la vida del paciente y su familia. La alianza terapéutica es, como en otros casos, una relación interpersonal basada en la empatía, confianza y calidez afectiva, con un objeto de ayuda. En la situación de enfermedad física los movimientos emocionales dentro de la relación terapéutica, tanto por parte del paciente como del terapeuta, son de mayor intensidad.

-Considerar cada encuentro terapéutico completo. La interrupción puede tener lugar en cualquier momento. Es por eso que en cada entrevista, después de la revisión de lo sucedido en el periodo entre sesiones, la conversación va a ir centrando en torno al foco establecido por terapeuta y paciente en el contrato previo, empeñándose ambos en finalizar la entrevista con un objetivo cumplido o un camino marcado a seguir. Es importante poner el énfasis en potenciar el sentimiento de autodominio y control.

Podemos denominar estrategias integradoras porque tienen como objetivo captar las necesidades concretas de ese paciente y planificar con el propio sujeto el tratamiento

psicoterapéutico. Los tratamientos integradores intentan adaptarse a la medida de cada paciente y no el que sea éste el que se adapte a un plan preestablecido por un modelo psicoterapéutico concreto. Nos referimos a estas estrategias integradoras como de acompañamiento y co-construcción de la narrativa del paciente.

Acompañamiento significa marcar o señalar el compás y proviene de las ideas de Milton Erickson y los desarrollos terapéuticos posteriores de sus discípulos como estrategias de inducción del trance hipnótico. Es para indicar todas aquellas actitudes y técnicas que el terapeuta pone en marcha en respuesta a la comunicación verbal y no verbal del paciente, y que tienen por objeto empatizar con su mundo personal para co-construir con la persona una narrativa nueva.

En el acompañamiento de la narrativa del paciente, el terapeuta utiliza las creencias, las conductas, el estilo personal del sujeto y todo aquello que el paciente trae a la consulta, como parte de la narrativa antigua y que considera relevante. El terapeuta va haciendo afirmaciones que repiten sus creencias, mitos, estilos... procurando detenerse cada vez más en ciertos aspectos susceptibles de ser aceptados por el paciente, pero no contemplados hasta ahora; el terapeuta refleja todos aquellos aspectos que el paciente reconoce como suyos, al mismo tiempo que, a través de sus preguntas y el modo de hacerlas, va señalando posibles significados nuevos hasta ahora para el paciente.

Acompañar una narrativa incluye hacerlo también en el plano no verbal. Requerirá, a veces, observar el ritmo de los movimientos respiratorios del paciente y ajustar el “tempo” de nuestro discurso a éste o señalar explícitamente cómo se está enlenteciendo su respiración o cómo se está moviendo inquieto en la silla cuando hablamos de la relación, por ejemplo, con su padre.

Las nuevas narrativas que van surgiendo a través de la interacción terapéutica se construyen a partir de las narrativas antiguas y no han de ser tan diferentes a éstas, que

la persona no pueda reconocerlas como propias, ni tan iguales a las antiguas, que no incluyan ningún cambio en éstas.

A continuación, vamos a describir el proceso psicoterapéutico que como el de construcción de nuevas narrativas que, según en que caso, se harán a partir de:

- La historia biográfica. En algunos casos, el diagnóstico de un cáncer no supone tanto una amenaza de muerte para el paciente, como una reactivación de sus miedos de abandono, tras una infancia marcada por la carencia afectiva.

- El pensamiento y la conducta. Para otro paciente en tratamiento por un cáncer de laringe, la demanda terapéutica prioritaria es la de conseguir controlar la conducta de fumar y de beber abusivamente como forma de recuperar algunos sentimientos positivos de estima.

- El sistema de relaciones y creencias. En otros casos, el paciente parece aislado de su familia o, tal vez, coincidiendo con el inicio o algún otro hito de la enfermedad, otro miembro de la familia empieza a presentar dificultades. Otras veces, el paciente pide que se le ayude en la búsqueda de sentido de la enfermedad con el resto de su vida pasada y futura.

Según cómo se construya el proceso terapéutico, de acuerdo con las descripciones mentadas, el terapeuta puede plantear que los encuentros sean individuales, de grupo o familiares. Por ejemplo, la construcción de la narrativa desde la historia personal puede ser más fácil desde un encuadre individual, mientras que la construcción de la narrativa desde el sistema de relaciones se puede conseguir de manera más natural manteniendo una serie de entrevistas familiares, aunque no por ello es excluyente el abordaje individual.

Se puede utilizar algunas técnicas específicas para algunos contenidos clave. Hablar de los sentimientos y emociones que se mueven en torno a la enfermedad ayuda a que

aligeren y alivien. A veces, la entrevista con el psicólogo supone el primer momento en que la persona va a hablar de sus sentimientos.



Además de considerar todos los aspectos de los factores comunes que ya hemos mentado, la expresión de sentimientos precisa de una relación

incondicionalmente positiva, ausente de críticas o juicios, y en la que la persona se sienta capaz de poder expresar sentimientos de cualquier índole.

Señalaremos algunas de las siguientes técnicas clásicas en otros abordajes psicoterapéuticos que facilitan la expresión de sentimientos por parte del paciente:

- Animar a continuar hablando, mediante nuestro silencio.
- Reflejar los sentimientos que la otra persona está comunicando, a través de nuestras expresiones; por ejemplo: “parece que eso le hace sentirse...”!
- Articulación experiencial, se trata de facilitar y vincular palabras y etiquetas a sentimientos, sensaciones y afectos. Podemos utilizar expresiones como “estar bajo” o “verlo todo negro” para referir la experiencia de tristeza.
- Conectar sentimientos, por ejemplo, “cuando baja a la calle y se fatiga, te enfureces con la enfermedad, pero te contienes rápidamente porque te sientes una carga para tu mujer y te sientes culpable”.
- Señalar aspectos de la comunicación no verbal del paciente-. Podría ser, algo así” Parece que te emocionas al hablar de tu abuelo...”; y utilizar la propia comunicación no verbal

para facilitar la expresión de sentimientos; una actitud corporal dirigida hacia la persona, contacto visual, etc.

-Suscitar temas interpersonales clave, como pueden ser el miedo al aislamiento y al abandono.

Posiblemente, el miedo a perder el control de la propia vida es uno de los temas más importantes para las personas que sufren enfermedades oncológicas u otras enfermedades crónicas graves. Poder mantener una capacidad adecuada de control sobre los sentimientos y emociones, además de sobre otras funciones corporales, puede suponer una gran dificultad para muchos pacientes y una potencial fuente de ansiedad y sentimientos depresivos. El círculo se cierra cuando esas emociones son tan desbordantes para el paciente que centran su atención exclusivamente en la experiencia de la enfermedad.

El miedo a perder el control puede aparecer ya desde el momento del diagnóstico cuando, en muchas ocasiones, la enfermedad todavía no ha producido el mayor impacto sobre la vida del paciente. En este periodo las personas pueden tomar decisiones prematuras o buscar formas de tratamiento no adecuadas, como forma de sentirse de nuevo con control de sus vidas.

Es importante ayudar al paciente a identificar precozmente estos sentimientos y la expresión de ellos, así como identificar áreas específicas en que la persona se sienta especialmente frágil o indefensa. Hacer con el paciente la revisión realista de la situación actual ayudará a no anticipar situaciones futuras que pueden no llegar, así como a identificar áreas en las cuales el control es posible.

Citamos algunas estrategias que ayudan a potenciar el autocontrol:

-Verbalizar los miedos y sentimientos en torno a la enfermedad ayuda a reducir su intensidad y a potenciar el autodomínio.

-Animar a los pacientes a informarse acerca de su enfermedad y a discutir sus dudas con los miembros del equipo sanitario.

-Entrenamiento en relajación, meditación o autohipnosis como estrategias para manejar la ansiedad.

Psicoterapia de grupo

Las intervenciones psicológicas que con más frecuencia se ofrecen al enfermo con cáncer son generalmente de aplicación individual y suele estar basado, entre otras cosas, en la premisa de que cada enfermo es único y requiere un acercamiento ajustado a sus necesidades durante y después de la experiencia con la enfermedad. Además, el tratamiento individual asegura la confidencialidad del material tratado; proporciona un entorno seguro en el que el enfermo puede aprender a relacionarse de un modo adaptado y a superar las posibles distorsiones generadas por relaciones significativas del pasado.; y ha probado a ser eficaz en el control de diversas alteraciones emocionales que incluyen la ansiedad y la depresión, dos reacciones frecuentes ante la experiencia oncológica.

Sin embargo, hay en la actualidad una disponibilidad que va en aumento para los enfermos de cáncer de grupos psicoterapéuticos, entre cuyos objetivos se suele encontrar el facilitar su adaptación psicosocial a la enfermedad, a sus tratamientos y a la supervivencia del cáncer. Además, estos grupos intentan que el enfermo pueda mejorar su autoconcepto; reducir su afecto negativo – ansiedad, depresión, ira, agresividad –; compartir sus esperanzas y habilidades en el enfrentamiento al cáncer, y ventilar sus emociones con otros que han pasado por la misma experiencia de enfermedad. También los familiares del enfermo oncológico pueden formar parte activa de estos tratamientos grupales, con o sin el enfermo.

Las terapias de grupo tienen ciertas ventajas sobre la atención psicológica individual- En primer lugar, la relación coste-efecto es óptima dado que en un periodo de tiempo

relativamente breve un terapeuta puede atender a varios enfermos simultáneamente. Adquiere especial importancia en el entorno hospitalario, donde la carga asistencial es significativa y, muchas veces, impide prestar la atención adecuada.

En segundo lugar, la situación grupal permite identificar problemas que tiene uno mismo en los otros – tiene menor carga afectiva reconocerlos en los demás-. Y observar maneras eficaces para poder darles una salida. La participación en un grupo terapéutico permite a los enfermos corroborar que no son sólo ellos los que experimentan ciertas alteraciones emocionales, reacciones somáticas, etc., con el cáncer, lo que normaliza su situación afectiva y física. El grupo facilita el desarrollo de lazos y apoyo social, lo cual es indispensable en el enfermo oncológico, a quien el cáncer tiende generalmente a aislar. La situación grupal también permite practicar habilidades sociales y de comunicación relacionadas con el cáncer con las que el enfermo pueda tener dificultad.



Aunque se han descrito numerosos tipos de grupos en oncología, han sido los profesionales los que han empleado diseños randomizados y prospectivos para demostrar los

beneficios concretos de los diferentes modelos de intervención grupal. La mayor parte de las publicaciones acerca de la eficacia de grupos con enfermos oncológicos emplean un formato breve y un modelo cognitivo-conductual que combina componentes de información/educación, habilidades de afrontamiento y apoyo social/emocional. Una de las excepciones a ello era el grupo de investigación basado en el trabajo de Yalom, que

mantenía sesiones semanales durante el curso de un año y empleaba un estilo terapéutico más tradicional de apoyo emocional e interactivo.

También se encuentran los grupos de autoayuda, dirigidos por los mismos enfermos, que se reúnen para compartir experiencias e intercambiar pautas de afrontamiento. Mientras que existen diversos modelos terapéuticos aplicables a las terapias de grupo, no hay evidencia importante que sugiera que uno de ellos sea más eficaz que el otro en oncología. Grupos con una orientación didáctico/informativa son eficaces en mejorar el nivel de conocimiento acerca del cáncer y la adhesión al tratamiento; grupos de orientación conductual son eficaces en aliviar y controlar determinados síntomas físicos en mejorar la adaptación funcional del enfermo, y las terapias grupales no conductuales parecen ser superiores en facilitar la adaptación emocional y en mejorar otras medidas psicológicas globales. Tanto el modelo como el método terapéutico empleados han de ser adaptados a los objetivos grupales, así como a las necesidades específicas de cada grupo de enfermos. Hay estudios que señalan los beneficios de grupos dirigido por un terapeuta entrenado en oposición a los grupos no estructurados de autoayuda, e indican que los primeros son al menos tan beneficiosas como la terapia individual en enfermos con cáncer.

Burton y Watson clasifican los grupos de terapia y apoyo dirigidos al enfermo con cáncer en dos categorías: el modelo psicoeducativo breve y la psicoterapia grupal de apoyo que emplea técnicas no directivas. Estos modelos no son mutuamente excluyentes ya que pueden encontrarse aspectos de uno en las aplicaciones del otro.

Los grupos psicoeducativos son breves, estructurados didácticos y centrados en la resolución de problemas. Suelen incluir entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales. Algunas publicaciones en la literatura psico-oncológica describen estudios que evalúan su eficacia.

Los grupos no directivos tienden a enfatizar aspectos experienciales, ocupando un lugar prioritario el apoyo mutuo entre los participantes. Ejemplo de ellos es el programa de Spiegel y Yalom. En grupos de mujeres con cáncer de mama avanzado se planteaban cuestiones tales como la desmitificación del proceso de morir y se ponía la muerte en perspectiva, clarificando metas vitales y el enfrentamiento a la propia muerte. La eficacia de este modelo está bien establecida en términos de salud mental y calidad de vida. Aplicaciones a otros grupos diagnósticos en diferentes etapas de la enfermedad oncológica requieren mayor investigación. Estos grupos generalmente requieren un mayor compromiso de tiempo por parte de los participantes y terapeutas, dado que su duración puede ser a lo largo de varios meses en reuniones semanales.



Algunos han intentado demostrar cómo la participación en terapias grupales puede mejorar el estado físico del enfermo con cáncer. Spiegel observó en un estudio retrospectivo cómo mujeres con

cáncer de mama metastásico que habían sido asignadas al azar a participar en una terapia grupal basada en el modelo de Yalom habían vivido una media de 18 meses más que las mujeres del grupo control. Sin embargo, Fox observó que las diferencias no se debían a la participación grupal: las mujeres del grupo experimental vivieron lo mismo que la media nacional de mujeres con cáncer de mama avanzado. Lo que ocurrió fue que las de grupo control fallecieron antes, sugiriendo que un error estadístico de muestreo explicaba la mayor supervivencia de un grupo respecto de otro.

En otro estudio con enfermos con melanoma que participaban en una intervención grupal estructurada se observó que, además de mejorías en el estado de ánimo y el afrontamiento, mejoraba el sistema inmunológico de los participantes, efectos que se mantenían hasta un año después del tratamiento psicológico.

Los grupos en oncología se pueden formar en base a patologías tumorales concretas. Así, son comunes las intervenciones grupales para mujeres con cáncer de mama. Otro criterio de selección de los intervinientes puede ser el estadio de la enfermedad. Spiegel ha descrito la eficacia de un grupo de apoyo de doce sesiones de duración en la reducción de alteración emocional global en mujeres con diagnósticos recientes de cáncer de mama. La mayor homogeneidad entre los participantes favorecerá el desarrollo de la cohesión grupal y facilitará el establecimiento de metas más concretas y de intervenciones más focalizadas. Además, a menudo es difícil para enfermos recién diagnosticados de cáncer tomar parte de un grupo en el que haya otros que ya hayan finalizado su tratamiento y para quienes, por ejemplo, la alopecia y otros efectos secundarios de tratamiento ya no sea un área de interés. Las diferencias de género también pueden incomodar a algunos pacientes a la hora de hablar sobre el uso de prótesis, reconstrucción o sexualidad.

Por otra parte, las diferencias en patología, en bagaje personal y en experiencias con la enfermedad pueden ser muy enriquecedoras para el grupo, siempre que no alteren la cohesión entre sus miembros. Por ello, puede resultar muy valioso para el enfermo recién diagnosticado ver la adaptación de un superviviente. El problema con el que se encuentran muchos centros hospitalarios, donde generalmente se desarrollan estos grupos, es la dificultad para formar grupos de enfermos con la misma patología que se comprometan a participar con regularidad en el grupo. Asumiendo que los terapeutas tienen el entrenamiento suficiente para el manejo de las dificultades que puedan surgir con los grupos mixtos, es mejor tener un grupo heterogéneo que no tener grupo alguno.

Los grupos en oncología también pueden variar dependiendo de que los participantes puedan ser enfermos ambulatorios o ingresados. Grupos para pacientes ingresados han de ser necesariamente grupos abiertos, pero estructurados, a los que acuden los enfermos que en ese momento se encuentran ingresados y no necesariamente deteriorados físicamente. Cuestiones que se suelen tratar en estos grupos se refieren a la experiencia de hospitalización, a las expectativas y temores ante el alta hospitalaria, a las relaciones con el personal hospitalario, etc. Suelen centrarse más en el momento presente que están viviendo los enfermos y en cuestiones prácticas relacionadas con su cuidado.

Otras intervenciones grupales en oncología están dirigidas a los familiares del enfermo con cáncer. Igual que en el caso de los propios pacientes, estos grupos pueden celebrarse en las plantas hospitalarias para los familiares de los enfermos ingresados, o con carácter ambulatorio.

También los grupos de duelo suelen ser válidos en cuanto a facilitar la elaboración del duelo por las pérdidas de un ser querido tras una, generalmente, larga y compleja enfermedad. Generalmente, estos grupos proporcionan información a los dolientes acerca del proceso de duelo y promueven además la expresión afectiva y la identificación de estrategias que les pueden guiar en su recuperación, además de facilitar a los dolientes la exploración de la relación que mantenían con las personas fallecidas.

Diseño de grupos terapéuticos en oncología

Son numerosos los impedimentos con los que nos podemos encontrar a la hora de diseñar un grupo psicoterapéutico para enfermos con cáncer en un grupo hospitalario. En primer lugar, la ya tan mencionada dificultad para poder reunir a una serie de personas con la misma patología general. Si los enfermos están ingresados, con frecuencia no se encuentran lo suficientemente fuertes ni motivados como para participar. Si están en tratamiento ambulatorio activo, su asistencia continuada al grupo quedará

frecuentemente interrumpida por los efectos secundarios del tratamiento. Si son supervivientes, la mayoría se habrán reinsertado laboralmente, lo cual genera un problema horario, y además muchos desean evitar acudir al hospital en la medida en que ello sea posible. Muchos rechazan su participación basándose en que el contacto con otros enfermos nos les va a ayudar a superar el trauma de su enfermedad.

Antes de pensar en cómo organizar un grupo en oncología, será necesario identificar las necesidades de los enfermos y de los servicios oncológicos. Carece de sentido el plantear un grupo para pacientes con cáncer de colon si los enfermos que padecen este tipo de tumor no están interesados en participar, están demasiado enfermos para hacerlo, o si el personal sanitario implicado en su tratamiento no considera el grupo lo suficientemente importante o necesario para colaborar en el proceso.



Algunas cuestiones prácticas a tener en cuenta, a la hora de planificar incluyen:

- Definir cuándo y dónde se va a reunir el grupo.
- determinar cómo se va

a identificar a los potenciales participantes – a través de los miembros del personal sanitario, de los servicios de psico-oncología, contactando directamente con ellos, etc. -.

-Determinar si el grupo será cerrado – participación limitada siempre a los mismos miembros – o abierto – cualquier paciente podría incorporarse en cualquier momento, lo cual puede interferir en la cohesión e interrumpirá el proceso de grupo -.

-Definir la homogeneidad o heterogeneidad de los miembros del grupo en cuanto a patología tumoral, estadio de la enfermedad, etc.

- Definir cómo se va a informar a otros profesionales sanitarios acerca del grupo y de la participación de los asistentes.
- Definir si se va a emplear algún método de recogida de información.
- Identificar actividades de otros servicios hospitalarios con los que pudiera interferir la celebración del grupo.
- Especialmente en los grupos estructurados de orientación didáctica y cognitivo-conductual, preparar material a distribuir o emplear durante las sesiones grupales – videos, hojas informativas, etc. –
- Obtener información de otras instituciones en las que se lleven a cabo grupos similares con el fin de aprender acerca del funcionamiento de otros programas.
- Tener en formación la formación de los terapeutas.
- Definir claramente los criterios de selección –inclusión y exclusión- de los participantes.
- Establecer reuniones regulares para asegurar el trabajo en equipo y el desarrollo óptimo del programa.
- Definir si se van a llevar a cabo evaluaciones pre y posgrupales para valorar la eficacia del grupo.

En cuanto al desarrollo del grupo, es importante en un primer momento definir las reglas concisa y claramente, enfatizando la necesidad de ajustarse a ellas. Es importante tener en cuenta dos reglas: comprometerse acudir a todas las sesiones – con la excepción natural de ausencias por causa mayor, por ejemplo, ser hospitalizado – y mantener la confidencialidad – es muy importante en el entorno hospitalario, donde con mucha facilidad se tiende a compartir información acerca de otros pacientes en las salas de espera -.

También tendremos que definir de antemano si participará algún otro profesional en alguna otra sesión. Por ejemplo, en algunos grupos puede ser de gran utilidad invitar a un médico especialista para responder a preguntas específicas que puedan tener los enfermos relacionadas con el cáncer y sus tratamientos. Mientras que en algunos grupos podemos invitar a un oncólogo, en otros puede ser conveniente un nutricionista para poder aclarar cuestiones relacionadas con la alimentación y el cáncer sobre las que los miembros del grupo tenían dudas – véase la importancia de esto en grupos de enfermos con cáncer de colon -.



También puede ser importante invitar a un especialista que no haya tratado médicamente a ninguno de los miembros del grupo. Es útil repasar con los enfermos la sesión previa a la de la

asistencia del especialista algunas cuestiones sobre las que les gustaría aprender más. Además de aportar información útil y práctica a los participantes acerca de su estado físico, estas sesiones pueden cumplir además otra función: la desproporcionar un entorno en el que se vive al profesional de una manera más cerca de a como suele ocurrir en la consulta. Se facilita la interacción médico-paciente y frecuentemente estas sesiones aportan una oportunidad para practicar habilidades que faciliten la comunicación con el especialista. Esto es particularmente útil en los casos de enfermos que mantienen una relación distante con su médico debido a inhibiciones personales, culturales o de cualquier otra índole.

El terapeuta ha de favorecer el desarrollo de la cohesión grupal desde la primera sesión. Resaltar las equivalencias entre los participantes es una forma de conseguirlo. En cambio, en grupos con enfermos oncológicos, especialmente aquellos que son homogéneos en cuanto a patología tumoral, es igualmente importante señalar que, a pesar de la similitud diagnóstica, el curso de la enfermedad varía de un paciente a otro, aún habiendo recibido el mismo tratamiento. De este modo, se puede aliviar la sobreidentificación que tiende a producirse de unos enfermos con otros padeciendo el mismo tipo de cáncer, pero cuya enfermedad progresa con mayor rapidez.

Cuando se produce la ausencia de uno de los participantes, la posibilidad de que haya recaído o fallecido es la primera posibilidad que se plantean los participantes del grupo. Se debe de facilitar la expresión afectiva asociada a la progresión de la enfermedad o a la muerte de alguno de sus participantes. Generalmente estos sucesos alteran el proceso grupal y se ha de contar con ellos a la hora de organizarlos, especialmente si los intervinientes tienen la enfermedad en estadios avanzados.

Los temas que generalmente se tratan en grupos oncológicos suelen ser aquellos relacionados con el cáncer y los tratamientos; la amenaza continua de muerte; el estado afectivo; el impacto de la enfermedad sobre la vida familiar, social y laboral; el aislamiento y soledad generados por el cáncer, etc. Vugia categoriza en cuatro temas los más importantes que suelen tratarse en estos grupos:

Cuatro temas importantes para tratar en grupo (Vugia)	☒ Cuestiones intrapsíquicas: temor a la muerte, agresividad, ira, depresión, preocupación ☒ Cuestiones interpersonales: relaciones conyugales/de pareja, sexualidad ☒ Cuestiones sociales: estigma, aislamiento y cambios en el estilo de vida
--	--

	☒ Cuestiones relacionadas con el cáncer: efectos secundarios de los tratamientos, opciones terapéuticas y relaciones médico-paciente
--	--

Estilos terapéuticos

Spira ha descrito tres estilos terapéuticos de intervención grupal: deductivo, interactivo e inductivo.

En el estilo deductivo el terapeuta actúa como educador sanitario; presenta temas sobre los que los participantes desean aprender algo con el objeto de proporcionar información que les pueda ser útil en el momento actual y en el futuro. Se basa en los principios de la educación y la información se presenta en el contexto de las motivaciones y la condición de los enfermos con el fin de que se pueda integrar de la mejor manera posible en sus vidas. Se emplea en grupos con una orientación y objetivos fundamentalmente didácticos.

En el estilo interactivo el terapeuta puede hacer énfasis en la interacción con los enfermos en la interacción con los enfermos y en ciertos aspectos, tales como mejorar la comunicación, manejar el estrés, etc. Se emplea un acercamiento estructurado basado en la lectura, la experiencia y la discusión. Por ejemplo, el terapeuta presenta un tema durante cinco o diez minutos; los participantes realizan algún ejercicio de papel y lápiz



por parejas, etc. de veinte a treinta minutos con el fin de personalizar lo expuesto; el terapeuta facilita una discusión de temas

relacionados con lo trabajado, o facilita una discusión acerca de las estrategias que pueden emplearse en determinadas circunstancias y acerca de las barreras para su implementación correcta.

El estilo inductivo consiste en una manera más tradicional de facilitar un grupo. Aquí el terapeuta facilita la discusión sobre cualquier tema que los pacientes identifiquen. En lugar de presentar temas concretos sobre los cuales poder aprender algo, practicar o discutir, se hace énfasis en facilitar el proceso de la discusión de manera que los participantes traten los temas en términos personales, específicos y emocionales, interactuando entre ellos para encontrar estrategias de afrontamiento. El terapeuta raramente aconseja o presenta temas. Tampoco estructura las interacciones entre los miembros del grupo a través del uso de ejercicios. Facilita la discusión a través de preguntas. Si la discusión sigue un curso adecuado, el terapeuta no ha de hacer intervención alguna. Resumir o parafrasear los sentimientos o temas expresados por un paciente o por el grupo asegurará al terapeuta haber comprendido lo expresado y transmitirá confianza a los participantes de que realmente han sido comprendidos por él.

Es importante que el terapeuta no presione excesivamente la expresión afectiva de un paciente, sino que más bien proporcione una oportunidad para que el sujeto dado la explore. En ocasiones, los pacientes verbalizan el problema de modo que implique impotencia o desesperanza y pérdida de control. Aquí el terapeuta puede plantear alguna pregunta que facilite la exploración de maneras adaptadas de enfrentarse a la situación, en lugar de rendirse o desesperarse. En realidad, existen muchas situaciones sobre las cuales un paciente oncológico no tiene control. En cambio, también es cierto que existen muchas maneras en las cuales puede participar de una forma activa en su resolución o en tener una vivencia más adaptada de la situación. Puede aprender a reaccionar de una manera más eficaz ante la crisis, a mejorar la comunicación con otros también implicados en la situación, o a buscar formas más efectivas de favorecerla. Cuando un paciente en concreto no puede encontrar solución a alguna dificultad, el terapeuta puede preguntar al grupo si tienen para él alguna sugerencia. En lugar de ofrecer soluciones, el terapeuta facilita que dicho sujeto la encuentre a través del grupo.

Otra de las funciones del terapeuta será el de facilitar interacciones entre los participantes, evitando que los pacientes se relacionen con él exclusivamente. Yarto distingue entre las posibles intervenciones de un moderador de grupo, indicando ser más decisiva la actitud general de éste y la teoría que le guíe en su proceder que ninguna de sus intervenciones por separado. Algunas de estas intervenciones incluyen:

- Intervención del proceso; lleva la atención hacia “lo que está pasando”. Es la intervención óptima. La autopregunta – “me pregunto por qué...” – no parece ser tan eficaz como el reflejo de una actitud más auténtica de lo que uno está viviendo.

- Aclaraciones de contenido. El moderador aporta datos, aclara, narra una experiencia, etc. sobre lo que está hablando, en dependencia de lo que haya manifestado el grupo. Es un tipo de intervención propia de un grupo de discusión.

- Intervenciones directivas. Se realiza una acción al grupo. Pueden incluir desde iniciar un pequeño ejercicio hasta pedir que se responda a un tipo cuestionario. Se usan en casos críticos o también cuando el grupo de bloquea. Hay que pensar antes de emplearlos si su uso va a compensar la pérdida de autonomía grupal. Pretenden acelerar el proceso y modificar la estructura del grupo.

- Preguntas directas. Este tipo de intervenciones suele responder a que el moderador mismo está ansioso porque las personas manifiesten sentimientos y aprendan a hacerlo. Pueden provocar pasividad en el grupo.

- Feedback directo. El terapeuta expresa directamente a alguna persona la impresión que le produce. Estas intervenciones pueden ser un modelo para que el grupo aprenda una forma útil de comunicarse. Sin embargo, cuando el feedback lo proporciona el moderador, se magnifica y se aleja de estimar el de los demás miembros del grupo. Es mejor omitir este tipo de intervención.

-Intervenciones teóricas. El moderador comunica teoría que considera importante para comprender lo que pasa o va a pasar. Este tipo de intervención se usa muy poco. Uno debe de ser consciente de su deseo de aparecer como un experto ante el grupo.

-Intervenciones interpretativas. Puede referirse tanto al grupo como a los intervinientes. Es correcto darles un tono exploratorio. Con todos sus inconvenientes deben de ser muy directivas, las intervenciones diagnósticas tienen la ventaja de que llaman poderosamente la atención sobre el proceso, y de que ayudan a ir creando en los intervinientes una manera más profunda de leer las relaciones interpersonales y los fenómenos personales.

Bibliografía

- Alizade, AM. Clínica con la muerte. Amorrortu, Bs As 1995.
- Bayes, R. Psicología Oncológica. Martínez, Roca, Bcn 2005.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. Cognitive therapy of depression. Guilford, Nueva York 1979.
- Burton, M. Y Watson, M. Counselling people with cancer. Wiley and sons. New York 1988.
- Die Trill, M. Más allá de las palabras: Principios generales de la comunión con el enfermo oncológico. En Die Trill M (ed.) Psicooncología. Ades, Madrid 2003.
- Fernández, M., Yélamos, C. Rehabilitación social del enfermo de cáncer. Rev. Cáncer 2006.
- Holland, J.C. and Rowland, J.H -Handbook of Psychooncology: Psychological Care of de Patient with cancer. Oxford University Press, U.S.A. 1990.
- Kollbrunner, J. Freud enfermo. Hender, Bcn 2001.
- Kübler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Monardes, Madrid 1992.
- Laín Entralgo, P. La Relación Médico Enfermo. Revista de Occidente. Madrid 1964.
- Lopez Yarto, L. Dinámica de grupos. Cincuenta años después. Edit. Desclée, Bilbao 1999.
- Luborsky, L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: A Manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York 1984.
- Malan, DH. Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia. Paidós, Bs As 1983.
- Malan, D.H. La Psicoterapia Breve. Centro Editor de América Latina. Argentina. 1974.
- Patrice Guex. An Introduccion to Psycho-Oncology Routledge. London 1994.
- Pérez Sánchez, A. Prácticas Psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la Asistencia Pública. Paidós. Bcn 1996.

- Spiegel, D., Bloom JR, Yalom, I. Group support for patients with metastatic cancer. Arch. Gen.Psychiatry 1981.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA 1970.
- Spira, J.L.Group Therapies. En Holland J (ed.). Psychooncology. Oxford University Press, New York 1988.
- Straker, N. Psychopdynamic Psychotherapy for cancer patients. The journal of Psychotherapy. Practice and research 1988.
- Strupp, H.H. y Binder, J.L. Una nueva perspectiva en Psicoterapia. Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao 1993.
- Vidal y Benito M. del C. Acerca de la buena comunicación en Medicina. Conceptos y técnicas para médicos y otros profesionales del Equipo de salud. Ediciones IUC 2002.
- Vugia, H. Support groups in oncology: Building hope through the human bond J Psychosoc Oncol., 1991.
- Yalom, ID. Existential psychotherapy. Basic Books, New York 1980.
- Yalom, Y. The theory and practice of group psychoterapy. Basic Books, New York 1985.

Cuestiones

1. En la psicoterapia dinámica indica los triángulos del conflicto en Malan.
2. Señala las ventajas y desventajas de la psicoterapia interpersonal telefónica. En qué se diferencia esta psicoterapia de la TIP convencional.
3. Aporta la fórmula de la terapia psicológica adyuvante.
4. Cita el listado que formuló Gordon acerca de los tipos de comunicación que deben de ser evitados tanto en el Counselling como en terapia.
5. Qué factores han de cambiar para adaptarse a las necesidades de los pacientes oncológicos.
6. Identifica los tres estilos terapéuticos de intervención grupal para Spira.
7. Aporta tu opinión sobre el tema.