



Experto en psicooncología



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XV. PSICOLOGÍA DINÁMICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Introducción

El concepto "psicoterapia" constituye un constructo complejo de difícil definición en pocas palabras. Autores sobre este tema como Raymond y Corsini, 1995, proponen que se trata de 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.

Dicho malestar puede corresponder básicamente a uno o varios de los siguientes tipos: trastornos del pensamiento, de la afectividad, del comportamiento, sin que se descarten las perturbaciones físicas.

El o los terapeutas manejan métodos y técnicas de intervención psicológica muy variados, fundamentados en las diversas teorías de la personalidad y están legalmente autorizados a ejercer dicha función.

Las psicoterapias tienen como objetivo producir algún cambio en el paciente, es decir que no constituyen un fin en sí mismo, sino un medio para lograr un objetivo. Se trata de un tratamiento psicológico, fundamentado en una muy particular relación entre el paciente y su terapeuta. La confianza que se construye con actitudes y conductas a través del tiempo es uno de sus componentes básicos y también lo es, la concepción acerca de la salud y de la enfermedad de la cultura en la cual están inmersos paciente y terapeuta.

La psicoterapia 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.

Algunos autores han planteado que en general, cualquier forma de psicoterapia puede ser beneficiosa para el paciente, ya que los buenos resultados de la misma dependen más de su fortaleza yoica y de la personalidad del terapeuta que del modelo teórico que se



aplique –Sifneos-.

Otros han hablado de un "impulso autónomo" hacia la salud que todas las personas poseen y que permitiría superar las crisis que forman parte de la evolución normal de la vida. Las psicoterapias reforzarían este impulso.

La revisión de Luborsky, Singer y Luborsky, 1975, clásicos de este tema y los trabajos posteriores de Smith, Glass y Milla, 1980, demostraron la ausencia de diferencias significativas al comparar resultados de distintas psicoterapias, en patologías equivalentes.

Se puede por lo tanto aceptar que los buenos resultados de un tratamiento psicoterapéutico son directamente proporcionales a la pericia y capacidad de comprensión del terapeuta, así como a las expectativas que el paciente haya depositado en la figura del mismo desde el inicio, ya sea por referencias de otros pacientes o por los términos y la actitud utilizados por el profesional que lo recomendó. También el grado de fortaleza del Yo del paciente, influirá en el tratamiento.

Por otra parte, es razonable pensar que independientemente de la pericia del terapeuta y de la salud mental de los pacientes, existen técnicas psicoterapéuticas que resultando muy adecuadas en determinadas circunstancias resultan muy poco útiles y hasta perjudiciales en otras. Esta temática ha sido ampliamente desarrollada por los teóricos

de las Psicoterapias Breves o de objetivo limitado, por ejemplo, en relación al tema de la neurosis de transferencia.

Los modelos pueden ser muy variados y dependen de la orientación de cada grupo o escuela. En 1980 Herink publicó un libro en el que identificaba más de 250 terapias psicológicas diferentes y al año siguiente, Corsini las combinó en un manual logrando "reducirlas" a 64 psicoterapias.

Podríamos decir entonces, que las psicoterapias constituyen un método terapéutico que tiene por finalidad resolver menoscabos de la salud mental de los sujetos humanos, aunque sabemos que este último concepto es de difícil definición ya que está ligado a las representaciones sociales acerca de la salud y de la enfermedad y a los paradigmas socioculturales dominantes en cada momento histórico.

En cuanto a la salud en general, existe acuerdo de que no puede ser definida meramente como la ausencia de enfermedad, sino por ejemplo, como "un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado", René Dubos, 1956, o como definió la OMS en 1978, más sintética y abarcativamente, como "un estado completo de bienestar físico, psicológico y social" – definición altamente idealizada que nos empujaría al goce -.

Las psicoterapias se han asociado tradicionalmente a la Salud Mental o a la Enfermedad Mental, según el paradigma de referencia, pero si tomamos en consideración que cuando las personas presentan una enfermedad somática padecen de un menoscabo en el estado de bienestar, lo que genera en cada sujeto un modo particular de sufrimiento psíquico, podemos plantear entonces la necesidad de implementar tratamientos psicoterapéuticos en las personas que padecen enfermedades médicas.

Psicoterapia y psicofarmacología

Durante bastante tiempo se consideraron a estas dos terapéuticas como intervenciones antagónicas y excluyentes, llegándose a plantear que los psicofármacos al "suprimir" la emocionalidad displacentera, generaban una ilusión de mejoría que alentaba a los pacientes a abandonar el tratamiento psicoterapéutico prematuramente; que "bloqueaban" la angustia impidiendo la elaboración de los conflictos que la generaban; que producían mejorías sintomáticas y que los problemas de base terminaban retornando con mayor gravedad; que los fármacos representaban "el poder médico" y constituían un "chaleco químico" que encorsetaba los conflictos sin resolverlos y sometía al ser humano embotando sus capacidades cognitivas y atentando contra su libertad.

Con el paso del tiempo, el desarrollo creciente de las psicoterapias cognitivo-conductuales, que además del enfoque particular que proponen se caracterizan por la adhesión y el fomento de la investigación como fundamento de la aplicación clínica de



las mismas, se generó una apertura importante que difundió rápidamente y comenzaron a realizarse trabajos comparativos que no hubieran podido ser realizados con el modelo psicoanalítico por sus particulares

características.

A dichos trabajos que comparan los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas con los de las psicofarmacológicas, se los llamó "battle turf o batalla de las carreras de caballos" -Elkin 1989 y Klein D.F. 2.000 -.

También se realizaron trabajos de investigación de tratamientos combinados, citamos a Weissman 1979, Blackburn 1981, Hollon 1992 y Miller en 1999, que han sido muchos menos, han producido resultados contradictorios y que por lo tanto resultan de menor influencia en la práctica cotidiana de la Psiquiatría.

En los estudios sobre tratamientos combinados de la depresión los resultados evidencian que ambos actúan sinérgicamente de un modo positivo y se recomiendan sobre todo en los cuadros más graves y recurrentes y también cuando existe respuesta parcial con tratamiento único o dificultades en la adherencia -Conte, Klerman, Miller 1999-.

Los tratamientos combinados pueden ser bipersonales, -psiquiatra y psicólogo- o unipersonales, -psiquiatra con formación psicoterapéutica-. Para Glenn Gabbard (2001), es preferible que ambos tratamientos los realice una sola persona ya que así se debilita la disociación entre lo biológico y lo psicológico.

Si bien el tema deberá ser investigado cuidadosamente, es de suponer que habrá situaciones que hacen más recomendable una indicación que otra: por ejemplo, cuando existen trastornos de personalidad límite, el tratamiento bipersonal colaborativo puede acotar mecanismos como las actuaciones, las contraidentificaciones y el splitting, que además de la dificultad que implican para el trabajo terapéutico, pueden conducir al agotamiento del terapeuta si éste actúa solo. Pero, por otra parte, los profesionales que proponen el tratamiento unipersonal postulan que la tendencia a proyectar la escisión se ve favorecida en los tratamientos bipersonales, claro que esto es especialmente cierto cuando no existe un vínculo cooperativo entre los terapeutas.

Gabbard plantea que el tratamiento unipersonal por el médico psiquiatra es lo más indicado en los trastornos borderline de la personalidad, la Esquizofrenia, en el Trastorno Esquizaafectivo con poca adherencia al tratamiento, en pacientes bipolares con poca conciencia de enfermedad, en pacientes con enfermedad médica inestable en la que es conveniente que el terapeuta tenga conocimientos médicos, en enfermos que requieren

hospitalizaciones frecuentes como en los suicidas recurrentes y los que padecen de trastornos graves de la alimentación.

Por otra parte, el avance de las neurociencias produjo un mayor conocimiento acerca del funcionamiento del SNC y de los psicofármacos, lo que redimensionó las concepciones sobre los efectos de los mismos, al tiempo que se conocían las modificaciones neurofisiológicas y neurobiológicas cerebrales que las intervenciones psicoterapéuticas producen, acuñándose el concepto de neuroplasticidad y reverdeciendo la clásica incógnita de las relaciones mente-cuerpo, cerebro-mente, cerebro-psique-cuerpo, etcétera – referido por Kandel-.

De todo ello surge a pesar de que la "batalla del turf" continúa, una tendencia a aceptar los tratamientos combinados como parte de una concepción más amplia e integradora que intenta superar el dualismo cartesiano y que propone al hombre como una totalidad integrada biopsicosocial.



No obstante, las personas en general suelen desconfiar de los psicofármacos y los enfermos somáticos suelen resistirse tanto a los mismos como a realizar psicoterapia. Los licenciados en la Carrera

de Psicología tienden a priorizar las psicoterapias, por las características de su formación en la que no se incluye la farmacología. Los estudiantes de Medicina y los médicos generales son cautelosos por los efectos secundarios de los psicofármacos. Los medios de comunicación contribuyen a las actitudes prejuiciosas sobre los mismos, sobre todo

las referidas a las supuestas capacidades adictivas de los psicofármacos, mientras por otra parte venden espacios publicitarios muchas veces de modo encubierto promocionando nuevas medicaciones y procedimientos.

Intervenciones en psicooncología

La enfermedad oncológica por su incidencia y prevalencia, por sus características de gravedad, por las de sus tratamientos y también por su ominoso significado cultural que a pesar de los avances de la ciencia y de la técnica aún hoy se mantiene, puede ser conceptualizada como un acontecimiento traumático que impacta en la vida de los que la padecen generando intentos de elaboración que se traducirán en conductas ajustadas o desajustadas a la situación.

Las investigaciones revelan que los enfermos de cáncer presentan tres veces más Trastornos Psiquiátricos que la población general y dos veces más que los enfermos con otras patologías somáticas, salvo el Sida. – Derogatis,1983-.

Debido a la importancia de la repercusión emocional de esta enfermedad tan prevalente y de incidencia creciente en el mundo, se fue desarrollando en la interfase Psicología-Psiquiatría-Oncología una verdadera subespecialidad, la Psicooncología, que se dedica al estudio e investigación de los aspectos psicosociales de las personas enfermas de cáncer y de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas orientadas, sobre todo, a mejorar la calidad de la vida de dichos pacientes.

Las intervenciones que propone la Psicooncología son tan variadas como la enfermedad oncológica misma y pueden ser clasificadas como preventivas y terapéuticas; familiares, individuales y grupales; psicoeducativas, psicoterapéuticas y psicofarmacológicas; no tradicionales como las técnicas de relajación, ensueño despierto, visualización, arteterapia, etc.

En este tema se presenta un modelo de psicoterapia fundamentado en conceptualizaciones dinámicas acerca del sujeto humano y de su relación con el entorno, que se inscribe dentro de las focalizadas.

Por otra parte, este modelo por sus características puede ser implementado simultáneamente con intervenciones psicofarmacológicas, ya que no existe ningún elemento técnico que contraindique dicha asociación.

Es importante remarcar que tanto el psicoterapeuta como el médico que se ocupa de la medicación psicofarmacológica deben tener un claro registro de su propia contratransferencia con respecto al rol de los fármacos y también de lo que representan dinámicamente para el paciente ya que la adherencia dependerá de ello.

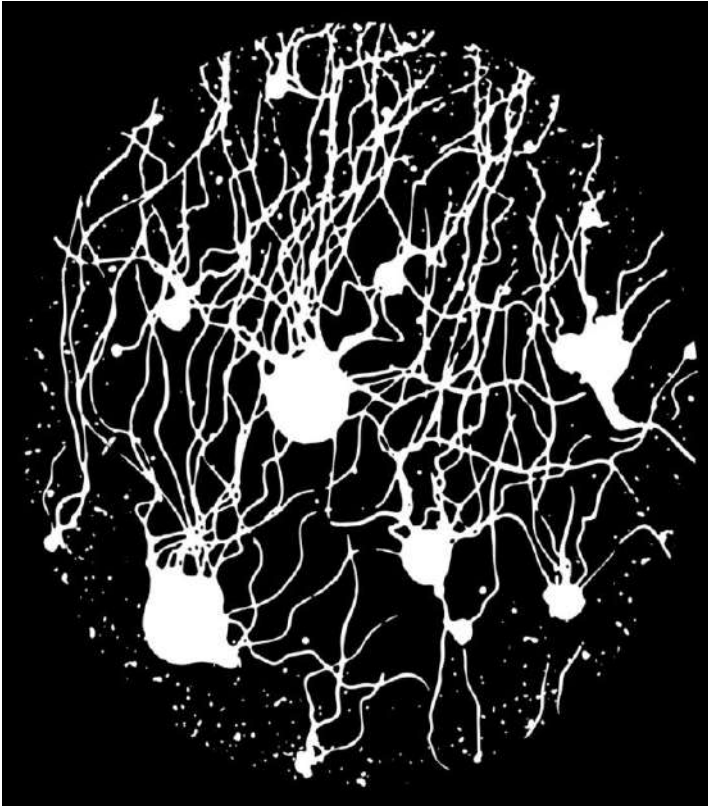
La medicación puede representar el cuidado, el deseo de ayudar y de disminuir el sufrimiento, la validación dicho sufrimiento, una imposición desde la autoridad, una intromisión que cambiará la personalidad, un símbolo de debilidad y dependencia, un intento de descalificar la figura del psicoterapeuta o la psicoterapia, un instrumento de poder y en ese sentido la interpretación puede no serlo menos.

Pero si bien estos significados deben ser tenidos en cuenta al momento de indicar el tratamiento psicofarmacológico, la indicación debe estar fundamentada en el diagnóstico psiquiátrico y psicopatológico del paciente.

Es importante tener en cuenta que aliarse a la resistencia del paciente con respecto a los psicofármacos representa en última instancia, que el profesional de la salud opta por retener el poder sobre la situación, aunque para ello deba renunciar a su convicción profesional.

Muchas veces la intolerancia de los pacientes a los efectos secundarios de algunos psicofármacos se relaciona con la resistencia a dejar de ser un ser sufriente, centro de la atención de la familia y los amigos.

Para el modelo biomédico todo malestar es enfermedad y por lo tanto se resuelve con fármacos. Muchas veces el sufrimiento de los pacientes es en gran parte existencial y en



ese caso los psicofármacos no podrán hacerlo desaparecer y agregarán el malestar de los efectos secundarios que producen.

Por lo tanto, los significados mencionados deberán ser procesados por el paciente para que no interfieran en el cumplimiento de la prescripción y en el logro del objetivo terapéutico de la misma, independientemente de que el

tratamiento combinado sea llevado a cabo por uno o por dos profesionales.

Psicoterapia focalizada dinámica para enfermos de cáncer

Aspectos técnicos

Según Glover, la diferencia entre Psicoanálisis y Psicoterapia es la diferencia entre un enfoque principalmente dinámico y otro principalmente estructural. En un caso se reducen las cargas patógenas y en el otro se refuerzan las defensas yoicas contra las cargas patógenas –apuntado por Tarachow -.

En este caso se trata de un tratamiento selectivo, limitado, en el cual se intenta una redistribución de los mecanismos de defensa, donde el fortalecimiento del Yo es una parte importante de la tarea.

El propósito de esta psicoterapia es producir en el paciente un cambio favorable que le permita afrontar su enfermedad somática y el tratamiento de la misma. Se propone mejorar la calidad de vida del paciente oncológico mediante la atenuación o supresión de los síntomas emocionales y la elaboración de estrategias de afrontamiento.

Se trata de una psicoterapia dinámica y específica y no debe ser confundida con una forma abreviada y económica de Psicoanálisis y tal como sucede en las Psicoterapias Breves, carece de los objetivos investigativos del mismo.

El rol del terapeuta es más activo y debe resaltarse que no se fomenta la ambigüedad con respecto a la figura del terapeuta ni a la situación.

La regresión que se produce por las características de la enfermedad y de sus tratamientos -necesidad de ser mantenidos en aislamiento, dificultades para alimentarse, decaimiento físico extremo, miedo a morir-, fomentan las proyecciones sobre los miembros del equipo de salud: el enfermero, el kinesiólogo, el médico de internación, el oncólogo, el nutricionista, el psiquiatra y/o el psicólogo.

Sería extremadamente contraproducente que esta situación fuera promovida induciendo una mayor regresión en el enfermo mediante las intervenciones del psicoterapeuta.

Tomemos un ejemplo: Un joven paciente con cáncer de mal pronóstico. En el momento en que la enfermedad comienza a avanzar, aún en pleno tratamiento, su oncólogo debe dejar de atenderlo por razones de fuerza mayor. La familia desde ese momento comienza a atribuirle al nuevo oncólogo la mala evolución de la enfermedad. Realizan interpretaciones francamente distorsionadas de las situaciones que se van sucediendo.

Los señalamientos, las argumentaciones, las explicaciones no son incorporadas. Finalmente cambian de Oncólogo y de institución, no obstante, persisten en una relación de transferencia positiva idealizada con la psiquiatra de enlace.



Fue imposible deshacer el mal concepto acerca del médico que en realidad trató en todo momento de ayudarlos. Para la familia, el paciente fue considerado una víctima del último médico y falleció por fallas en el tratamiento que éste implementó, negándose a reconocer y aceptar que la enfermedad había resultado imposible de detener en el estado actual de los conocimientos médicos.

No se sostiene el anonimato absoluto del terapeuta, ni se fomenta el desarrollo de la neurosis de transferencia. La sesión transcurre bajo la forma de un diálogo entre paciente y terapeuta, sin que se excluya por completo la asociación libre.

Es necesario evitar las intensas reacciones de dependencia, por medio de argumentaciones esclarecedoras, referidas a circunstancias internas o externas del paciente, interpretando muy pocas veces la transferencia.

El material actual adquiere una gran relevancia: es muy difícil que un paciente oncológico acepte hablar mucho tiempo de otra cosa que no sea su enfermedad, sobre todo al principio del tratamiento. Son una excepción, los pacientes con un alto grado de negación y aquellas personas francamente psicopatológicas, en las cuales la enfermedad somática queda en segundo plano por alteraciones en el juicio de realidad.

El objetivo general del tratamiento es mejorar la calidad de vida del enfermo de cáncer a partir de la atenuación del sufrimiento que la enfermedad le produce favoreciendo el desarrollo de actitudes y conductas ajustadas a su situación.

Como objetivos específicos tenemos el mantener el foco primario en la Enfermedad y en las vicisitudes que surgen de su evolución favorable o desfavorable. Explorar, reconocer, resignificar aquellas características del comportamiento y del pensamiento del paciente, de su pasado y de su presente que afectan desfavorablemente el ajuste a la Enfermedad. Favorecer la elaboración de estrategias de afrontamiento de las diversas circunstancias que debe atravesar que le permitirán insertarse en la vida, sostener los tratamientos, tomar decisiones, comprender su situación. Fortalecer los factores que propenden al desarrollo de conductas resilientes, es decir superadoras de la adversidad. Fortalecer la alianza terapéutica con el oncólogo tratante. Fortalecer la autonomía del paciente y la toma de decisiones.

También mejorar la adherencia a los tratamientos que el paciente decidió realizar. Lograr reinsertarse en la vida cotidiana elaborando la incertidumbre. Preparar para la terminalidad y la muerte cuando ello sea necesario.

Primera Entrevista. Características

Los pacientes con diagnóstico de cáncer concurren a la consulta generalmente derivados por su oncólogo, aunque a veces, lo hacen espontáneamente y por su cuenta, no porque deseen "analizarse", sino porque el diagnóstico de su enfermedad -al principio-, las características particulares de los tratamientos oncológicos o la progresión de su enfermedad, más tarde, les producen tal grado de sufrimiento, que les impide el afrontamiento sin ayuda especializada.

Finalidades de la primera entrevista	☒ Realizar la evaluación psicooncológica del paciente y contener su angustia ☒ Se evalúa el vínculo establecido con el médico tratante ☒ Se tiene en cuenta la estructura del grupo familiar y la posibilidad de sostén por el mismo ☒ Escucha del terapeuta para favorecer el despliegue de la personalidad del paciente
---	--

La primera entrevista debe cumplir con varias finalidades:

- Realizar la evaluación psico-oncológica del paciente y al mismo tiempo, contener su angustia, promover su confianza y proponer un camino a seguir, de tal forma que se sienta aliviado por haber tomado la decisión de consultar. Se trata de una entrevista diagnóstica y terapéutica.

La evaluación comprende: el diagnóstico psicopatológico del paciente, el grado de conciencia de enfermedad y el nivel defensivo con que afronta la situación. Además, se tiene en cuenta la enfermedad somática, el momento evolutivo de la misma, el tipo de tratamiento que se está realizando y los que se realizarán en el futuro.

- Se evalúa el vínculo establecido con el médico tratante y se considera la factibilidad de realizar intervenciones en el mismo.

- Se tiene en cuenta la estructura del grupo familiar y si la posibilidad de sostén puede llegar a desarrollarse espontáneamente o con ayuda terapéutica.

Esta o estas primeras entrevistas configuran un campo, y es importante, según nos indica Bleger, no olvidar que las características del mismo deben corresponder a las necesidades del paciente entrevistado.



El psico-oncólogo, debe permitir y favorecer, con su actitud de escucha y con intervenciones atinadas, "el despliegue" de la personalidad del paciente. Si bien es

imposible no interferir, ya que la mera presencia condiciona el desarrollo de la entrevista, que sería diferente con otro entrevistador, no hay que olvidar que, el objetivo de este encuentro es develar "el misterio" del que ocupa el lugar de paciente, qué le pasa en esta circunstancia de su vida y cómo puede ser ayudado.

Pongamos el ejemplo de una mujer, con cáncer de mama. Se realizó cuadrantectomía, vaciamiento ganglionar -ganglios positivos- y quimioterapia. Radioterapia posterior.

Eje 1: Trastorno Adaptativo Inespecífico

Eje 2: Rasgos Obsesivos

Eje 3: cáncer de mama, quimioterapia

Eje 4: Soltera. Sin hijos.

La paciente es el único sostén económico de sus padres septuagenarios. Hija única. Parejas ocasionales. Actualmente sola. Pocos amigos que desconocen su situación porque la paciente la oculta por temor al abandono.

Continuó trabajando durante la quimioterapia por miedo a perder el trabajo, -profesional sin relación de dependencia ni contrato con la empresa-.

Eje 5: Síntomas moderados. Dificultades para cumplir con su trabajo.

Hipoafectividad. Decaimiento. Poco entusiasmo. Ataques de pánico ocasionales, dificultad moderada en el funcionamiento social u ocupacional -pocos amigos, conflicto con compañeros de trabajo-.

GAF. Evaluación Global del funcionamiento: 60, desajuste moderado.

Nivel Defensivo: La paciente se maneja con aislamiento, represión, formación reactiva y también con racionalizaciones e idealizaciones.

El nivel defensivo dominante es el de las Inhibiciones Mentales -DSM IV-.

La descompensación de esta paciente se produce debido a que el tratamiento quimioterápico la afecta en lo laboral y no le permite desempeñarse con la rigurosidad y autoexigencia que le son habituales, lo que de por sí resulta ansiógeno para ella -traducido en aspectos Obsesivos, sobreadaptación-.

Además, el hecho de carecer de red social de apoyo y de sentirse responsable por sus padres ancianos incrementa su vulnerabilidad por lo que su estrategia defensiva es solo parcialmente exitosa y se angustia.

Durante la primera entrevista, así como en el transcurso del tratamiento, el terapeuta es continente en el sentido de que recibe las angustias que el paciente vuelca en él, no para que queden depositadas en una mera actitud catártica, sino para que poco a poco, según la evaluación que haga de las capacidades de su paciente, pueda ir devolviendo el material para pensarlo y elaborarlo juntos.

Encuadre

En cuanto al encuadre, los psicoanalistas plantean que no puede existir proceso psicoanalítico sin el mismo, fundados en que para que el proceso exista, debe coexistir el no-proceso, y por lo tanto el encuadre como no-proceso -lo que no cambia-, en realidad otorga significado al psicoanálisis como proceso -aquello que cambia según Bleger-.

Del mismo modo, en todas las psicoterapias en las cuales el terapeuta realiza intervenciones que producen cambios encadenados secuencialmente con miras a lograr un objetivo u objetivos preestablecidos, se puede sostener el mismo principio.

Por lo tanto, el encuadre está constituido por las condiciones que se pactan entre el paciente y el terapeuta al inicio del tratamiento y comprende todas las reglas y normas dentro de las cuales se va a desarrollar el mismo.

En psicooncología, el encuadre si bien es estable, es de una mayor flexibilidad que en el psicoanálisis, aunque es recomendable que las modificaciones sean consecuencia de circunstancias bien comprendidas por el terapeuta.

Cuando debamos modificar alguna característica del encuadre, es importante tener claridad acerca de que dicho cambio no esté respondiendo a deseos o fantasías del paciente, cuya satisfacción implique un acting out del terapeuta y complique el desarrollo del proceso terapéutico.

Cuando los tratamientos psicooncológicos se realizan en instituciones, ocurren cambios en relación a los asuetos, vacaciones, lugar donde se atiende, etc., cuya imprevisibilidad se incorpora al encuadre como tal, acordando con el paciente cómo proceder en caso de que acontezca alguna circunstancia sorpresiva.

La mayoría de los pacientes oncológicos, realizan tratamientos y estudios que requieren de un alto grado de disponibilidad no solo emocional sino material, ya que los mismos, conllevan mucho tiempo. Algunos se realizan con internación de varios días y no es

infrecuente la necesidad de aislamiento cuando se evidencian neutropenias importantes durante el tratamiento quimioterapéutico.



El encuadre debe contemplar estas circunstancias que significan en la práctica, poder cambiar hora y/o días de tratamiento, realizar la sesión en internación y/o en el hospital de día quimioterapéutico y sobre todo haber establecido un

sistema de comunicación que permita al paciente o a sus familiares ubicar al terapeuta fuera de los horarios habituales, en caso de necesidad o urgencia.

En cuanto a la duración del tratamiento, esta psicoterapia no plantea límites fijos, ya que estos enfermos se angustian con mucha facilidad al pensar en el futuro y por otra parte la propuesta es acompañar al paciente hasta su reinserción social, ya que en esta enfermedad no existe el alta médica, o bien, hasta su muerte.

Este tratamiento se inicia habitualmente cuando el paciente consulta inmediatamente luego de habersele comunicado el diagnóstico y continúa generalmente hasta el primero o segundo control después de finalizada la quimioterapia, según el tiempo que el paciente tarde en reiniciar sus actividades habituales.

En los pacientes en los que la enfermedad no remite o cuando hay recidivas la psicoterapia continuará hasta el fallecimiento. La frecuencia es variable, pero en general los pacientes concurren una vez por semana, salvo en los períodos en los que por complicaciones del tratamiento oncológico o de la enfermedad misma se produzcan interrupciones.

Asimetría de la Relación Terapéutica- la Alianza Terapéutica

La relación terapeuta-paciente, cuando se trata de enfermos de cáncer en tratamiento psicoterapéutico, al igual que en el resto de la Medicina, es asimétrica desde el punto de vista de los roles que ambos juegan: el paciente necesita ser ayudado a recuperar su salud o en los casos en que esto no es posible, a desarrollar las capacidades que le permitirán sobrellevar su padecimiento sin exiliarse de la vida.

El terapeuta es el que posee los conocimientos y habilidades necesarias para que el paciente pueda satisfacer la antedicha necesidad. Ambos constituyen, lo que Pedro Laín Entralgo llama el binomio menester-amor, en una relación de características "cuasi diádicas". Pero hay que tener siempre presente que la asimetría propia de esta relación no significa desigualdad de los miembros de la misma.

Ambos son personas con derechos y deberes propios del rol que desempeñan. Por otra parte, para que el paciente pueda ser ayudado, es necesario que se desarrolle en él, una actitud de cooperación y confianza, llamada alianza de trabajo o alianza terapéutica.



Para la mayoría de los autores, la alianza terapéutica es un aspecto especial de la transferencia, otros, como Greenson y Etchegoyen, separan ambos fenómenos.

Cualquiera sea el origen de la misma, las actitudes respetuosas del terapeuta hacia su paciente contribuirán a

fortalecerla. En el marco de esta psicoterapia, el paciente oncológico dedica largo tiempo a expresarle al psicoterapeuta, su disgusto o disconformidad con el médico tratante.

Esto ocurre porque habitualmente, el tiempo de la entrevista médica, no es suficiente como para que se pueda generar el clima necesario para que el enfermo pueda expresar sus desacuerdos.

Además, influye el hecho de que los oncólogos no siempre cuentan con los recursos técnicos psicológicos como para favorecer dicha expresión. Por otra parte, el paciente suele disimular su disgusto por temor a ser agresivo y a perder el afecto y la atención de su médico, como consecuencia estos temas no se expresan en la consulta médica oncológica y permanecen sin resolver.

Una parte del trabajo de esta psicoterapia consiste en facilitar la verbalización de las situaciones "de malestar" para el paciente, que involucren a su médico, con la finalidad de que puedan ser tratadas con él, una vez que se han aclarado suficientemente en sesión. Es decir que esta psicoterapia conduce al fortalecimiento de la alianza terapéutica entre el paciente y su médico oncólogo.

Es importante diferenciar entre la escucha comprensiva por parte del terapeuta del enojo del paciente con su médico y la alianza cómplice, basada en procesos de identificación y contraidentificación, motivados por la intensa carga emocional que se moviliza frente al cáncer, sobre todo cuando los enfermos son muy jóvenes, sufren mucho o tienen mal pronóstico de vida.

También es bastante frecuente que el o los familiares que se ocupan de atender al enfermo, entren en conflicto con el oncólogo, generalmente a partir de "*malos entendidos*" producto de mecanismos defensivos, sobre todo proyectivos, ya que cuando la angustia de la situación es muy intensa, se hace necesaria la existencia de un enemigo real y concreto, ajeno a la persona del paciente, con quien poder enojarse y descargar la rabia producto de la frustración que esta enfermedad produce.

En estos casos es conveniente trabajar con el familiar en conflicto ya que de otra forma podría, involuntariamente, sabotear la relación y la alianza de trabajo y como consecuencia de ello tratamiento oncológico.

Es importante remarcar que no se realizará trabajo psicoterapéutico alguno, si no existe la posibilidad de desarrollar la alianza terapéutica.

Actitudes Terapéuticas

Se trata de aquellas condiciones, que establecen un marco al tratamiento, ya que se encuentran siempre presentes:

Actitudes terapéuticas en el marco de tratamiento	☒ Tolerancia discriminada ☒ Disponibilidad del paciente y del terapeuta ☒ Escucha imparcial ☒ Compromiso condicional ☒ Neutralidad del terapeuta ☒ Responsabilidad, capacidad de tomar decisiones ☒ Capacitación profesional ☒ Capacidad para controlar el "furor curandis".
--	--

1. Tolerancia discriminada J. Ruesch.

El paciente percibe desde el inicio del tratamiento, que la consulta se desarrolla en un clima de continencia afectiva, donde no es posible detectar signos de autoritarismo ni intenciones de dominación por parte del terapeuta.

Este clima así creado, debe ser claramente diferenciado de la ausencia de límites, ya que tolerancia no es ni debe ser sinónimo de caos. Por otra parte, la tolerancia no es indiscriminada.

Las escuelas de la Comunicación plantean que cuando los individuos atraviesan importantes situaciones de crisis y están excitados, confundidos, muy angustiados o deprimidos, las posibilidades ilimitadas de elección se convierten en una carga ya que estos pacientes, por su estado mental, no pueden evaluar alternativas.

Los pacientes enfermos de cáncer viven con mucha frecuencia momentos de gran angustia e incertidumbre relacionados con la evolución de su enfermedad.

En aquellos casos en los que, debido a un cierto grado de fragilidad del yo, se dificulta la toma de decisiones, es importante que la actitud del terapeuta de un modo directo o



indirecto estreche el campo, de tal manera que, las elecciones posibles no sean tantas, ni tan diversas.

Por ejemplo, algunos pacientes se resisten a tomar psicofármacos ansiolíticos por desconfianza -estado

paranoide que implica un afrontamiento en el nivel de desregulación defensiva-; por omnipotencia -nivel defensivo de distorsión menor de las representaciones-; como una negación de la realidad de su estado -nivel defensivo de negación de la realidad o renegación-; por temor -estados fóbicos, nivel defensivo de las inhibiciones mentales-.

En general estas actitudes deben respetarse, Tolerancia, y "trabajarse" psicológicamente, esclareciendo, señalando y reflexionando, salvo que la angustia sea de tal magnitud, que ponga en riesgo las rutinas de la vida cotidiana y/o la integridad

psíquica. En ese momento se hará necesaria la indicación firme, tolerancia discriminada, sin por ello renunciar al esclarecimiento del significado de la conducta de rechazo del paciente.

2. La Disponibilidad del paciente y del terapeuta.

La psicoterapia se inicia cuando el paciente está dispuesto al tratamiento. Es muy común que cuando a una persona se le diagnostica cáncer, algún familiar o amigo plantee inmediatamente la necesidad de comenzar un tratamiento psicológico.

Pero también sucede de un modo bastante frecuente, que los pacientes no crean necesario tal tratamiento. Cuando un enfermo de cáncer concurre a la consulta Psico-oncológica, es importante evaluar el grado de disponibilidad del paciente y en el caso en que ésta sea insuficiente, debe transmitírsele que el tratamiento se iniciará, cuando el paciente esté plenamente convencido y dispuesto a ello, no abrumándolo y menos aún intentando manipular su voluntad.

El paciente, para serlo, debe confiar en la posibilidad de recibir ayuda a través del tratamiento psicoterapéutico. La disponibilidad se manifiesta en la cooperación que revela al acomodarse a los horarios posibles, al concurrir puntualmente y no retacear información, también en la disposición al desarrollo de la introspección y reflexión y en la exposición franca de los conflictos interpersonales, aún los muy dolorosos.

También es importante que el terapeuta haya evaluado su propia disponibilidad en relación a un tratamiento que lo enfrenta sin eufemismos a la finitud y al sufrimiento físico y espiritual y que cuando no se sienta en condiciones de comprometerse no se obligue a ello.

3. La Escucha atenta e imparcial.

Se refiere a la disposición del terapeuta a escuchar, atentamente, intentando comprender, sin juzgar, sin aconsejar y sin refutar lo que el paciente tenga para decir.

Se trata de una escucha empática: el terapeuta co-vivencia las emociones del paciente, lo que le permite sumergirse en su mundo interno, objetivando al mismo tiempo la propia emoción, para poder tomar la distancia necesaria para valorar la situación y decidir el tipo de intervención a realizar, teniendo en cuenta que la no acción es también una intervención.

Solamente se implementa alguna intervención, cuando de la escucha surja una hipótesis que el terapeuta juzgue adecuada y conveniente para el desarrollo del proceso terapéutico.

Los pacientes oncológicos atraviesan muchos momentos de desborde emocional, en esas circunstancias la catarsis verbal puede producir alivio, si la escucha es atenta y comprensiva.

Esto no es simple cuando la ansiedad es intensa, como sucede habitualmente en este tipo de pacientes, enfrentados a la casi certeza de su propia muerte. Es fácil ceder al impulso de tapar el desborde, tal cual suelen hacer los amigos de los pacientes, mediante consejos o reclamos de valor y firmeza, o creando falsas ilusiones que luego son imposibles de sostener y perturban la comunicación y la alianza terapéutica.

4. Compromiso condicional. J. Ruesch.

No existe psicoterapia si el terapeuta no se compromete con su paciente y viceversa. Esto quiere decir, que en el momento de la consulta el psico-oncólogo debe estar atento a su paciente, a lo que éste le está comunicando, tratando de no caer en una tolerancia indiscriminada de las acciones del paciente ni tampoco, escudándose en el principio de la neutralidad terapéutica para mantener una actitud distante y desinteresada.

Los pacientes con cáncer representan un muy serio compromiso para el terapeuta, dicho compromiso, una vez que se asume debe ser sostenido hasta el final sin que se

transgredan los fundamentos básicos de toda psicoterapia, en más pero tampoco en menos.

5. La Neutralidad del terapeuta.

La neutralidad perfecta es un mito, imposible de llevar a cabo en la realidad. El solo hecho de ser observador y participante, invalida tal aspiración. Pero se debe trabajar tendiendo a ella.

Una de las formas de hacerlo, es mediante el "autoanálisis metódico de la transferencia" –E. Braier-, las supervisiones periódicas y el trabajo en equipo.



Pero en la psicoterapia del paciente oncológico, se agrega un problema particular distinto a lo que acontece en otros tratamientos, llámense estos psicoanálisis o psicoterapias breves: estos pacientes padecen una enfermedad mortal en un alto porcentaje de casos, y su

posibilidad de sobrevivir está dada por la efectividad de tratamientos que producen, la mayoría de las veces una cuota de sufrimiento agregado.

El deseo de luchar y de vivir que el paciente debe desarrollar para poder sobrellevar esta enfermedad y sus tratamientos, debe ser compartido empáticamente por el terapeuta, quien motivará a su paciente a conectarse con la vida, evitando cuidadosamente los métodos de adoctrinamiento, tal cual son propuestos por las comúnmente llamadas "*técnicas de autoayuda*", a las cuales los enfermos de cáncer recurren inexorablemente en algún momento de la evolución de su enfermedad.

Si el terapeuta descrea de la posibilidad de su paciente de vivir, o no solo no confía en los tratamientos que la oncología propone, sino que los siente dañinos y destructivos, estas concepciones inevitablemente serán percibidas por el paciente, aumentando sus propios temores y desconfianza.

Del mismo modo, un terapeuta que se aferre sin fundamento alguno, a una certeza de curación de su paciente, lo sugestionará en el mismo sentido, con lo cual no podrá prepararlo para el fracaso del tratamiento instituido, en caso de que esto fuera necesario y por consiguiente, le trabará el proceso de desapego imprescindible para poder morir en paz.

En cuanto al principio o regla de la abstinencia del psicoanálisis, la misma "implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente, ni desempeñar los papeles que este tiende a imponerle" -Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis-. En esta psicoterapia esta regla es menos rígida y debe ser evaluada con referencia al desarrollo de la neurosis de transferencia.

Si el responder a la demanda del paciente con una interpretación, favorece la frustración del mismo, y por lo tanto su regresión, es preferible ceder a dicha demanda o intentar sustituir la interpretación por un señalamiento donde se muestre en un personaje de la vida cotidiana del paciente el requerimiento infantil, en lugar de hacerlo en relación a la figura del terapeuta.

Siempre que se ceda a alguna demanda del paciente, es necesario acompañar la acción con el señalamiento correspondiente e insistir sobre el mismo en sesiones posteriores, aún y sobre todo, estando el deseo del paciente satisfecho.

6. Responsabilidad, capacidad para tomar decisiones.

Los pacientes oncológicos son personas que atraviesan una situación vital de riesgo, razón por la cual, deben poder confiar en que su terapeuta sea una persona que asuma

con claridad y firmeza su responsabilidad médica, no porque encuentre un placer masoquista en el ejercicio profesional o porque éste sea considerado un apostolado, sino porque la satisfacción del terapeuta surge del ejercicio de una habilidad que ayuda al paciente y que le adjudica al mismo tiempo un lugar en la sociedad en la que se desenvuelve –sublimación-.

Por otra parte, en algún momento de la terapia el psicooncólogo, deberá tomar decisiones. Ante determinadas circunstancias, ni desde la ética, la legalidad o la medicina, un profesional puede dejar las cosas libradas a sí mismas, por ejemplo, cuando ante la ideación suicida es necesario internar a un paciente y notificar a su familia acerca de lo que él está pensando o cuando debe decidir si tratará o no farmacológicamente, una idea delirante reactiva defensiva porque es patológica, aunque por otra parte dicha idea logre mejorar la calidad de los últimos días de un paciente que se muere.

Cuando una situación crítica acontece y el terapeuta actúa con responsabilidad y toma la decisión correcta, tanto el paciente, como su familia comprueban que es capaz de protegerlo, lo cual favorece el vínculo, fortalece la alianza terapéutica y por lo tanto posibilita la psicoterapia.

7. Capacitación profesional.

El médico Psiquiatra o el Psicólogo Clínico que se dedique a tratar pacientes que padecen enfermedad oncológica, debe tener una sólida formación profesional, y una vasta experiencia institucional, lo que le permitirá además de atender a los enfermos y a sus familiares, realizar tareas de Psiquiatría de Enlace con el médico Oncólogo y con los otros miembros del Equipo Médico, cuando sea pertinente.

También debe tener conocimientos médicos generales acerca del cáncer, las teorías etiológicas que se manejan, su fisiopatogenia, su presentación clínica, localización, estadificación y los estudios complementarios para su diagnóstico y seguimiento y sobre

todo, debe estar informado y actualizado acerca de las características de los tratamientos que los enfermos deberán realizar.



Dicha capacitación funciona como parte del holding-support-contención que este tipo de pacientes necesita, ya que el sostén afectivo para que sea terapéutico, debe estar basado en el conocimiento.

8. Capacidad de control del "furor curandis". H.H. Strupp y J.L. Binder.

La tentación de "hacer algo", se presenta con bastante frecuencia durante el tratamiento de los pacientes oncológicos, sobre todo en los momentos de mayor desestructuración de los mismos, o cuando su enfermedad progresa sin que esto pueda ser evitado.

La regresión que se produce en los enfermos en estas circunstancias favorece los mecanismos de idealización, lo que a su vez estimula el narcisismo del terapeuta - identificación y contraidentificación proyectivas-, el cual, si no está alerta a estos dinamismos tenderá a sentirse poderoso, inteligente y omnipotente, corriendo el riesgo de actuar sin reflexión, embarcándose en situaciones complicadas, que luego son difíciles de solucionar.

La transferencia

Es un fenómeno universal, que el psicoanálisis describe y estudia como un instrumento de la terapia analítica. Por lo tanto, la transferencia también acontece en las

psicoterapias no psicoanalíticas siendo el modo de tratarla, uno de los elementos de diferenciación principal entre ellas.

En esta psicoterapia del paciente oncológico, es fundamental evitar el desarrollo de la neurosis de transferencia, esto se consigue sobre todo por las características del encuadre y de la técnica utilizada.

Para que este proceso terapéutico se desarrolle, se debe trabajar con transferencia positiva sublimada, que pone en juego la libido objetal, diferenciándose de los efectos sugestivos que involucran libido narcisista.

La transferencia negativa y la positiva erótica funcionan aquí también como resistencias, que en caso de aparecer deben ser resueltas mediante su interpretación y/o esclarecimiento.

La contratransferencia

Las emociones contratransferenciales en esta psicoterapia, tienen que ver sobre todas las cosas con los temas básicos de preocupación de estos pacientes: el miedo a morir, al deterioro físico y al dolor y también la actitud frente a la esperanza de curarse primero, de tener una sobrevida larga después y finalmente de tener una buena calidad de vida el tiempo que sea y morir sin dolor.

El registro permanente de la contratransferencia, la supervisión de los casos y el trabajo grupal, son imprescindibles para el correcto desarrollo del proceso psicoterapéutico y también para la preservación de la salud mental del terapeuta.

Ciertas distorsiones en la comunicación están relacionadas con la dificultad del equipo médico para afrontar la muerte de sus pacientes. Esto también le ocurre a la familia de los enfermos.

La negación de la posibilidad de la muerte genera una barrera para la expresión de los temores del paciente quien se ve así "obligado" a actuar como si no se diera cuenta de su próximo fin.

Las Intervenciones

Se favorece el fortalecimiento del Yo, mediante la revalorización de las actitudes y conductas del paciente durante su vida, examinando conjuntamente acontecimientos reales de la misma y aportando conocimientos que favorezcan la toma de decisiones sin errores de información.



Los instrumentos técnicos que se utilizan son: la sugestión, la abreacción, el esclarecimiento, el señalamiento y la interpretación, aunque esta última con mucho menos frecuencia.

La sugestión, fenómeno relacionado con la idealización, está presente en todo acto médico y esta psicoterapia lo constituye. Si bien puede resultar útil, debe ser instrumentada con precaución y medida y sobre todo se debe tener conciencia cuando ella está actuando. El peligro del descontrol en el manejo de la sugestión reside en la inducción de la identificación del paciente con el terapeuta, representando éste, el ideal del yo del enfermo.

La fascinación y la sumisión obediente, donde la sugestión es máxima, es un fenómeno que tiene más que ver con la hipnosis que con una terapéutica, ya que por estos medios

será imposible lograr el insight del enfermo y que este pueda realizar los procesos de resignificación que se requieren.

Las intervenciones que se salen de la norma pueden desencadenar importantes efectos sugestivos cuando el terapeuta es sumamente ortodoxo. También la actividad excesiva del mismo puede producir este efecto -Zukerfeld R.-.

Pero cuando la heterodoxia es la norma, como en las en Psicoterapias Breves y las Focalizadas, el efecto sugestivo de las intervenciones del terapeuta podría ser de menor intensidad. Cuando al paciente se le comunica el diagnóstico de cáncer y más adelante, cada vez que se presenta un avance de la enfermedad, la abreacción producida por la catarsis es un método que resulta útil para que el paciente pueda iniciar la elaboración de la situación traumática que estas circunstancias representan.

Si bien durante el transcurso de este tratamiento el paciente habla libremente, el diálogo con el terapeuta es lo característico del mismo.

Se realizan preguntas cuando hay algún elemento del discurso que no se aprecia con claridad, como un modo de que el paciente, intentando explicar lo que el terapeuta no ha comprendido, organice su pensamiento y pueda darse cuenta de algunos aspectos que le habían pasado desapercibidos.

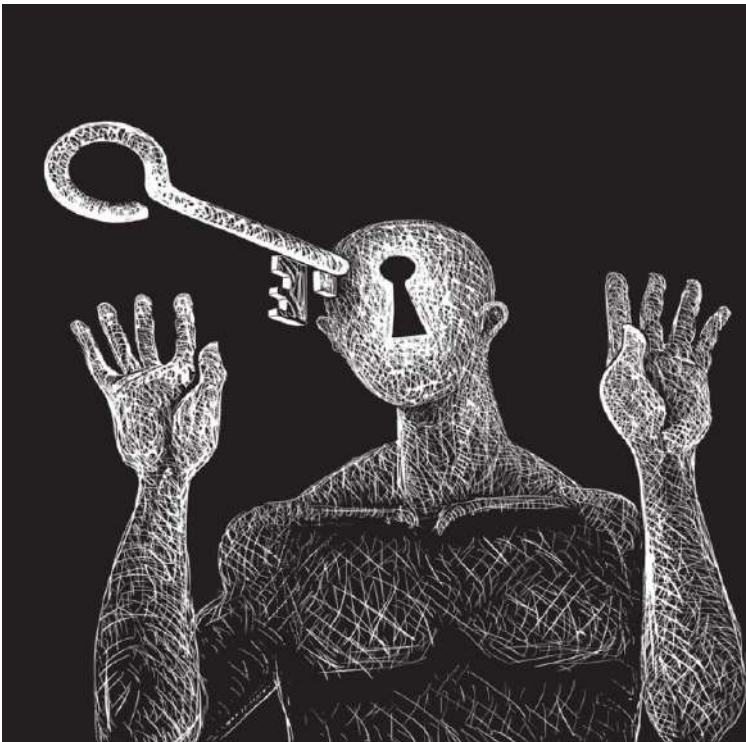
Así como interpretar es develar lo oculto, esclarecer es aclarar aquello que no se percibe. Si bien para algunos psicoanalistas como R. H. Etchegoyen, esta técnica no promueve insight ya que solo es un reordenamiento de la información, para otros, el proceso implica el vencimiento de una resistencia -seguramente del sistema Preconsciente-.

La argumentación es un recurso técnico de gran utilidad, sobre todo porque muchos de los miedos de los pacientes se apoyan sobre una base de “*malos entendidos*” en relación a diversos tratamientos, tales como los quimioterápicos, el interferón, la radioterapia; prejuicios acerca de la enfermedad y sus relaciones con la emocionalidad y la

personalidad, sin olvidar que la falta de conocimientos médicos hace difícil la comprensión del cáncer y su evolución.

El señalamiento también se utiliza con el mismo fin que la pregunta, marcando algún hecho que aparece confuso. Es importante reconocer cuando las fallas en el conocimiento de la situación son producto de la represión, la negación u otros mecanismos de defensa. En estos casos la información y la psicoeducación no resuelven el problema, sino que se hace necesario develar el conflicto o el temor que subyace y resolverlo.

Los diversos recursos técnicos que se utilizan deben cumplir con determinadas condiciones tales como la pertinencia y deben ser utilizados respetando el tiempo que cada individuo particular necesita para poder procesar y elaborar las nuevas significaciones.



La actitud del terapeuta debe ser en todo momento desinteresada y veraz. Es fundamental que conozca las características de los instrumentos que va a utilizar y también sus alcances y limitaciones, es decir, que sepa claramente que cosas puede lograr y cuales no podrá concretar.

La selección de las intervenciones del terapeuta es fundamental en toda terapia y especialmente en la de estos pacientes. Pero además de lo antedicho, debido a que también la conducta del

terapeuta es de naturaleza esencialmente simbólica, cuando se comunica o realiza alguna acción, induce al paciente a establecer inferencias relacionadas a sus propios valores y objetivos, a su estructura de la personalidad, a sus mecanismos defensivos, a sus conflictos, etc.

La posibilidad de expresión de dichas inferencias y la discusión de las mismas con el terapeuta, generan un cambio en la dinámica de la personalidad. Pero, además, del intercambio que se produce entre el terapeuta y su paciente y del modo como aquel se comporta y construye sus observaciones, resulta un verdadero aprendizaje para el paciente y en este sentido, podemos decir que toda psicoterapia es además una psicopedagogía.

El poder tratar todos los temas, aun aquellos que socialmente no se mencionan relacionados con la sexualidad, las envidias, los miedos y sobre todo el modo cómo se enfrentan -¿por qué aparece tal o cuál pensamiento?, ¿qué está indicando?, ¿qué efecto tiene?, ¿cómo actúa?- , supone el presupuesto tácito de que lo que interesa no es la forma de las cosas, sino su significado. Además, se induce el aprendizaje de un modo de relacionar las ideas y de obtener conclusiones.

Sin embargo, lo fundamental del proceso terapéutico, no pasa por la modificación de las estructuras cognitivas, sino por la experiencia humana de sentirse comprendido, respetado y amado por un otro, que es figura de autoridad.

Los focos

En este modelo se considera que el trabajo psicoterapéutico debe centralizarse en situaciones problemáticas particulares de cada momento evolutivo del proceso de enfermedad, que constituyen por su naturaleza misma, verdaderos desafíos que es imprescindible que los pacientes superen para lograr el afrontamiento positivo. Estos focos varían según la etapa de la enfermedad.

1. Etapa del diagnóstico de cáncer.

El foco consiste en la transición del estar sano al estar enfermo. Se exploran, esclarecen y señalan, la conciencia de enfermedad y los mecanismos de defensa al servicio de la negación de la situación por la que se atraviesa.

Se favorece que el paciente reflexione acerca lo que representa para él la enfermedad y los prejuicios ligados a ella en función de los mitos culturales y familiares confrontándolos con los conocimientos médicos comprobados.



2. El momento del tratamiento oncológico.

El tema principal es el reconocimiento de los efectos secundarios de los diversos tratamientos, tratando de que el paciente genere la capacidad suficiente para poder sostenerlos con el menor sufrimiento psíquico posible. Se

resignifica el tratamiento desde quimioterapia-veneno-tóxico a quimioterapia-medicamento-remedio.

Se favorece el afrontamiento exitoso del tratamiento mediante la anticipación de las instancias que se sucederán y cómo mejorar los inconvenientes.

Se intenta generar en el paciente un equilibrio adecuado entre la pasividad necesaria para someterse a los diversos estudios y tratamientos y la actividad suficiente como para sentirse sujeto autónomo.

3. Momento del alta.

En los tratamientos muy largos, con muchas complicaciones o muy intensos, tal como en el trasplante de médula ósea, los pacientes desean que los mismos finalicen, pero al mismo tiempo se sienten muy desprotegidos cuando ello ocurre.

Se esclarece y elabora la ansiedad de separación, las posiciones ser dependiente-ser autónomo y el miedo al desamparo.

4. Etapa de estabilidad de la enfermedad. Etapa de seguimiento y control

Etapa de la espada de Damocles. Los pacientes desean intensamente terminar el tratamiento oncológico radio o quimioterapéutico para poder dejar atrás la enfermedad, pero cuando esto sucede y comienzan los estudios periódicos de seguimiento, comprenden que el médico les ha dado el alta del tratamiento, pero no de la enfermedad: el cáncer es una enfermedad que no tiene alta médica.

Se produce entonces la toma de conciencia de la incertidumbre que acompañará a los pacientes a lo largo de su vida, lo que constituye un muy doloroso proceso relacionado a la conciencia de finitud y al quiebre de las fantasías de eternidad a las que los seres humanos recurrimos para vivir sin pensar en la muerte.

Se trata de elaborar este duelo y de favorecer la supresión como mecanismo de defensa útil para poder insertarse y conectarse con la vida sin pensar en el retorno de la enfermedad aún cuando ese conocimiento no se niegue.

5. Etapa de la recaída.

Si se presenta la recaída en la enfermedad se constituye un momento de gran impacto, sobre todo si el tiempo que pasó desde el diagnóstico y tratamiento fue muy largo, con lo que se desarrolló la certeza estar curado o muy corto, con lo cual, el enfermo no tuvo tiempo de terminar de elaborar el trauma del saberse enfermo.

En esta etapa se intenta que el paciente pueda realizar el cambio de la esperanza de curación por la de vivir en cronicidad, el mayor tiempo posible.

Abandonar la idea de la posibilidad de curarse implica un arduo trabajo terapéutico para ambos, el paciente y el profesional de la salud.

6. El enfermo terminal.

Cuando los pacientes ya no solo no se curarán, sino que morirán en menos de un año y ya no se realiza ningún tratamiento curativo, sino que los que se proponen están orientados a paliar los efectos de la enfermedad en su avance y mejorar la calidad de vida del enfermo, la propuesta psicoterapéutica se dirigirá a que el paciente desarrolle estrategias que le permitan afrontar su terminalidad y muerte con el menor sufrimiento posible.



Se intenta desarrollar un "saber hacer" frente a esta circunstancia tan temida, es decir, de desarrollar una verdadera competencia, que los paliativistas llaman "competencia para la muerte".

La aspiración de "vivir lo más que se pueda" se transforma en "vivir lo mejor que se pueda el tiempo que sea", para ello el terapeuta acompañará al paciente en su proceso de desapego de los objetos del mundo externo.

7. Rehabilitación y reinserción social.

Un tema aparte es el que constituyen los adultos que fueron niños con cáncer en los cuáles la elaboración de la incertidumbre debe incluir la de las fantasías de indestructibilidad compensatorias.

La inserción social y laboral resulta difícil por la discriminación existente en nuestra sociedad, ya que, así como en el mercado laboral se excluye a los enfermos crónicos y los que han padecido cáncer, esto también ocurre, aunque en menor grado y más solapadamente en las relaciones sociales. Este tema también requiere ser trabajado en el marco de la psicoterapia de estas personas.

VIII. Estrategias de afrontamiento.

Se intenta que el paciente en lugar de valorar la enfermedad como un daño, una pérdida o una amenaza pueda hacerlo como un desafío y que su ajuste no sea la evitación, la minimización del problema o la resignación, sino la aceptación del mismo como punto de partida para resolverlo.

Se pretende que el paciente pueda no solo ajustarse a la enfermedad y sus tratamientos, sino que pueda lograr una síntesis superadora, mejorando alguna de sus facetas personales a partir de ese sufrimiento y su elaboración.

Se aspira entonces a que la crisis vital que representa la enfermedad-cáncer sea el punto de partida de un crecimiento personal.

Factores de Resiliencia de Edith Henderson Grothberg

Este modelo se propone fortalecer los factores de resiliencia a punto de partida de la definición de los mismos realizada por Edith Henderson Grothberg, con el objetivo de lograr una adaptación exitosa en la particular situación de adversidad que el cáncer representa.

1. Yo tengo: "Otro que me quiere, que me pone límites, que es, modelo, que me deja hacer, que me ayuda".

Las figuras del terapeuta y la del médico tratante de la enfermedad, cuando se ha podido establecer una alianza terapéutica fundada en la confianza y el mutuo respeto, funcionan como ese OTRO que reconoce al paciente como ser humano valioso.

2.Yo soy: "Querible. Capaz de ser feliz. Capaz de respetarme y de respetar".

El trabajo psicoterapéutico debe lograr que el paciente reconozca a los que lo aman y tenga claro cómo él mismo ha generado esa estimación.

La superación cotidiana de las vicisitudes del tratamiento que el paciente realiza mejora la imagen que tiene de sí mismo y la que su familia y amigos tienen de él.

3-Yo estoy: "Dispuesto a ser responsable de mis actos. Esperanzado".

La toma de decisiones permanente, el proponerse afrontar las molestias con calma, el cuidado de sí mismo, el centrarse en los proyectos posibles y llevarlos a cabo, la capacidad de renunciar a lo perdido irremediablemente y poder cambiar el objetivo.

La esperanza de curarse se va transformando en la de vivir el mayor tiempo posible, para finalmente cambiar por vivir con la mayor calidad de vida posible, el tiempo que sea.

4. Yo puedo: "Verbalizar. Controlarme. Encontrar otro que me ayude. Buscar activamente la solución de mis problemas".

Poder expresar las necesidades y los sentimientos, hablar de los temores y las angustias.

Ser autónomo, ser activo, decidir cuándo se debe depender, detectar la necesidad de ser ayudado y poder solicitar la ayuda con poco o ningún sentimiento de menoscabo.

Aspectos Existenciales

La propia muerte, es un tema inevitable en la psicoterapia del paciente oncológico, aun en aquellas personas en las cuales la enfermedad tiene un buen pronóstico. El pensar en el morir, exige un gran esfuerzo emocional e intelectual tanto al enfermo como al psico-

oncólogo tratante, ya que, a partir del paciente, este último, se enfrenta en realidad, con su propia finitud.



El psicoanálisis plantea que la muerte no tiene inscripción en el inconsciente, pero en realidad ya la filosofía definió que no es posible representarse el "No Ser", desde el "Ser". Los pacientes que afrontan

más serenamente, con menos sufrimiento el final de su vida, son aquellos que pueden realizar un proceso de "desapego" de los objetos materiales primero y luego de sus intereses más profundos.

Esta "desvitalización" emocional es simultánea al proceso de "desvitalización" física de las etapas finales de la enfermedad. La esperanza, es otro de los temas fundamentales entre los que padecen enfermedad oncológica.

Las teorías existenciales, se oponen al concepto de que toda causalidad se relaciona con el pasado y se refieren a la importancia que tienen en los hechos del presente lo que se espera del futuro.

La persona que padece cáncer sabe que, en el mejor de los casos, deberá realizar estudios de control prácticamente de por vida. La dificultad para planificar el futuro y el miedo a la recaída son obstáculos importantes a superar en el transcurso del tratamiento.

Se han realizado estudios que demuestran que la esperanza promueve la salud y fomenta la adhesión a la vida y puede obstaculizar la recuperación cuando está ausente.

Investigaciones realizadas hace años en la Universidad John Hopkins, demostraron que la mejoría sintomática entre pacientes psiquiátricos se relacionaba directamente con la esperanza de recibir ayuda.

Los enfermos de cáncer, una vez que han podido aceptar su problema, se aferran a la esperanza de la curación, con fuerza y disposición para la lucha. Cuando luego de un tiempo de tratamiento, comprenden que su posibilidad de curación y alta definitiva no será posible, sobreviene un segundo impacto de muy difícil superación, si el paciente hasta ese momento se había aferrado a una convicción de curación a partir, únicamente de su deseo.

Aprender a vivir con la enfermedad, luchando día a día para mantenerla a raya y aceptando el avance de la misma, que inevitablemente se produce en muchos casos, es una tarea muy difícil, para el terapeuta y desde luego para el paciente. Este tratamiento representa una experiencia dolorosa, pero de utilidad indudable para las personas que padecen cáncer.

El terapeuta deberá elaborar su propia estrategia de intervenciones teniendo en cuenta el delicado equilibrio en el que vive el paciente entre las negaciones parciales que le permiten sostener la esperanza y alcanzar un afrontamiento positivo y la veracidad de su estado a medida que la enfermedad avanza.

Bibliografía

- Alvaro, J.L.; Torregrosa, J.R. y Garrido Luque, A. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo XXI. Madrid 1992.
- Baringoltz, S. Integración de aportes cognitivos a la Psicoterapia. Belgrano. 1997.
- Braier, E.A. Psicoanálisis. Tabúes en Teoría de la Técnica. Metapsicología de la cura. Nueva Visión, Bs Aires 1990.
- Braier, E.A. Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica. Nueva Visión. Bs Aires 1995.
- Bleger, J. Psicología de la Conducta. Centro Editor de América Latina. Argentina. 1972.
- Bleger, J. Simbiosis y ambigüedad. Paidós, Bs Aires 1984.
- Galli E., Heinze G., Escalante C., Fernández Labriola R., León C., Moreno R., Nardi A., Pacheco A., Peñalver J., Bengoechea J. Encuesta Latinoamericana sobre la actitud de los profesionales de la salud hacia la prescripción de los psicofármacos. Estudio comparativo con la realidad peruana. Rev Med Hered 2000.
- Etchegoyen, R.H. Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Ed Amorrortu, Bs Aires 1986.
- Fenichel, O. Problemas de Técnica Psicoanalítica. Ediciones Control. Bs Aires 1973.
- Fernández Álvarez, H. Fundamentos de un Modelo. Integrativo de Psicoterapia. Ed Paidós, Bs Aires 1992.
- Fernández Álvarez, H. Desarrollos en Psicoterapia. Edit. Belgrano. 1997.
- Figueroa Gustavo. Psicoterapia y Farmacoterapia en el tratamiento de la Depresión Mayor. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. V40 supl. 1. Santiago. 2002.
- Fiorini, H.J. Teoría y Técnica de Psicoterapias. Ediciones Nueva Visión, Bs Aires 1993.
- Fiorini, H.J. Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Ediciones Nueva Visión. Bs As. Argentina. 1993.

- Fridlenderis M., Levy A. Consideraciones dinámicas en la práctica de la clínica psiquiátrica. Revisión bibliográfica. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 68, N° 1, 43-54. 2004.
- Gabbard G. The fate of the integrated treatment: whatever happened to the byopsychosocial psychiatrist? Am. J. Psychiatry 2001; 158(12):1956-1963.
- Glover, E. Psicoanálisis. Traducción de la Cátedra de Psicología Médica, Htal de Clínicas. 1975.
- Holland, J.C. and Rowland, J.H -Handbook of Psychooncology: Psychological Care of de Patient with cancer. Oxford University Press. USA 1990.
- Insúa, J. Introducción a la Psicología Médica. Promed. Bs As. Argentina. 1985.
- Kandel E.R. A new intellectual framework for psychiatry. Am J. Psychiatry 1998;155;457-69).
- Laín Entralgo, P. La Relación Médico Enfermo. Revista de Occidente. Madrid. España. 1964.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Ed Labor-España-1ra Edición 1971.
- Le Shan. PhD. Cancer as a Turning Point. A Plume / Penguin Book.U.S.A.1994
- Malan, D.H. La Psicoterapia Breve. Centro Editor de América Latina. Argentina. 1974.
- Manrique,R. La Psicoterapia como conversación Crítica. Libertarias/ Prodhufi. España 1994.
- Mathieson,C.M. and Stam,H.J.What good is a psychotherapy when I am ill ? Psychosocial problems and interventions with cancer patients. In Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies. Edited by C. L. Cooper and M. Watson. John Wiley & Sons Ltd.
- Nacht, S. Curar con Freud. Editorial Fundamentos. Madrid 1972.
- Patrice Guex. An Introduccion to Psycho-Oncology Routledge. London 1994.

- Patterson, J.T. The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture. Harvard University Press, USA 1987.
- Pérez Sánchez, A. Prácticas Psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la Asistencia Pública. Paidós, Bcn 1996.
- Rogers, C.R. Psicoterapia Centrada en el Cliente. Paidós 1969.
- Ruesch, J. Comunicación Terapéutica. Ed Paidós. Bs.As. 1964.
- Safran, J.D. y Segal, Z.V. El proceso interpersonal en la Terapia Cognitiva. Paidós, Bcn 1994.
- Small, L. Psicoterapias Breves. Granica Editor. Colección Psicoteca Mayor. (PM). Buenos Aires 1972.
- Spiegel D. Effects of Psychosocial support, on patients with metastatic breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology 1992.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., and Gotheil, E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989.
- Strupp, H.H. y Binder, J.L. Una nueva perspectiva en Psicoterapia. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao 1993.
- Tarachow, S. Introducción a la Psicoterapia. Centro Editor de América Latina, Bs As 1969.
- Vachon, M.L.S. Emotional problems in palliative medicine: patient, family and professional In Doyle D., Hanks G.W.C., and Mac Donald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Medical Publications, New York 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.
- Vidal y Benito M. del C. En Psiquiatría en Medicina General. Compilador: Dr. Manuel Suárez Richards Quinta Parte, Capítulo 26: "El apoyo psicológico al paciente terminal y a su familia". Editorial Polemos, Buenos Aires 2004.

- Wolman, B.B. Técnicas psicoanalíticas. Troquel. Bs As. 1972.

Cuestiones

1. Indica las finalidades de la primera entrevista.
2. Aborda las condiciones en el encuadre.
3. Qué es la alianza terapéutica.
4. Aporta las actitudes terapéuticas.
5. Según el modelo, indica los focos.
6. Realiza alguna sugerencia sobre el tema estudiado.