

# **Intervención Psicológica en Personas con Cáncer**

## **Psychological Intervention in Cancer Patients**

Carmen Alonso Fernández y Amparo Bastos Flores  
Práctica privada, España

**Resumen.** Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas en la sociedad actual. Pocas enfermedades originan tantos problemas psicológicos. Esto es así porque en el cáncer se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar psicológico: su cronicidad, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer.

El foco de interés de la Psicooncología está dirigido a estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida del paciente. Este artículo destaca la necesidad de la intervención psicológica en los diferentes momentos de la enfermedad. Se exponen distintos modelos complementados con ilustraciones clínicas sobre el tratamiento psicológico, la función y el compromiso del terapeuta. Aquello que contribuye a lograr una mayor calidad de vida.

*Palabras clave:* cáncer, psicooncología, estrategias de afrontamiento, adaptación, intervención psicológica, calidad de vida.

**Abstract.** In our present society, facing a cancer diagnosis is one of most feared, difficult and stressing situations for a patient. Few diseases cause so many psychological disorders, as cancer is related to certain circumstances that, per se, generate psychological uneasiness: chronic perspective, uncertainty regarding evolution, treatment's secondary effects, plus the social meaning of the word "cancer".

Psychooncology focuses mainly on the different ways to face the disease as well as the most useful therapeutic strategies that help improve the patient's quality of life.

In this article we outline the need of psychological intervention at different stages of the disease, presenting different models illustrated with clinical cases on the psychological treatment, its function and the therapist's engagement.

*Keywords:* cancer, psychooncology, coping strategies, adaptation, psychological intervention, quality of life.

*“Jamás desfallezcas ante las más sombrías aflicciones  
de tu vida, pues aún de las nubes más negras  
cae agua limpia y fecundante”  
(PROVERBIO CHINO)*

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. Todas las personas estamos más o menos afectadas por la enfermedad, bien como una amenaza potencial que todos tenemos, como una

---

Carmen Alonso Fernández: Psicóloga Clínica - Psicooncóloga.

Amparo Bastos Flores: Psicóloga Clínica - Psicoterapeuta.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al e-mail: [cafpsico@yahoo.es](mailto:cafpsico@yahoo.es)

realidad que nos ha tocado vivir, o bien como el sufrimiento en personas próximas a nosotros (familiares, amigos). La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado.

El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo. En los países occidentales, el cáncer es una de las tres causas más importantes de mortalidad junto a las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico.

Ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresante y temida en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa en la persona que lo padece. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer.

Ante la cronicidad la persona tiene que “aprender” a convivir con la enfermedad, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. El ser una enfermedad cuya etiología y evolución se desconoce trae consigo la incertidumbre como dato de realidad y será origen de la mayoría de las alteraciones emocionales que el enfermo de cáncer va a sentir. Los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea...) tienen unos efectos secundarios que no sólo afectan físicamente a la persona, sino también, y de forma muy importante, social y psicológicamente. A todo lo anterior se añade el significado social de la palabra cáncer. Si preguntamos a cualquier persona qué significa la palabra cáncer, la mayoría nos dirán que dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad y alteración de la vida cotidiana. Lo que está en la base de todo ello es que el cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, insidiosa, que puede deteriorar a la persona y conducirla a la muerte. Tiene el peso de ser un estigma social.

Todo ello hace que nos encontremos ante una persona que se halla en una situación muy difícil, dolorosa, que tiene que hacer frente a múltiples miedos y temores y cuya calidad de vida está muy disminuida. La forma en que la persona hace frente a la enfermedad depende de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se derivan y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la situación que le está tocando vivir (Alonso, 2003).

El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Sebastián y Alonso, 2003). Su foco de interés está dirigido a estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

## REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad oncológica se caracteriza por ser un proceso dilatado en el tiempo, en el que la persona tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes, que comienzan cuando se presentan los primeros síntomas y el miedo a que el diagnóstico se confirme y, posteriormente, la asunción del mismo. Continúa con la preocupación y los temores que despiertan los distintos tratamientos que vaya a recibir y a sus efectos secundarios con la consiguiente disminución de la calidad de vida.

A la finalización de los mismos, algunos pacientes presentarán remisión de la enfermedad, siendo sólo necesarias revisiones periódicas. Tiempo éste caracterizado por la incertidumbre y el miedo a que la enfermedad vuelva a aparecer. En otros casos, la enfermedad puede aparecer de nuevo, fase conocida como recidiva o recurrencia, que supone poner en marcha de nuevo los diferentes tratamientos. Es éste uno de los momentos más difíciles tanto a nivel físico como emocional. Si la enfermedad no puede controlarse y avanza, se llegará a la fase terminal de la misma, momento en el que los Cuidados Paliativos tienen un papel primordial.

Las diferentes fases de la enfermedad oncológica son las siguientes:

## Diagnóstico

La confirmación de un diagnóstico de cáncer supone un gran impacto emocional que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia... siendo uno de los momentos de mayor tensión.

La persona tiene que enfrentarse a la certidumbre de la enfermedad y a la incertidumbre de su evolución. También a la vulnerabilidad -“*esto me está pasando a mí*”- y, sobre todo, a pensar en la muerte como algo más cercano y real.

Surgen interrogantes: “¿*por qué a mí?*”, “¿*qué he hecho?*”, “¿*por qué ahora?*”, que no tienen una clara respuesta y a veces ninguna.

Kaufmann (1989) considera que al igual que la enfermedad, el diagnóstico no constituye un momento, sino que es un proceso que incluye una serie de fases, con crisis que ocasionan distintos problemas a los que hay que enfrentarse. Según la autora estas fases son:

- *La que precede al diagnóstico*: cuya duración y reacciones están determinadas tanto por variables socio-demográficas: edad, sexo, clase social, nivel cultural, educación sanitaria, como por variables psicológicas, asociadas con el miedo a la enfermedad.
- *La confirmación del diagnóstico*: es el momento de máxima tensión ya que es cuando se le comunica a la persona lo que tiene, cuando se le está dando la certeza de enfermedad y las alternativas de tratamiento. También es conocida como de “shock” (Pérez Manga, Arranz, García, Meana, Carrión y Torán, 1991), en cuanto que recibir un diagnóstico de cáncer se asocia a muerte y a la pérdida de cualquier proyecto de futuro.
- *Reconocimiento de la propia enfermedad*: se inicia esta etapa cuando el paciente asume su situación real de enfermedad. Esto no siempre ocurre en el momento del diagnóstico, sino que se alarga en el tiempo y se produce cuando la persona ya está recibiendo el tratamiento.

El efecto traumático del diagnóstico se produce en el plano psicológico, dando lugar a momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y reajuste. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales, de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican para su control (García-Camba, 1999).

## Tratamiento

Como ya se mencionó, los tratamientos que habitualmente se utilizan en el control del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, entre otros, son agresivos, con múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y emocional en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad son habituales durante esta fase. Dichos efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo de las características del fármaco y de las de personalidad del enfermo.

Señalaremos brevemente los aspectos más importantes de estos tratamientos para poder entender sus consecuencias y las alteraciones que producen.

- *Cirugía*. Es un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias. Dependiendo de su localización, puede representar la pérdida de una función, de un órgano o de un miembro. Ejemplo de ello lo encontramos en la pérdida del habla como consecuencia de una laringectomía; de la función normal del intestino después de una colostomía y la pérdida de algún miembro a causa de una amputación. La pérdida de la mama en la mujer afecta tanto por lo que se refiere a su imagen corporal como a su femineidad.
- *Radioterapia*. El contacto con una máquina y el temor a los fallos técnicos pueden ocasionar reacciones emocionales de carácter ansioso, en algunos casos fóbicos, acompañadas de sentimiento de miedo.
- *Quimioterapia*. Por todos sus efectos secundarios: alopecia, náuseas y vómitos, fatiga, neuropatías, etc., es normalmente mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, entre otros.

En general, los tratamientos afectan a la persona tanto en el área somática, familiar, social y psicológica, dando lugar a diferentes alteraciones y reacciones emocionales.

## Remisión

Cuando los tratamientos han finalizado y no hay evidencia de enfermedad es el período considerado como de remisión o período libre de enfermedad.

A nivel físico comienza la recuperación. Ésta no siempre es entendida por el paciente y familiares que piensan que, una vez finalizados los tratamientos, de forma inmediata se van a sentir bien, “como antes”, y esto no es así: es una recuperación poco a poco, a veces más lenta de lo que ellos desearían.

Psicológicamente puede ser un momento problemático. En la práctica cotidiana es frecuente encontrarnos con personas que se sienten asustadas, indefensas, inseguras, ya no son enfermas, pero todavía no son “normales”. Igual que hablamos de un proceso de adaptación a la enfermedad, ahora se plantea el proceso de adaptación a la normalidad y, curiosamente, es en este momento cuando algunos pacientes solicitan apoyo psicológico. Son aquellos que no han hecho el proceso de duelo que significa el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que amenaza la vida y es ahora, cuando ya no tienen que dedicar sus esfuerzos, energías, a los tratamientos, cuando se “deprimen” o, mejor, cuando pueden deprimirse y ocuparse de lo emocional.

Este es uno de los momentos en los que se produce muy frecuentemente la demanda de atención psicológica y es una fase importante en la “toma de conciencia” de su sufrimiento psíquico. Es también el momento en el que surgen las grandes preguntas sobre su autonomía-dependencia, su vida afectiva, los proyectos y, por tanto, se abre la posibilidad de un trabajo terapéutico más lúcido.

Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre acerca del futuro. Es el momento donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, lo que conocemos como “Síndrome de Damocles” (Koocher y O’Malley, 1981), siendo éste una entidad psicológica única en la experiencia de los supervivientes, el miedo a que la enfermedad vuelva.

El pensar que la enfermedad puede volver, tener que pasar por todo lo anterior, la incapacidad y la posibilidad de la muerte, es una fuente de estrés crónico que explica el malestar psicológico encontrado en un número importante de pacientes (Ferrero, 1993). Estos miedos se intensifican cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones. En los días previos a las mismas los pacientes pueden sentir aumento de la ansiedad, dificultad para concentrarse, para dormir, que en algunos casos requiere tratamiento farmacológico. También el miedo y la ansiedad se intensifican ante cualquier síntoma físico, es inevitable asociarlo con la presencia de la enfermedad.

## Recidiva

Hablamos de recidiva o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo más o menos largo libre de la misma.

Esta situación trae grandes repercusiones físicas y sobre todo psicológicas. El paciente se da cuenta de que las posibilidades de tratamiento están más limitadas. Siente que está enfadado, furioso consigo mismo, con sentimientos de culpa por no haber logrado superar la enfermedad y también con el médico por no haber sido capaz de curarlo, o porque no fue eficaz en detectar el progreso de la enfermedad, lo que significa reencontrarse con sus miedos (Romero, 1997) y la subsiguiente vivencia de fracaso.

Se comenzarán de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares a los recibidos o nuevos, lo que significa volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos. Es frecuente encontrarnos con que el paciente siente rabia, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, rasgos depresivos; siendo la indefensión -ante la falta de control de la enfermedad- y como consecuencia la depresión, las emociones más predominantes y de mayor intensidad.

Desde el punto de vista terapéutico es una de las situaciones más difíciles de manejar. La persona permanece durante mucho tiempo con el sentimiento de fracaso, verbalizaciones del tipo: *“para qué voy a luchar, si no sirve para nada”*, *“cuando me diagnosticaron pensé que me podía curar, pero ahora he vuelto para atrás... ya no hay nada que hacer”*, *“pensar que tengo que volver a pasar otra vez por lo mismo...”*, son habituales y frecuentes ante la recidiva de la enfermedad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de las emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. Es importante en estos momentos saber escuchar las quejas del paciente, entender su sufrimiento y tratar de no dar “consejos estereotipados”, que no ayudan en nada a la persona.

## Terminal

Según el “Programa de Atención a los pacientes en fase terminal” (Insalud, 1997), en los pacientes oncológicos están aceptados una serie de parámetros que definen esta fase: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros.

Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en este momento son tanto físicos como psicoemocionales. Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la conciencia de la situación que el paciente tenga. Al igual que en las fases de diagnóstico y tratamiento, también ahora puede darse un proceso de adaptación, y en él se distinguen tres momentos importantes:

- El del impacto de la situación actual que puede dar lugar a la negación y a reacciones de ansiedad.
- El del afrontamiento ante el que se reaccionará con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.
- El de adaptación donde se producirá una disminución de las alteraciones emocionales previas y el paciente pondrá en marcha los recursos personales para disminuir el malestar psicológico.

Se estima que una gran parte de los pacientes logran adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que se consiga fácilmente y que todos puedan hacerlo. El proceso es doloroso, largo y con dificultades, y debe convertirse en el objetivo asistencial.

Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad. En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionarle, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

El proceso de adaptación a la enfermedad tiene varios frentes y se desarrolla, normalmente, en un período de tiempo largo, en donde, a veces, se deben tomar decisiones en situaciones desconocidas y altamente angustiantes.

Lipowski (1970) define el **afrentamiento** como “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”. Esta definición recoge los dos tipos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman (1987), esto es, el dirigido al problema (la enfermedad) y el dirigido a la emoción (reducir el malestar personal).

El significado del término **adaptación** a la enfermedad desde un punto de vista práctico y vital no es fácil de definir. Podríamos acercarnos a él si proponemos que la adaptación tiene una relación directa con un nivel aceptable de bienestar emocional y calidad de vida sociolaboral, así como la asunción del tratamiento y sus consecuencias físicas, sociales, psicológicas, como una necesidad tras la aparición de la enfermedad (Sebastián y Alonso, 2003).

En este terreno, son conocidos los trabajos de Moorey y Greer (1989) que proponen cinco tipos de estrategias de afrontamiento y su influencia en el curso de la enfermedad. Estos son: Espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo-deseesperanza y preocupación ansiosa.

Estos autores intentaron determinar si la respuesta al diagnóstico de cáncer podía tener algún efecto sobre el tiempo de supervivencia de los pacientes. En un estudio, encontraron una relación estadísticamente significativa entre las respuestas psicológicas al diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad. El pronóstico más favorable era para aquellas pacientes que habían reaccionado con espíritu de lucha y negación, y el peor para aquellas que reaccionaron con aceptación estoica y desamparo-deseesperanza.

Watson y Greer (1998) en un trabajo recopilatorio de la bibliografía al respecto, exponen la evidencia empírica que apoya que las estrategias de afrontamiento activas, espíritu de lucha y negación-avoidancia, están relacionadas con un buen pronóstico de la enfermedad.

Sin embargo, actualmente se están tomando precauciones sobre poner excesivo énfasis en la importancia del papel activo y colaborador del enfermo en la recuperación, ya que puede resultar abrumador y una carga de excesiva responsabilidad, que dificulte precisamente lo que se pretende conseguir. En algunas publicaciones divulgativas sobre casos de personas conocidas que han sufrido esta enfermedad, parece transmitirse el mensaje de que para curarse basta con querer y poner mucho empeño en ello y poco más, confundiendo y exigiendo al paciente en un momento en que ello puede servir para culpabilizarlo o deprimirlo más.

Holland y Lewis (2003) usan el término “**tiranía del pensamiento positivo**” en referencia a lo anteriormente señalado y dicen que:

“... para muchos pacientes, el cáncer es la experiencia más difícil y aterradora a la que se han enfrentado. Todas esas supercherías, que proclaman que si uno no tiene una actitud positiva y está deprimido el tumor crece más rápidamente, invalidan las reacciones naturales y comprensibles de las personas ante algo que amenaza su vida” (p. 41).

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Dada la complejidad de la enfermedad oncológica se hace imprescindible su abordaje desde el enfoque biopsicosocial. Hay que tener en cuenta la multiplicidad de situaciones clínicas, en términos médico-psicológicos, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas, coincidiendo todas ellas en que “el hombre enfermo no quiere estar enfermo y sufre los síntomas de la enfermedad” (Gómez, Neira, García, de Cos, Mur de Viu, 2004).

Las intervenciones psicológicas que se realizan a lo largo de la enfermedad son múltiples y su objetivo fundamental es que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso (Monedo y Alonso, 2003).

La intervención sobre los factores psicosociales puede darse en distintos contextos (Cruzado, Olivares, Fernández, 1993), según el momento de la enfermedad y las necesidades del paciente:

- Apoyo en el proceso de adaptación en las distintas fases de la enfermedad.
- Preparación para la intervención quirúrgica: algunos resultados muestran una mejor recuperación posquirúrgica en pacientes que han recibido previamente intervenciones psicológicas para reducir su ansiedad y sus temores (Mingote, Denia y Alonso, 1997).
- Adaptación a los cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos.
- Afrontamiento del trasplante de médula: es una situación muy estresante física y emocionalmente, es importante preparar al paciente para su tolerancia.
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Promover un sentido de control personal y una participación activa en todo el proceso.
- Proporcionar información al paciente o ayudarle a buscarla.
- Facilitar una adecuada comunicación con la familia y el equipo asistencial.
- Manejo de la llamada “situación paradójica” que puede presentarse cuando se comienzan los tratamientos (el paciente que se encontraba bien, suele sentirse peor tras comenzar el tratamiento), o cuando estos finalizan (se sienten inseguros, ya que mientras que lo estaban recibiendo sentían que estaban controlando la enfermedad y cuando finalizan aparece la preocupación por una posible recidiva).
- Facilitar el proceso de adaptación a la “normalidad”.
- Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar el sufrimiento. Poder pensar y hablar acerca de la vida y de la muerte.

El tratamiento psicológico siempre implica una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Existen distintas técnicas, habitualmente relacionadas con los modelos teóricos que las soportan. Cada una de ellas se caracteriza por tener un esquema conceptual y un procedimiento que la distingue y diferencia de las otras.

A continuación señalamos alguna de las técnicas que nos han sido de más utilidad para nuestra práctica clínica.

### Terapia Psicológica Aduvante (TPA)

Fue desarrollada por Moorey y Greer (1989) como un modelo integral cognitivo-conductual basado en la terapia para la depresión de Beck.

Los objetivos de la TPA son:

1. Reducir la ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos.
2. Mejorar el ajuste mental al cáncer favoreciendo un espíritu de lucha positivo.
3. Promover un sentido de control personal y participación activa en los tratamientos.
4. Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas de la enfermedad.
5. Mejorar la comunicación entre el enfermo y la familia.
6. Fomentar la expresión abierta de sentimientos negativos, sobre todo la ira.

La terapia se lleva a cabo en 6-12 sesiones de una hora de duración y está orientada hacia el problema o problemas que plantee el paciente, ya sean de tipo emocional, interpersonal o los relacionados con la enfermedad (Romero, Ibáñez y Monsalve, 2000).

### El *Counselling*

Según Barreto (2000), el *counselling* es un proceso mediante el que se puede ayudar al paciente a comunicarse y relacionarse mejor con los que le rodean, a entender sus problemas y la forma de afrontarlos, así como mejorar su actitud y motivación para que faciliten el cambio. Entre los componentes claves de este proceso destaca:

- Actitud de responsabilidad.
- Proporcionar información.
- Expresión y discusión de sentimientos.
- Mantener o restablecer apoyo social.
- Manejo de las preocupaciones y problemas que pueden surgir a lo largo del proceso.
- Búsqueda de alternativas para afrontar los problemas con el máximo de eficacia y con el menor coste emocional posible.

El *counselling* es un proceso interactivo que promueve la motivación al cambio desde el respeto a uno mismo y a los demás. Para su puesta en práctica es necesario que el profesional sea sensible hacia el sufrimiento y esté formado para su manejo; que se comprometa a facilitar el desarrollo de una vida digna en las personas a las que atiende, dentro de un marco donde la acogida, el amor y la reconciliación estén presentes (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

Estas actitudes están basadas en las formuladas por Carl Rogers (1973), quien es considerado el pionero del *counselling*, y que como actitudes fundamentales en la relación terapéutica destaca:

- La empatía: comprender y transmitir comprensión a la otra persona.
- Congruencia-veracidad, con lo que se vive y se siente.
- Aceptación incondicional, que conlleva aceptar sin reservas y sin juicios de valor la historia del otro así como su modo de vivir.

Por último, el *counselling*, según los autores antes mencionados, se basa en la dinámica de la elección, no en la del control, explorando, preguntando, informando y haciendo reflexionar al paciente para que pueda tomar las decisiones que considere más adecuadas para él.

## Terapia psicodinámica

Pone su foco en la interpretación subjetiva de la realidad física y emocional que vive la persona y en la puesta en marcha de mecanismos defensivos funcionales a un Yo capaz de regular las demandas externas y las internas. Se trata de instrumentar una Terapia de Apoyo y Expresión (Kernberg, 1987) que facilite el compromiso con el paciente para trabajar por su cuidado y calidad de vida.

A través de la escucha, la persona va expresando sus quejas, sufrimientos, frustraciones, miedos, que tienen que ver con lo más peculiar de él y con sus vivencias. No hay que callar la queja del paciente sino trabajar a partir de ella, y ofrecer un espacio para su expresión y elaboración. La queja del enfermo encubre una parte de su historia que lo posiciona de determinada manera frente al cáncer. Se facilita la apertura a un espacio discursivo diferente, a través de la palabra y la contención emocional, la historización de la enfermedad en la vida del paciente, la exploración de sus fantasías, deseos, sueños, etc. con el fin de fomentar un posicionamiento activo frente a lo real de la enfermedad.

Los objetivos en el tratamiento con pacientes oncológicos podemos resumirlos en:

- Prevenir y reducir la intensidad de la ansiedad para hacerla más operativa y manejable.
- Ayudar al paciente a convivir con la enfermedad.
- Favorecer el proceso de adaptación a la misma y a los avatares de su “nueva realidad”.
- Maximizar en lo posible la autonomía del paciente.
- Reforzar sus mecanismos de defensa más adaptativos y apuntalar su autoestima.

Respecto al encuadre, se trabaja con un formato “cara a cara”, la frecuencia de las sesiones es flexible, según la situación del paciente. La duración dependerá de la necesidad y disponibilidad del paciente. Se trabaja como terapia breve con objetivos limitados y con posibilidad de profundización.

Se apoya en el establecimiento de la alianza terapéutica, trabajando fundamentalmente con material consciente y preconscious atendiendo especialmente los sentimientos de transferencia y contratransferencia.

A partir de ahora tendremos la ocasión de ilustrar nuestro modo de trabajar con los pacientes oncológicos y reflexionar sobre el mismo.

## ILUSTRACIÓN CLÍNICA DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado iremos exponiendo distintos aspectos y momentos de la intervención psicológica en personas con cáncer. Para ello vamos a servirnos de diferentes casos de pacientes, diagnosticadas de cáncer de mama (entre 25 y 47 años) en diferentes fases de la enfermedad. Sus palabras irán en cursiva.

### DEMANDA

Los pacientes que hemos visto en el hospital, acuden a consulta psicológica derivados por el médico (cirujano, oncólogo, radioterapeuta). En consulta privada los canales por los que acuden son diferentes, bien derivados por el médico, por otros pacientes, o porque los familiares lo solicitan. También en ocasiones por compañeros psicólogos que se lo aconsejan.

Los momentos en los que consultan las pacientes son diferentes, pero casi siempre coincidiendo con las distintas fases de la enfermedad.

Cuando se le comunica el **diagnóstico y al inicio de los tratamientos**: *“Vengo porque después de la cirugía he pensado que no me voy a curar”*.

Otro momento donde también se da con frecuencia la demanda es cuando se han **finalizado los tratamientos**, en el denominado “proceso de adaptación a la realidad”. Una de las pacientes lo manifestaba así: *“...He finalizado la radioterapia [previamente había sido sometida a cirugía -mastectomía- y después a quimioterapia], y aunque físicamente lo he tolerado bien, anímicamente he tenido un bajón, me encuentro mal, con angustia, ganas de llorar, no puedo pensar en el futuro [...] me falta ilusión, esperanza...”*.

Otra paciente cuando se le pregunta el motivo de consulta nos dice: *“Creo que necesito una terapia para aclarar mis miedos, tengo pavor a mi vida cotidiana”*.

En otras ocasiones, acuden ante la **recidiva**, cuando después de un período más o menos largo sin evidencia de enfermedad, ésta reaparece:

*...Estoy acojonada, resignada, mal [...] cuando hablé con el Dr. X. estuve tranquila, pero luego me puse nerviosa [...] pensar en que otra vez tengo que volver a pasar por todo lo que ya pasé [...] no sé si esta enfermedad está controlada, no sé lo que ha fallado, lo que he hecho mal [...] estoy enfadada...*

Por último, también acuden a consulta cuando la enfermedad está en **fase avanzada**. Es el caso de una paciente de 55 años (la única que no tiene cáncer de mama) diagnosticada de cáncer de páncreas:

*Pensé que lo tenía todo muy asimilado y no lo tengo, pensé que era más fuerte. Desde que me lo dijeron me quedé bloqueada, no sé si tengo miedo ni a qué tengo miedo, me hubiera gustado disfrutar cosas de mis hijos [...] Estoy acobardada, falta de fuerza, triste, con muchas ganas de llorar, me gustaría estar sola, cerrar los ojos y taparme la cabeza....*

### ENCUADRE

El tratamiento es, como hemos indicado, cara a cara, en general con una frecuencia de una sesión semanal. Esta frecuencia en muchas ocasiones puede verse alterada, sobre todo, en los pacientes que están recibiendo tratamientos hospitalarios y se ven limitados además por los efectos secundarios de los mismos. En otros casos, si la situación de la persona lo aconseja, se pueden tener dos sesiones por semana, pero estos casos son excepcionales.

Es importante señalar que también se mantiene contacto telefónico en aquellos casos en que el paciente no puede acudir a consulta porque no se encuentra bien. O bien si el paciente tiene que ingresar. Si lo necesita también vamos al hospital las veces que sea necesario. En algunos casos en los que se ha producido la muerte, también hemos acudido al tanatorio para ver a los familiares, sobre todo al cuidador principal, con el que se ha mantenido una relación y comunicación a lo largo del tratamiento del paciente. Como se aprecia, el modo de vinculación con el paciente es “a medida”, diseñado desde el compromiso y la valoración de cada caso particular.

## MODELO DE LA ENTREVISTA

Es este un modelo que hemos ido desarrollando a lo largo de la experiencia clínica con estos pacientes, en el que se intenta recoger aspectos que consideramos importantes como son:

- Si hay antecedentes oncológicos familiares y los nombra.
- Acontecimientos vitales estresantes (positivos o negativos) previos a la aparición de la enfermedad.
- Cómo se define a sí misma la persona, lo que nos permite detectar patrones de personalidad (tipo C, alexitímicos, etc.).
- Historia de la enfermedad, cómo surge, pruebas que le han hecho, el tratamiento hasta ahora recibido. Hemos observado que, para el paciente, es una forma más fácil de ir hablando de lo que le pasa, a la vez que permite conocer lo que sabe sobre su enfermedad, si nombra o no la palabra cáncer, qué información tiene. Reacciones ante los efectos secundarios de los tratamientos, como la alopecia, mastectomía o cualquier malestar físico.
- Exploración psicológica, cómo ha vivido todo lo anterior desde el punto de vista emocional.
- Motivo de la enfermedad, por qué cree que le ha pasado, de esta forma podemos conocer si hay o no pensamientos irracionales, atribuciones, creencias, culpas, fantasías, etc.
- Significado de la palabra cáncer (si lo nombra) al margen de lo que le hayan dicho los médicos.
- Lo que más le preocupa, qué le da miedo respecto a la enfermedad, temores en el momento actual.
- Actitud ante la enfermedad, lo que nos permite conocer el estilo de afrontamiento.
- Apoyo social, ya que es una de las variables que actualmente se considera que influye en la adaptación a la enfermedad.
- Cómo se encuentra en este momento desde el punto de vista emocional.
- En algunos casos y, sobre todo, cuando se han visto pacientes en instituciones sanitarias, se les administra batería de test para la evaluación de: Ansiedad-Depresión (HAD), Desesperanza (HS), Impacto, Control y tipo de Afrontamiento, para que los rellenen a solas y después los entreguen en una próxima consulta.

En general, también se les pide que escriban la historia de su vida, su biografía y, posteriormente, se lee y trabaja con ellas. Es de señalar las reacciones tan diversas que pueden presentar las pacientes ante esta propuesta, unas aceptan, otras la rechazan, como aquella que dijo: “*Escribir ahora mi historia es como si estuviera haciendo mi testamento y no quiero hacerlo*”.

Cabe señalar que según sea la persona y su situación físico-emocional, todo lo anterior no se explora en la primera consulta, en algunos casos requiere como mínimo de dos o más entrevistas y en otros casos no pueden explorarse todos los puntos porque la situación de la persona así lo aconseja.

Siguiendo este modelo, a continuación destacamos algunos aspectos que nos han resultado más relevantes en los casos clínicos presentados.

## Lugar de la Entrevista

Ha habido pacientes que han sido vistas en el hospital y, posteriormente, se les ha dado la oportunidad de

pasar a consulta privada. Esto nos ha permitido observar cómo el hospital está asociado a enfermedad, provoca rechazo (cuando ya han finalizado los tratamientos) en tanto que les recuerda todo lo que han vivido. En la consulta (fuera del hospital) tienen otras vivencias.

Ejemplo de lo anterior, es lo que nos cuenta una de las pacientes, el primer día que acude a consulta fuera del hospital:

*Vengo agobiada por lo nuevo [...] lo veo con otra perspectiva, el sitio nuevo me gusta [...] cuando el otro día me diste la oportunidad de cambiar no lo pensé, lo prefiero para separar una situación de otra [...] el ir allí donde me conocen, donde todo me recuerda a la enfermedad... creo que aquí me gusta más...*

## Personalidad tipo C

Son muchos los investigadores que a lo largo del tiempo han observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de personalidad, sin embargo problemas metodológicos y teóricos impiden establecer conclusiones claras al respecto. Aún así, existe un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se han relacionado con el desarrollo y progresión del cáncer, éste es el de “patrón de conducta o personalidad tipo C”.

Las variables que han conseguido un mayor apoyo empírico son las siguientes: Depresión, desamparo-desesperanza, pérdida o escaso apoyo emocional, bajo afecto negativo (dificultad para manifestar las emociones negativas como ira, cólera, agresividad, etc.) y una deficiente expresividad emocional (Contrada, Leventhal y O’Leary, 1990).

Esto en la entrevista lo exploramos cuando les pedimos a las pacientes que nos digan cómo se ven, cómo es su personalidad, que hagan un retrato de sí mismas. Mostramos diversos ejemplos:

*Creo que uno de mis problemas es la dependencia, aunque luego es lo contrario, soy muy independiente, tengo un rollo con eso. Soy tranquila, tengo mucha ansiedad, mis amigos dicen que no expreso mucho, que siempre estoy para escuchar a los demás y luego yo no me dejo ayudar [...] pienso que si digo demasiado, la relación se puede estropear, no me gusta ponerme caprichosa, demandante, pidiendo...*

*Soy inquieta, activa, cariñosa, con muchas ocupaciones, me adapto bien a los demás, muy optimista, muy responsable, me preocupo por los demás, sus problemas son los míos [...] Demasiado responsable y cuidadora con mi marido, mis hijos, soy el ‘pañito de lágrimas’ de amigos y conocidos...*

*Muy exigente conmigo, muy luchadora, siempre queriendo conseguir metas [...] tendencia a la insatisfacción ‘algo me falta’, abierta, afectiva, tendencia natural a ayudar a los demás, soy el paño de lágrimas de los conocidos por mi capacidad de escucha [...] pero para mis problemas me pongo una venda, como no me gustan los callos [...] muy responsable, perfeccionista.*

*Muy abierta, habladora, optimista, muy organizadora, muy responsable, la que controla el sistema familiar, muy perfeccionista, buena confidente [...] buena relación con los amigos...*

*Soy una persona muy persistente, no rozo la perfección pero intento que las cosas en mi cabeza estén claras [...] soy terca en ese sentido [...] un poco maniática [...] soy terrenal, necesito sentir que domino la situación [...] el no controlar me pone nerviosa, soy controladora, valiente, aventurera [...] exigente conmigo, siempre muy cumplidora, perfeccionista [...] Hablo con mis amigos de lo que me pasa... pero cuando vine a Madrid y en el trabajo me hice una coraza, todo me lo guardaba, a no decir [...] esto ha sido así durante este tiempo, no puedo expresar mis emociones...*

## Acontecimientos vitales estresantes

Nos permiten encardinar la enfermedad en la biografía del paciente, explorar si dichos acontecimientos han podido ser un estresor psicológico, ver sus relaciones vinculares, el comportamiento del contexto, etc.

*Hace cuatro años mi hijo tuvo un accidente de tráfico... lo pasé fatal, pensé que se moría, después que no se iba a poder mover [...] Hace dos años tuve un aborto, me quedé embarazada y yo no quería, después me he hecho la ligadura de trompas...*

*Hace un año me cambié de trabajo, choco con un jefe que me hace la vida imposible [...] creo que quizás el cáncer se me desarrolló antes por esto [...] estuve triste, ansiosa, muchas ganas de llorar [...] fui al médico y me mandó X. [ansiolítico]. A los 6 meses de esto mi madre se puso enferma... la operaron pero se murió a la semana [...] me afectó mucho, adelgacé... tuve que tomar otra vez las pastillas [...] entonces noté que el bulto empezó a crecer de forma desorbitada y en la revisión me dijeron lo del cáncer.*

*Hay algo que me ha descolocado por mi hija, la mayor, en el otoño [4-5 meses antes del diagnóstico] tuvo migrañas y no dormía por las noches, lo pasé muy mal, pensé que podía tener alguna otra cosa...*

*Como positivo fue cuando me separé de mi marido [...] Como negativo es que como tuve que trasladarme de X. a Madrid en mi trabajo actual he sufrido mobbing, lo he pasado muy mal [llora]... en mis angustias siempre me llevaba la mano al pecho, la mama donde luego ha aparecido el tumor [...] creo que éste ha sido el desencadenante...*

*La muerte de mi hermana [más joven que ella, también con cáncer de mama]...yo la decía 'si tengo un cáncer no me lo digas, sólo haz que deje de trabajar' [...] ella hubiera sabido vivir sin mí mejor que yo sin ella...fíjate que le dijo a sus amigas que me cuidaran, que tenía que seguir viviendo, que no me parara...*

Como podemos observar y, sin ningún ánimo de generalizar, hay duelos desplazados o mal elaborados, acontecimientos traumáticos, insatisfacción vital y también está presente el factor hereditario.

## Atribuciones de por qué han enfermado

Es una de las partes más subjetivas del proceso, abordar a qué atribuyen su enfermedad, qué explicación se dan a la causa por la que les ha ocurrido a ellas. Es uno de los elementos más ricos en cuanto a despliegue de la subjetividad de la persona y el que más en conexión está con su saber preconsciente. Nos encontramos en muchas ocasiones con una atribución culposa por comportamientos que las pacientes viven como reprochables. En otras, la persona es capaz de asumir que la enfermedad es algo azaroso que le puede pasar a cualquier persona.

*Por mi vida hasta ese momento, tuve un aborto voluntario hace dos años, cuando me dijeron que tenía cáncer pensé que era un castigo de Dios por lo que había hecho.*

*Es como si hubiera hecho algo malo, que esto fuera un castigo o algo así [llora]... creo que es una continuación de la X. [enfermedad crónica previa a la aparición del cáncer] que lo he querido tapar y ha salido por otro lado [...] hice muchas cosas mal, me desadapté, descontrolé [...] la enfermedad es un cas-*

*tigo, es como una condena [...] hice muchas cosas mal, sentí que había traicionado a alguien, a mis padres, a mi novio, a mis amigos...*

*Porque la vida es muy ingrata, he tenido mala suerte [...] que hay factores externos que te traen mala suerte [...] como ya te dije después de lo mal que lo pasé con mi jefe, que me hacía la vida imposible y a los seis meses se muere mi madre, me afectó mucho, adelgacé, tomé ansiolíticos, después fue cuando me dijeron que tenía cáncer.*

*Porque soy muy activa sexualmente [...] como el cáncer de mama tiene que ver con las hormonas, yo he tenido la libido muy alta, por eso creo que me ha pasado...*

*Me lo he preguntado demasiado [...] no sé si me digo este marido [con el que tiene una mala relación en el momento de la consulta] y estos hijos, no es lo que quería...*

*A veces he pensado que me ha venido todo tan bien, que pensaba ‘me da un poco de miedo tanta felicidad’, aunque hemos tenido nuestros altos y bajos, nunca pensé que esto me pudiera pasar... creo que estas cosas pasan a cualquiera, no por nada.*

## ASPECTOS RELEVANTES DE LA INTERVENCIÓN

### A. Paciente

#### Los sentidos de la enfermedad

Para algunos pacientes *la enfermedad es un revulsivo* a través del cual se puede acceder a una “toma de contacto” con su proceder inconsciente: su papel en la familia, sus reacciones ante viejas dependencias actualizadas. Los duelos no elaborados, su carácter antes, durante y tras la enfermedad.

Una paciente hablando acerca de la muerte de la madre: “*Mejor me hubiera muerto con ella [...] para vivir como he vivido mejor muerta [...] aunque ahora estoy aprendiendo a vivir [...] casi diría que ha sido una suerte tener un cáncer porque me ha hecho espabilar*”.

La enfermedad *como una oportunidad*, para vivir de otra forma: “*Creo que ahora estoy mejor que antes de la enfermedad, antes intentaba no molestar, agradar a los demás, ahora es diferente [...] la enfermedad me ha hecho cambiar [...] ahora quiero disfrutar el presente, liberarme del pasado y del futuro...*”

Como *beneficio secundario*, para sentir el afecto paterno: “*La única vez que he sentido que mi padre me ha tratado con cariño, que me abrazó, fue cuando le dije que tenía cáncer*”.

*La enfermedad como fortaleza*, es el caso de una paciente que tras la recidiva de la enfermedad está recibiendo tratamiento de quimioterapia y trae un escrito hablando de su experiencia:

*Creo que estoy como debo de estar dadas las circunstancias y cuando termine y recobre de nuevo mi vida volveré a encontrarme conmigo misma y ellos con la que tanto echan en falta [...]. Sólo hay una valoración, me tengo que ir de casa [...]. Después de estos años, he conseguido ser como ese junco del que me hablaste en una ocasión -hay que ser como el junco que se dobla pero no se parte- y yo me había partido tantas veces que pocos confiaban en mí... ¡por fin! me he convertido en ese junco que no se parte pero que se dobla en su lucha para volver a ponerse en pie.*

*La enfermedad como despertar* consciente a su sentimiento inconsciente de dependencia y sometimiento:

*Siempre he tenido miedo a fracasar, al que dirán, creo que por eso nunca he tenido una pareja, para que no me dejen [...]. Mi madre se preocupaba de mí físicamente, pero no he recibido palabras de afecto, de*

*cariño, de valoración... ni de ella ni de mi padre [...] me he sentido como una marioneta movida por mi madre [...]. Ahora, después de la enfermedad estoy mejor [...] estoy rompiendo la atadura con mis hermanos [...] mi madre nos casó [...] quiero vivir, pero no como hasta ahora, la enfermedad me ha enseñado a vivir... hasta ahora he vivido la vida de los demás, no mi vida.*

## El “Síndrome de Damocles”

Como ya se comentó, es el miedo a la recidiva, a que la enfermedad vuelva. Es frecuente que los pacientes en los períodos de revisión sientan más angustia, ansiedad, mal humor, tristeza, aislamiento y muestren mayor demanda del entorno. El que puedan prever y conocer sus reacciones ayuda a manejarlas.

Esto es algo que habitualmente encontramos en todos los pacientes oncológicos, es uno de los objetivos terapéuticos y ocupa una parte importante del tratamiento. Incluso en algún caso ha sido motivo de volver a consulta después de ser dado de alta, al presentar una crisis de ansiedad ante la revisión médica habitual.

*Creo que tengo mucho miedo de que la enfermedad vuelva a aparecer, a tener metástasis y me pase lo que a mi hermana, tengo miedo a morirme [...] a veces, me dan ataques de miedo, ante cualquier cosa que me noto lo interpreto como maligno, pienso que es una metástasis [...] esto es el fin, me muero...*

*La idea de la muerte me ronda un montón, pensar que la enfermedad vuelva a aparecer [...] no puedo hacer planes y si tengo algo, ay que horror, por otro lado me digo ‘no voy a tener nada’.*

*Si no fuera por el miedo a la recidiva, estaría fenomenal [...] he aprendido a ver las cosas de otra forma.*

*Ya estoy otra vez [hablando del miedo a que la enfermedad reaparezca] en esa parte del porcentaje donde las estadísticas fallan, ¡Dios mío, qué futuro tan incierto! ¿Estarán cubiertos mis riesgos?*

## Imagen corporal

En la mayoría de los casos está alterada por la alopecia como efecto secundario de la quimioterapia, pero sobre todo cuando ha sido necesario hacer mastectomía. Como sabemos la mama tiene que ver mucho con la femineidad, con el sentirse mujer. Su falta en un primer momento es vivida como alteración de la misma, es frecuente escuchar a las pacientes decir “*ya no me siento mujer*” y como consecuencia influye en el deseo sexual y en las relaciones sexuales.

*A mí me influyó que en la primera sesión [de quimioterapia] me tengo que cortar el pelo, porque enseguida se me empezó a caer [...] me puse gorritos, nunca me puse peluca porque no me gustaba. Llevé mal lo del pelo, y en lugar de llorar porque tenía una enfermedad muy mala, que me podía morir, lloraba por mi aspecto físico...*

*Antes mi cuerpo me gustaba, estaba contenta con él, disfrutaba sexualmente con la mama, mi hija me dice que cuándo le van a poner a ella las mamas [...] sentí envidia, tristeza [...] cuando me veo me da tristeza, la prótesis me cansa, me cuesta mucho aceptarlo física y psicológicamente.*

*Después de la mastectomía, al principio estaba como en una nube, sí recuerdo mucha tristeza, cuando llegué a casa lloré como no había llorado antes [...] me encontraba mal, quería acabar con ello haciéndome la reconstrucción, dejé de sentirme femenina, de tener deseos sexuales, de salir, de arreglarme [...] me sentía disminuida y así me siento, no me siento atractiva ni nada de nada, me he acostumbrado a verme pero no me gusta nada.*

*Estoy muy cansada físicamente y me veo a mil años luz de cómo yo estaba, que no tengo pelo, que no tengo pecho, que no tengo ilusión...*

*Me veo hecha polvo, me pesa la prótesis, me siento medio mujer, a raíz de la mastectomía no he tenido relaciones sexuales por falta de deseo, no me siento mujer..*

## Otras vivencias de la enfermedad

Las pacientes pueden vivir la enfermedad de forma diferente, según el momento de la misma y, sobre todo, según sea su situación emocional. Destacaremos algunas de estas experiencias:

- Vivencias de volverse loca y perder el control: *“A veces pienso que no sé cómo no me he vuelto loca con las cosas negativas que me están pasando”*.
- Vivencias del futuro como amenaza: *“Tengo una terrible necesidad de terminar y huir del hospital. De hacer mi vida de siempre, para poder quitarme ese lastre de la enfermedad [...] olvidarme del futuro y disfrutar solo del presente...”*.
- Vivencias de la rabia ante las renunciaciones: *“Me prometí no hacer las paces con Dios hasta que me devolviera lo que me había quitado, hasta que hiciera el milagro de darme un hijo”*.
- Sentimientos de envidia hacia las personas sanas: *“A mi prima todo le sale bien, se casó hace dos años, va a tener un hijo [...] aunque yo no envidio a mi prima por su forma de vivir, que a mí no me gusta, pero quizás por las cosas que ella tiene y que yo no podré tenerlas [...]. No sé por qué a los demás les salen las cosas bien y a mí no...”*.

## Sueños

Como material de acceso directo al inconsciente hemos podido observar diversos tipos de sueños de nuestras pacientes (Freud, 1900/1991).

Un primer tipo que denominaremos de *realización de deseos*:

*Me encanta soñar porque sueño cosas agradables. Hoy, por ejemplo, he soñado que volvía al cole. Era otro lugar, un centro más grande pero reconocía a un antiguo alumno, muy apreciado, que me preguntaba si ya volvía para quedarme. Eso era lo único que parecía importarle. No reparaba en mi escaso pelo. Tenía el pelo muy corto pero lo suficiente para disimular. He sentido que era feliz dentro de ese sueño.*

En este caso la paciente ve claramente cómo hace un salto de pértiga respecto a la fase actual de su enfermedad y se coloca desde el deseo en la fase siguiente: la vuelta a la normalidad. Desplaza y condensa la angustia frente a su nueva imagen tras la alopecia. Y le agrada tener una identidad laboral que la refuerza en su autoestima herida por la enfermedad y por su sensación de minusvalía.

Un segundo tipo que denominamos *sueños de elaboración* en los que la vivencia de angustia permite a la soñante una función traumatolítica de carácter elaborativo (Ferenczi, 1984). Contamos con diversos ejemplos que pueden ilustrarlo:

*Tenemos dos casas, una está destartalada, la otra tiene jacuzzi. Al bajar en el ascensor bajo sola. Unas voces desde el exterior me avisan de avería. El ascensor está cayendo. Al final, la marcha se aminora pero al abrir la puerta estoy entre dos pisos. Al moverme, el ascensor da un giro y quedo atrapada.*

La paciente asocia el temor a una muerte segura, la vivencia de la enfermedad como una condena irreversible que la lleva al fin. Puede hablar y fantasear sobre su propia muerte: *“Por momentos me veo en una cama con grandes gestos de dolor. En otro momento me veo chillando angustiada: no me quiero morir, no me quiero morir”*.

En un segundo fragmento de sueño, la paciente se recuerda repartiendo un dinero antiguo con su hermano. Puede asociarlo con una película reciente que ha visto, “La comunidad”, y también le trae ecos del reparto económico de la herencia tras la muerte de su propio padre.

Es frecuente comprobar en nuestro trabajo cómo unos duelos permiten elaborar otros anteriores. En este caso la angustia anticipatoria ante la propia muerte conecta en la paciente a dos varones importantes en su vida: su propio padre muerto y su hermano vivo como administrador y reemplazo del cabeza de familia. Lo que permite rescatar los sentimientos de orfandad y de rivalidad con respecto al varón.

Resaltamos un tercer tipo de sueño que podemos denominar *de angustia anticipatoria*. La paciente lo evoca diciendo: “*Entraba yo a la consulta, antes de entrar sabía que me iba a decir el doctor algo malo*”.

Este sueño lo tiene la paciente días antes de la revisión médica que, como hemos descrito es un momento de enorme movilización de angustia, de temores hipocondríacos, de insomnio. El temor a la mala noticia aparece reflejado en algo que la paciente “ya sabía”, es decir, teme que se confirme el peor de sus presagios. Con este material, además de lo obvio de su angustia aparece la enorme sensación de indefensión sobre el destino de su vida depositada en el doctor, varón, que es el dador del veredicto. Asunto que tiene una gran importancia en la vida de esta paciente.

### Indicaciones a Psicoterapia de Grupo

En ocasiones hemos propuesto a estas pacientes la oportunidad de participar en Psicoterapia de Grupo. Ni que decir tiene que esta indicación se propone a aquellas que están en una situación física y psicológica que lo permite o en fase de remisión de la enfermedad y que han decidido continuar su tratamiento psicológico, conscientes del apoyo benefactor que su proceso de autoconsciencia y autoconocimiento está produciendo en ellas. Se trata de que puedan vivir la experiencia de pertenecer a un “grupo normalizado” sin el peso de la enfermedad somática, pudiendo “psicologizar” y dotar de sentido la experiencia disruptiva de aquella en sus vidas y trabajar otros conflictos. Se trata de grupos heterogéneos en edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de terapia. Son de carácter abierto y se realizan una vez al mes mientras los pacientes continúan con su terapia individual semanal.

Partimos de la base de que el grupo es un espacio privilegiado para conocer los efectos del preconscious, del inconsciente y de su entramado intersubjetivo en la vida de la persona. Es un instrumento técnico que abre a nuevas formas de comprensión y elaboración a través de los otros (Kaës, 2010).

Resaltamos algunas experiencias clínicas de gran interés vivencial y elaborativo para las pacientes:

Tras una de las sesiones de grupo la paciente dice:

*Recuerdo especialmente a una persona del grupo que me cayó mal, me resultaba duro y prepotente, como si nada fuera con él. Ahora sé por qué. Durante mucho tiempo yo he dado la misma imagen y no me percataba. Me reconozco en lo que me molesta de él.*

Esta vivencia la lleva a expresar su sensación actual de sentirse una “don nadie” y a reflexionar sobre su antes y su ahora. Entre ser prepotente y ser un don nadie hay todo un camino por explorar, en el que ser y sentirse.

Otra paciente rescata la vivencia de sentirse entre “*hermanos de camino con los que poder convivir, dar y recibir*”. Lo que la lleva a poder tomar consciencia de su lugar entre sus hermanos reales, el preferido por mamá, el preferido por papá y cómo se han ido modificando esos roles según ella va conquistando autonomía tras la dependencia impuesta por la enfermedad. En otro momento, la misma paciente resalta el apoyo recibido por parte de los miembros del grupo y su compromiso para con ellos: “*Aquí he ido desprendiéndome de mis caretas, de mis miedos, he reído, he llorado, he venido radiante y he venido enferma... pero he venido*”. También expresa su sensación de haber encontrado un permiso para ser ella con sus estados de ánimo cambiantes. Aspectos que ha de reprimir con su familia, especialmente con su madre. La paciente rescata que ha podido mostrarse sin el peso de la angustia de los demás:

*Me han hecho sentirme fuerte y no pobrecita. Verbalizar mi dolor ante los otros me liberó. Siempre había tapado mi angustia porque me han transmitido que eso es ser vulnerables o débiles. Es una imagen de mí que no había tenido antes en otro lugar.*

## Vivencias transferenciales

El espacio terapéutico es, con este tipo de pacientes, un lugar de acompañamiento que moviliza en ellas sus vivencias con las figuras de apego y cuidados. Tienden a “colocarnos” en una función materna. Algunas pacientes reaccionan haciendo una negación de la dependencia, mostrando una hostilidad hacia la madre real como intento de frenar o neutralizar la misma. Ilustramos con diferentes vivencias según lo genuino de cada persona:

*Según mi madre yo era una niña buena, amable hasta la adolescencia [...] he dependido mucho de ella de pequeña, he tenido miedo de separación, no podía quedarme sola en la calle [...] mi madre era muy protectora, siempre con miedo a que nos fuera a pasar algo [...] a veces pienso que mi madre disfruta con lo que me está pasando, porque así ella puede ponerse en el papel de madre cuidadora y que los demás piensen ‘pobrecita tiene que cuidar a una hija enferma que encima la trata así’ [...] me parece monstruoso que disfrute con este tipo de cosas...*

*Quería verte para que me entendieses.*

*Me encuentro muy bien, creo que estoy mejor que antes de la enfermedad y eso lo hemos conseguido entre las dos...*

*Mi madre no tolera mis momentos de debilidad, no soporta que llore, verme triste. Me dice: si tu lloras yo lloro, si tu sufres yo sufro... y se queda tan ancha. Así no me ayuda nada. Afortunadamente ya no me causa complejo de culpa.*

*Agradezco ser recibida con una sonrisa, igual que un abrazo, que nos toquemos, a mí me gusta abrazar, tocar...*

La situación de dependencia que propicia la enfermedad permite abordar los sentimientos regresivos, especialmente, como hemos dicho, hacia la figura materna. Es un momento de actualización y despliegue de un amplio espectro de sentimientos hacia esta figura: de ambivalencia, de odio, de temor, de culpa por dañar, por ser la protegida. También de rechazo por serlo, de orgullo por no merecerlo... y tantas reacciones como sean los estilos de apego que la persona haya vivido (Winnicott, 1992).

## B. Terapeuta

### Tipos de intervención

Los pilares básicos de la intervención con pacientes oncológicos son la escucha, la contención emocional y la devolución.

En uno de los casos que nos ocupa, sucede en una sesión que la paciente acude con mucha angustia, muy negativa, con mucha desesperanza, asustada, enfadada, triste, sobrepasada por todo lo que le está pasando. Al observar que en varias ocasiones dice que nada merece la pena, la terapeuta le plantea abiertamente su deseo de

vida o muerte. Se exploran creencias acerca de la muerte y se le señala que sólo ella puede decidir si merece la pena intentarlo o no, hablándole claramente y de la forma más empática posible, de lo que pasará si no se trata y de lo que puede pasar si se trata. Es esta una forma de intervención directiva y necesaria por todo lo que estaba pasando. Se trata de conseguir un pacto de vida con la persona que nos comprometa a ambas en dicha tarea.

En otros casos, por ejemplo, cuando la persona trae los informes médicos, los vemos juntas, comentamos, les damos nuestra impresión.

### Contacto con los familiares

En algunos casos, es necesario mantener contacto con los familiares de los pacientes. Bien porque el propio paciente nos lo demande, para buscar la alianza con los cuidadores más cercanos y que vayamos todos en la misma dirección, o bien porque se perciba que la actitud y la actuación de la familia está siendo negativa para el paciente.

En algunos casos, el encuentro con los familiares es necesario porque entre ellos puede darse lo que conocemos como “conspiración del silencio”. El paciente no habla con la familia de lo que le preocupa y a su vez la familia no habla con el paciente por sus propios miedos. En muchas ocasiones encontramos que los familiares piensan que no hablando de lo que pasa la situación es menos mala. Esto nos lleva a hablar tanto con el paciente como con la familia, facilitando que entre ellos haya una buena comunicación, lo que seguro que repercute de forma positiva en el paciente.

### Contacto con el psiquiatra

En algunos casos la situación del paciente requiere de tratamiento farmacológico, por lo que es necesaria la derivación al psiquiatra. Esto nos exige una coordinación con estos profesionales. En nuestra experiencia, y en algunos de los casos presentados así ha sido, siendo el resultado algo totalmente positivo para el paciente.

### Papel activo del terapeuta

El trabajar con pacientes que padecen una enfermedad que amenaza la vida, nos hace situarnos en un papel real: estoy aquí y ahora contigo, para hablar, esclarecer, confrontar. Ayudamos a pensar:

*Para mí eres una psicóloga estupenda, porque contigo puedo hablar y tú me hablas, es una diferencia con otros psicólogos a los que he ido, que no me decían nada... esto me está ayudando, aunque haya días que salgo mal y otros mejor.*

*Me haces pensar sobre lo que nunca he pensado.:*

También hay que tener en cuenta la información que maneja el terapeuta respecto a la enfermedad. En este sentido comentar que en un principio leíamos las historias clínicas antes de ver al paciente. Con el paso del tiempo fuimos observando que esto dificultaba la escucha y la contaminaba. Por lo que decidimos que es preferible saber la información a través de lo que el paciente nos cuenta.

Esto no excluye que, en algunos casos, tengamos una visión más real de la enfermedad que el paciente, sobre todo en cuanto al pronóstico, pero es importante que no sea una interferencia. Ejemplo de ello es una anotación contratransferencial que dice así:

*En este caso, como en otros muchos, no puedo dejar de lado la enfermedad que tiene la paciente. Tengo temor porque pueda tener un mal desenlace, su pronóstico no es nada bueno, aunque en este momento no tiene enfermedad, es probable que ésta pueda aparecer en cualquier momento. Esto es algo que siem-*

*pre debo tener presente y que quizás me haga actuar en algunos casos de forma diferente a como lo haría con otros pacientes. Esta disponibilidad o adaptabilidad a la paciente, puede entenderse porque en mí prima la calidad de vida, cuando no puedo hacer más por la cantidad de vida.*

### Sentimientos contratransferenciales

Uno de los trabajos más importantes para el terapeuta es autocontener sus propios sentimientos de impotencia, desesperanza, rabia, tristeza, sorpresa ante la capacidad de lucha de un paciente. Y también la elaboración del duelo real: son pacientes que en algunos casos mueren. Para cuidarnos, son fundamentales los trabajos de análisis y de supervisión.

Cuando nos enfrentamos a personas con estos diagnósticos, el terapeuta se puede sentir urgido desde su contratransferencia, por lo que es importante aprender a manejar los sentimientos de omnipotencia, a través de la aceptación de los límites de la actuación terapéutica. Como acabamos de comentar en el apartado anterior, el dato de realidad con el que siempre partimos es el de la calidad de vida frente a la cantidad sobre la que no tenemos capacidad de actuación. Ejemplo de ello es lo anotado por la terapeuta en una de sus notas clínicas:

*Mi objetivo terapéutico es escucharla, acompañarla y ayudarla para que su vida, que ya ha sido bastante dura y difícil, pueda ser un poco más agradable, y esto será posible cuando haga las paces con su vida anterior y aprenda a disfrutar de lo que tiene. Será lo que servirá para dar calidad a su vida cuando la cantidad está tan pendiente de un hilo.*

Hay que saber manejar contratransferencialmente la impotencia en la que, a veces, nos colocan los pacientes, el abatimiento ante el planteamiento de lucha versus la vida: “*Para mí esta sesión ha sido muy dura emocionalmente*”.

### FINAL DEL TRATAMIENTO

Generalmente el final del tratamiento llega por remisión de la sintomatología psíquica como consecuencia de un aceptable manejo de la enfermedad. Siempre intentando el acuerdo paciente-terapeuta. Aunque este final siempre está abierto a nuevas demandas: el paciente puede volver a consulta cuando lo precise.

En la práctica nos hemos encontrado con esta situación. Pacientes que han sido dadas de alta y después han vuelto para tratar algo puntual, como el caso de la paciente que volvió ante una crisis de ansiedad en una de las revisiones, por temor a que la enfermedad volviera, tuvimos 2-3 entrevistas y de nuevo fue dada de alta. Otro caso, es una paciente que después de más de 4 años de haber sido dada de alta, reanuda la terapia por problemas de estrés laboral.

Esto nos indica que cuando se ha establecido una alianza terapéutica eficaz, la persona sigue confiando en este espacio como forma de afrontar cualquier otro problema de su vida cotidiana, no ligado a la enfermedad.

En otros casos podemos encontrarnos que se le plantea al paciente la posibilidad del alta, porque ha hecho una buena adaptación a la enfermedad y la persona decide que quiere seguir. Y en otros, se produce una reformulación de la demanda, pacientes que deciden continuar conociéndose. Como el caso de una paciente que cuando se le plantea el alta dice: “*Ahora que he empezado a hablar no me voy a callar*”.

A lo largo de nuestra experiencia también hemos podido vivir que la finalización del tratamiento ha sido impuesta por la progresión de la enfermedad que ha supuesto la muerte de la persona.

Para finalizar, queremos transmitir nuestro gusto por sacar a la luz parte de nuestra rica y prolongada experiencia con pacientes que padecen cáncer ya que nos ha permitido seguir abriendo preguntas y plantearnos nuevos focos de investigación teórico-clínica para futuras reflexiones.

Y, por supuesto, agradecer a nuestros pacientes, a través de los cuales, cada día aprendemos a valorar más la vida.

## REFERENCIAS

- Alonso, C. (2003). Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez, Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria* (pp. 771-783). Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.
- Arranz, P. Barbero, J. L., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Barreto, P. (2000). El Counselling como instrumento terapéutico. En M. Die y E. López, *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia* (pp.301-310). Madrid: Ades Ediciones.
- Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality. Theory and research*. New York/London: The Guilford Press.
- Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 265-298). Madrid: Pirámide.
- Ferenczi, S. (1984). *Obras Completas*, Tomo IV. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Freud, S. (1991). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*, Tomo IV. Amorrortu Editores. (Original publicado en 1900)
- García-Camba, E. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica.
- Gómez, E., Neira, N., García, F., de Cos, A., Mur de Viu, C. (2004, febrero). *Cáncer de mama: Aspectos Psicológicos y propuestas de Intervención*. Interpsiquis 2004, 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- INSALUD (1997). *Programa de atención a los pacientes en fase terminal. Área 11*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Kaës, R. (2010). *Un singular plural. El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaufmann, A. (1989). Los enfermos frente a su cáncer. En A. Kaufmann, P. Aïch y R. Waissman (Eds.), *La enfermedad grave. Aspectos Médicos y Psicosociales* (pp. 29-103). Madrid: Editorial Interamericana-McGraw-Hill.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México D.F.: Manual Moderno.
- Koocher, G.P. y O'Malley, J.E. (1981). *The Damocles syndrome: Psychological consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(3), 91-102.
- Mingote, J.C., Denia, F. y Alonso, C. (1997). Psicoprofilaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 62, 64-73.
- Monedo y Alonso (2003). *Aspectos psicoemocionales en cuidados paliativos*. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez y Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria* (pp. 665-680). Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.
- Moorey, S. y Greer S (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Pérez Manga, G., Arranz, J., García, R., Meana, J. A., Carrión, G., Torán A. (1991). Aspectos psicosociales de los enfermos oncológicos. En E. Díaz-Rubio, A. Duque, J. García Conde, P. García Peris, M. González Barón, G. Pérez Manga et al. (Eds.), *Tratamiento sintomático del paciente canceroso* (pp. 199-222). Madrid: Publisalud.

- Rogers, C. (1973). *In Retrospect: Forty-six years*. Distinguished professional contribution award address. American Psychological Association Convention.
- Romero, R. (1997). Intervención psicológica en el enfermo oncológico. En L. M. Pascua y R. Ballester (Dirs.), *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención* (pp. 251-285). Valencia: Promolibro.
- Romero, R., Ibáñez, E., Monsalve, V. (2000). La Terapia Psicológica Adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 15-37). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Sebastián, J. y Alonso, C. (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez, Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria* (pp. 793-803). Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.
- Watson, M. y Greer, S. (1998). Personality and coping. En J. C. Holland (Ed.), *Psychooncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Winnicott, D. (1992). *Los procesos madurativos y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.

Manuscrito recibido: 07/03/2011

Revisión recibida: 20/04/2011

Manuscrito aceptado: 27/04/2011