



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER CON HIPNOSIS ERICKSONIANA DIRIGIDO A PACIENTES
CON CÁNCER, PARA ATENDER LA ADAPTACIÓN ANTE LA
ENFERMEDAD Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ERNESTO BURELA ANAYA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. ÉRIKA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Abril, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE TEMÁTICO

		Pág.
	RESUMEN	3
	INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	CÁNCER.	7
	Medico y paciente ante el diagnostico de cáncer.	10
CAPÍTULO II	EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ENFERMO DE CÁNCER.	16
	Impacto sociofamiliar ante la enfermedad de cáncer.	20
CAPÍTULO III	TERAPIA CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.	22
	Hipnosis Ericksoniana.	30
CAPÍTULO IV	PROPUESTA DE UN TALLER CON HIPNOSIS ERICKSONIANA DIRIGIDO A PACIENTE CON CÁNCER, PARA ATENDER LA ADAPTACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	43
	ALCANCES Y LIMITACIONES.	54
	REFERENCIAS.	57

RESUMEN

El trabajo para la atención médica de los enfermos de cáncer ha sido insuficiente para alcanzar mejor grado de bienestar de estas personas. Los efectos de la enfermedad se manifiestan muy frecuentemente de manera negativa e intensa en el estado psicológico de los pacientes oncológicos, con trastornos adaptativos que van disminuyendo la calidad de vida del enfermo con este diagnóstico. Por lo que hacer propuestas con estrategias de intervención que beneficien la adaptación y funcionalidad del individuo a esta nueva circunstancias en su vida adquieren una valía incuantificable. Por eso proponer un taller con la técnica de Hipnosis Ericksoniana, dirigido a pacientes con cáncer para la mejora en los recursos de afrontamiento de su enfermedad y su adaptación a esta situación de su vida, entonces, mejorar la calidad de la misma.

Palabras clave: Cáncer, hipnosis ericksoniana, adaptación, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar una propuesta de atención que sea útil en los trastornos psicoemocionales de las personas que se encuentran diagnosticadas con la enfermedad de cáncer, así mismo, que ésta propuesta sea un recurso para los profesionales de la salud que atienden a estos enfermos, expertos como Enfermeras, Trabajadores Sociales, Médicos, Psicólogos, Psicooncólogos, Oncólogos y todo aquél que éste involucrado en éste proceso en la vida de dichas personas.

Datos del INEGI señalan que en 2007, la Organización Mundial de la Salud en una nota descriptiva de Julio de 2008 establece que el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, con 7.9 millones de defunciones anuales, que representan aproximadamente el 13% del total y se prevé que siga aumentando, alcanzando los 9 millones en 2015 y los 11.4 millones en 2030, lo cual da una perspectiva de la incidencia de casos en el mundo, mientras que en nuestro país el problema es también considerablemente grave. El INEGI reporta la incidencia de la enfermedad oncológica en nuestro país con los datos siguientes: en el año de 2006 de cada 100 egresos hospitalarios del sector salud de mujeres, 45 fueron por algún tipo de cáncer, mientras que en varones de cada 100 egresos 33 estaban en la misma situación, siendo pacientes con la necesidad de tratamiento médico pero también emocional. En 2007 el cáncer representó la tercera causa de muerte en mujeres y la cuarta en hombres, lo cual es corroborado por la Secretaría de Salud, que subraya en nuestro medio al cáncer como la tercera causa de muerte, y se prevé como que siga incrementándose debido al aumento en la esperanza de vida de la población. Los esfuerzos han estado concentrados en seguir reforzando las acciones en materia de prevención para realizar un diagnóstico temprano y lograr resultados efectivos en el tratamiento, ya que aún no se cuenta con mecanismos para evitar la enfermedad, la cual, constituye un grupo de enfermedades crónico degenerativas de más de 100 tipos, provocados por factores heredados o externos.

La relevancia del presente trabajo es la propuesta de un taller, dirigido a las personas que están pasando por la enfermedad en alguna de sus fases (pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, post-tratamiento, recaída) y en alguno de sus grados, pacientes que siguen viviendo y están acompañados por los efectos emocionales que produce la enfermedad oncológica, efectos que van a ser absolutamente individuales, determinados por la característica de personalidad de cada quien y de los recursos con que cuente para su afrontamiento. Al respecto, la Secretaría de Salud a

través del secretario de salud, indica que no sólo con tratamientos sofisticados se logra la recuperación de los pacientes oncológicos, sino que se necesita brindar un servicio cálido, sensible, optimista y con la verdad, por los efectos que provoca esta enfermedad en el paciente, en sus familiares y en el público en general, para lo anterior se arranco con el programa llamado INFOCANCER, que se encargará de dar información especializada y puntual sobre la enfermedad de cáncer, tratamiento, prevención, etc.

En un inicio casi todas las personas diagnosticadas con cáncer necesitarán tiempo para ajustarse a la noticia, reevaluar sus prioridades y buscar apoyo de sus seres queridos. Para muchos, éste periodo de ajuste es difícil y sentimientos como incredulidad, temor e ira son normales. La intensidad de estas emociones consume mucha energía mental, lo que puede hacer difícil absorber y comprender toda la información médica que los profesionales de la salud les proporcionan. Probablemente les tome algún tiempo comprender lo que significan su diagnóstico y sus opciones de tratamiento, tanto físico como emocional, es aquí donde la propuesta de éste trabajo quiere influir positivamente, con testimonios de personas con la enfermedad oncológica, quienes dicen que tener la enfermedad les dio la oportunidad de reevaluar su vida y descubrir fortalezas y habilidades que no sabían que poseían, algunos incluso consideran que la experiencia con esta enfermedad realmente ha mejorado su calidad de vida.

Las personas luchan contra el cáncer de diferentes formas, igual que como se enfrentan a otros problemas en su vida; cada quien a su manera. La forma en la que el cáncer afecta el cuerpo y al estilo de vida de las personas es única y cada una tiene su propia estrategia para sobrellevar la situación, en la medida que busque y encuentre sus recursos para enfrentar las circunstancias y sean compatibles con su personalidad y estilo de vida, entonces, la mayoría descubre la manera de continuar con su trabajo, pasatiempos y relaciones sociales, sin negar que pueden pasar por estados de aislamiento, enojo, tristeza, depresión, miedo, angustia y ansiedad, los cuales pueden alterar la vida de cada paciente en diferentes esferas y de acuerdo a su momento de vida, como puede ser en su sexualidad, en el embarazo, en la reproducción o fertilidad, en la familia, con los hijos, en el bienestar (dolor) etc., es por esto que la intervención de un Psiquiatra, Psicólogo o Psicooncólogo se hace relevante.

El dolor relacionado con el cáncer es uno de los síntomas que más preocupa y al que más temen la mayor parte de los enfermos, es una experiencia que tiene un significado desagradable y se asocia a un gran componente emocional que hace del dolor una experiencia única para cada persona.

Aunado a lo anterior, hay que señalar que actualmente el cáncer se ha convertido en una enfermedad crónica y no necesariamente en una enfermedad terminal, para lo cual el paciente y la familia deben concentrarse en como vivir con cáncer, no como morir con él.

El presente trabajo, en el primer capítulo hace referencia a la enfermedad de cáncer, como fue concebida desde la medicina antigua, la ética medica de esos tiempos Hipocráticos y las escuelas posthipocráticas, hasta llegar a la primera mitad del siglo XX en las escuelas oncológicas de Norteamérica y el desarrollo de los tratamientos con radioterapia, quimioterapia y otros en el desarrollo de la terapia biológica, así como recientes estudios en materia de oncogenes, para poder explicar lo que es el cáncer, su etiología, la evolución clínica, el pronóstico, tratamiento, así mismo para señalar la importancia del diagnóstico de la enfermedad de cáncer.

El segundo capítulo se encarga de señalar las consecuencias psicoemocionales que se producen en el enfermo de cáncer, en los diferentes momentos de la enfermedad, así como de los efectos que se presentan en la familia. El dolor se constituye en uno de los efectos más devastadores del padecimiento de cáncer, integrando los aspectos físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

En el capítulo tres se exponen las diferentes terapias clínicas que existen, su efecto en la aplicación con pacientes oncológicos, llegando a la propuesta terapéutica de éste documento que es la Hipnosis Ericksoniana, desde su creador Milton H. Erickson, hasta el desarrollo de la hipnosis ericksoniana en nuestro medio.

En el cuarto capítulo se presenta como propuesta: Un taller dirigido a personas con enfermedad oncológica, con la intención de atender su proceso adaptativo a esta enfermedad, con el objeto de impactar saludablemente en su calidad de vida.

CAPÍTULO I

CÁNCER

En la medicina griega las enfermedades podían ser naturales o enviadas por los dioses. En esta cultura, al principio, hubo una mezcla de religión y superstición, de tal forma que Asclepio, discípulo aventajado de Quirón (hijo de Zeus), creó unos templos destinados a la práctica de la salud, que fueron considerados de naturaleza divina, de forma que su culto se extendió. La medicina real se estableció desde la era hipocrática, a partir de Hipócrates (460 a 375 a. C.) médico griego, que llevó a cabo las primeras descripciones de tumores con significado científico. Los escritos hipocráticos recogen los términos carcinos y carcinomas. El sufijo -oma se interpreta como de origen neoplásico o tumoral. Los escritos hipocráticos y otros médicos, del Corpus Hippocraticum, describen temas relacionados con enfermedades en la mama, en el estómago y en la piel. Se creía que la enfermedad provenía de alguno de los cuatro humores del cuerpo: sangre, flema, bilis blanca y bilis negra, siendo esta última la responsable del cáncer. Hipócrates conoció de las dificultades de tratar éstas y otras enfermedades y es probable que esto diera motivo para que expresara la frase: *Primum non nocere* (primero no perjudicar). Para Hipócrates, la práctica médica se basaba en los siguientes principios éticos: a) preservar la vida, b) aliviar el sufrimiento, c) no hacer daño, d) decir la verdad al paciente y e) tratar a los pacientes con justicia (Polo, 2006).

También Polo (2006) escribe que en el período posthipocrático aparecieron diferentes escuelas, como tendencia a las nuevas influencias filosóficas, entre ellas la escuela dogmática, en la que la razón y la doctrina estaban por encima de la realidad y de la observación experimental, defendían el uso de procedimientos terapéuticos drásticos y agresivos. También aparecieron escuelas como el empirismo, el metodismo y el eclecticismo. El núcleo importante del pensamiento y la práctica médica fue el centro cultural griego de Alejandría, fundado en el año 331 a. C., por Alejandro Magno. El punto de vista de los médicos alejandrinos más destacados, acerca del Cáncer, no era diferente al de Hipócrates.

En la medicina romana, que floreció a partir del año 146 a. C., el médico Celso (30 a. C.) trató diversos tumores y dejó algunos escritos relativos del tratamiento del cáncer de labio y el de las metástasis. Medio entre los escritos griegos de Hipócrates y los de la escuela de Alejandría (Polo, 2006).

En el siglo II de nuestra era surge Galeno (años 131 a 203) quien se apoyaba en la teoría hipocrática en que para él había cuatro humores, pero introdujo un factor nuevo, regulador de los anteriores y que era el pneuma. Cuando el equilibrio neumático se veía alterado, se producía una elevación de la bilis negra, que no se podía eliminar y que se almacenaba sobre todo en las mamas, cara y labios, dando lugar a la enfermedad. Galeno hizo la primera descripción del cáncer gástrico. Este médico mostró gran interés por los detalles anatómicos y fue un claro discípulo de la línea hipocrática a favor de la dieta, el descanso y el ejercicio (Polo, 2006).

En la primera mitad del siglo XX, las escuelas de Cirugía Oncológica en Estados Unidos estaban desarrollándose, con dificultad por problemas técnicos con la radioterapia, por otra parte, los tratamientos médicos (quimioterapia) aún no habían llegado. A mediados del siglo XX surgen las primeras unidades de alta energía (cobaltoterapia) y más recientemente en los aceleradores de partículas. En el ámbito terapéutico habían surgido algunos intentos de tratamiento médico del cáncer con base en auténticos tóxicos (arsénicos y mostazas). A partir del 1950 el descubrimiento de sustancias o agentes citostáticos ha sido constante (desde el metotrexate, la mercaptopurina, a la doxorubicina, pasando por el descubrimiento del cisplatino en 1969 por Rosenberg) llegando a los nuevos taxanos o nuevos agentes hormonales. A la investigación y las armas terapéuticas, se añade una nueva forma de trabajo, la terapia biológica, de manera que en la segunda mitad del siglo XX se realizan espectaculares descubrimientos, tales como la identificación del ácido desoxirribonucleico (ADN). Imparable el desarrollo de las formas de investigación y aplicación, así recientemente los estudios en materia de los oncogenes por el español Mariano Barbacid (Polo, 2006).

El desarrollo del Cáncer se da, cuando los genes que controlan el crecimiento y la multiplicación celular se transforman y su desarrollo se hace incontrolable. Una vez que la célula normal se transforma en una célula formadora de tumores, el cambio se transmite a todas las células de su estirpe, por tanto, se establece un pequeño grupo de células anormales que se dividen con mayor rapidez que las células normales existentes, que en realidad se comportan como parásitos, pues siguen consumiendo sustancias nutritivas (Polo 2004).

Makhoul (2008) explica que en un estado normal, las células abundan como respuesta a las señales externas promotoras de la proliferación hasta cumplir su función, como es reemplazar las células perdidas o reparar los tejidos lesionados. Una vez que se ha alcanzado el objetivo, se activan una serie de señales que reprimen la multiplicación, estas señales permiten que las

células abandonen el ciclo de proliferación (ciclo celular) regresando a un estado inactivo, mediante diferenciación o muerte celular (apoptosis). Cada una de estas funciones la efectúa un complejo sistema de proteínas que interaccionan. La expresión constitutiva por mutación u otro cambio genético de cualquier componente del sistema de promoción de la reproducción puede desembocar en un aumento descontrolado. El componente expresado constitutivamente se denomina oncogén. Entonces, la pérdida por la mutación o delección de un gen represivo que frena la proliferación, se traduce en la incapacidad de detener el ciclo celular y, por lo tanto, en una proliferación continua, que posiblemente da lugar a un cáncer. El gen perdido se denomina gen supresor tumoral. Igualmente, la expresión constitutiva de los genes antiapoptóticos puede traducirse en la inmortalización de la célula, preparando el terreno para cambios genéticos adicionales, y en último término, la formación de un cáncer. La pérdida de genes proapoptóticos puede provocar resultados similares. Por lo tanto, la proliferación autónoma y la inmortalidad compartidas por todos los cánceres son la consecuencia final de cambios genéticos sucesivos, que pueden ser diferentes de uno a otro cáncer.

Gallar (2001) en cuanto a que la enfermedad de cáncer es objeto de falsas creencias en muchos sentidos, por ejemplo, que es un castigo divino, por hábitos de vida personal, mala conciencia, etc. Puede que en algunos casos haya cierta lógica, pero en muchos otros no deja de ser una errática explicación a hechos que nada tienen que ver con la génesis de la enfermedad. Se ha afirmado muchas veces que la causa de fondo reside en nuestra mente, esta tesis que goza de una gran aceptación popular, es arriesgada, ya que carece de argumentos científicos válidos y resulta además muy perjudicial para quienes padecen la enfermedad; por lo cual es inaceptable llegar a determinar una personalidad cancerosa, lo que es humillante para un enfermo de cáncer. Por lo que establece que la etiología del cáncer tiene diversos factores: a) el medio ambiente, b) la dieta, c) las radiaciones, d) la genética, e) los virus, f) las bacterias, g) los fármacos.

Gallar (2001) también establece que en la nomenclatura Oncológica se habla de tumores benignos y de tumores malignos. Aunque el cáncer por definición es una enfermedad tumoral maligna, es decir, no existe un cáncer benigno, por ende de difícil o imposible curación, no obstante, existen algunos tipos de enfermedades cancerosas que si se tratan a tiempo y de la forma adecuada pueden curarse totalmente, como en ocasiones sucede con el cáncer de laringe, vejiga urinaria, piel y algunos linfomas y leucemias. Así que es fundamental procurar tener una idea diversificada del cáncer, en cuanto a que existen diferentes tipos, distintos tratamientos y distintos pronósticos. De hecho un mismo tipo de cáncer no se comporta igual en dos personas

diferentes, entender que lo que existen son enfermos con cáncer, tal vez sea lo más adecuado, sabiendo que la etiología, la evolución clínica, el pronóstico y el tratamiento no son comunes en los diferentes tipos de cáncer.

El axioma cáncer igual a muerte está transformándose, los actuales avances en diagnóstico y tratamiento abren una ventana a una esperanza cada vez más fundada. Ante todo esto se hace necesaria una labor de conciencia social permanente para evitar las devastadoras consecuencias psicológicas de la enfermedad, lo que coincide puntualmente con lo señalado por Gallar (2001). Recordando que actualmente los objetivos del tratamiento del cáncer son curar o paliar, a través de la cirugía, la radioterapia, quimioterapia y los llamados blancos moleculares.

Médico y Paciente ante el Diagnóstico de Cáncer.

Según Pieró et al. (2006) el concepto que tiene el paciente y su familia de enfermedad, evoluciona en función de su experiencia con el sistema hospitalario. Se encuentran dos concepciones complementarias o divergentes de la enfermedad, la del paciente y su familia (arraigada en el contexto cultural asociada a la idea de muerte) y la del especialista oncólogo que intenta reconstruirla como una “verdad soportable”. La terminología usada por el especialista facilitará o complicará el proceso de elaboración de la enfermedad al paciente, de acuerdo con su conocimiento previo.

A su vez Labrador y Bara (2004) encontraron que no existe un acuerdo general sobre la información que debe darse a los pacientes que sufren un proceso oncológico acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En la mayoría de los casos, el paciente con cáncer no conoce con exactitud el diagnóstico y/o pronóstico de su enfermedad. El médico habla poco de ello o de manera ambigua. Se hace un pacto de silencio entre la familia y el cuerpo médico para ocultar los detalles del padecimiento del enfermo. Sin embargo, en los últimos años la tendencia es a la inversa, en algunos países por imperativos legales, en otros por razones que incluyen la demanda del paciente de ser informado, se ha generado la adopción de un modelo más centrado en el papel activo del paciente, incluso al haber constatado que los pacientes informados adecuadamente muestran una mejor adaptación social a largo plazo. Esta cuestión de informar o no al paciente, aún dista de estar resuelta. Continúan refiriendo que en la legislación se dice qué se debe de hacer, pero no se establece el “cómo” y de los recursos que se requieren para llevarlo a cabo. La falta de recursos, de conocimientos, de técnicas y habilidades psicológicas adecuadas

por parte del cuerpo médico hace difícil que establezca con precisión qué debe decir, a quién, cómo decirlo y cuándo.

Lo anterior coincide con Gallar (2001) quien escribe que el paciente ha de ser informado de lo que le sucede, en teoría comunicarle el diagnóstico de su enfermedad cancerosa, lo cual no resulta fácil en la mayoría de los casos. La personalidad del paciente y la posición de la familia son factores que influyen poderosamente en el momento y en la forma de dar la información. Hay algunas premisas al respecto que no se pueden olvidar: a) el paciente tiene el derecho de conocer el diagnóstico, b) el enfermo tiene derecho a ser el primero en conocer el dictamen, c) el paciente tiene derecho a no conocer su diagnóstico, d) el único profesional autorizado legalmente para comunicar el diagnóstico al paciente y su familia es el médico y e) el médico tiene la obligación de informar al paciente de su resultado en cuanto éste se conozca.

Continuando con este modelo mas centrado en la participación del paciente, Ordóñez 1996 (citado en Gallar, 2001) menciona que González y Espinosa (s. f.) refieren que la verdad soportable es la carga informativa que el paciente esta dispuesto a asimilar, el paciente es quien da la clave de cuánto y cuándo quiere saber. Sanz Ortiz en 1995 (citado en Gallar, 2001) confirma que debe informarse a los enfermos en la medida que ellos demandan la información. Que es necesario aprender a dar malas noticias de forma que las condiciones psicoemocionales y la esperanza del paciente no se vengán abajo, respetando sus mecanismos de defensa y negación. Pieró et al. (2006) continuando con lo que se entiende por verdad soportable, señala que la tendencia es ir proporcionando una información cada vez más clara. La “decisión médica compartida”, en la que el médico aporta su saber y experiencia y el enfermo sus valores y sus deseos, se considera un avance en la libertad de elección, aumento del nivel cultural y consentimiento informado de los pacientes.

Labrador y Bara (2004) refieren en cuanto a la forma específica de dar la información al paciente de su diagnóstico lo siguiente: “la frecuencia con la que se informa de manera específica e inespecífica es casi la misma” (52 % frente a 48 %)” (p. 61). Continúan reportando que con la legislación o las consideraciones teóricas de las ventajas o desventajas de informar, aproximadamente el 50 % de los pacientes reciben información detallada. De manera mas precisa, se establece que el promedio de edad de las personas a quienes se les da un informe específico es 9 años menor que el de las personas que se les da un informe inespecífico. En relación al sexo no hay diferencias significativas, tiende a ser mayor la información detallada

que se les da a las mujeres por la frecuencia en que se presenta el cáncer de mama y lo habitual que es dar el diagnóstico en los primeros estadios de este tipo de cáncer. El nivel de estudio es una variante que influye en el tipo de informe que se da, aunque el oncólogo difícilmente tiene en mente el nivel de estudios del paciente, a la hora de informar, el nivel de expresión y de comprensión de las indicaciones y de solicitar información actual influye de manera importante en el oncólogo para decidir si debe dar o no información específica o inespecífica. Se asocia de alguna manera, sin ser concluyente, que el grado socioeconómico, también es influyente en el sentido de que tipo de información proporcionar, mencionando que al 100 % de las personas de un nivel alto se les informa de manera específica. No hay diferencias en función del estado civil, del lugar de residencia o en el hecho de que la familia dependa económicamente del paciente.

Otro tipo de variables relacionadas con lo anterior encontradas por Labrador y Bara (2004) están en función de la impresión que causan al oncólogo aspectos del paciente, como son: a) aspecto físico, b) actitud ante el problema y c) si acude solo o acompañado. El aspecto físico es un determinante importante para decidir dar información específica por parte del oncólogo, a un reducido número de personas con mal aspecto físico se les da información detallada; lo mismo sucede con los pacientes que adoptan una actitud pasiva ante la enfermedad. Al paciente que se le da información específica sin compañía, solo es significativo cuando se encuentra hospitalizado.

Pieró et al. (2006) reportan que: “antes del diagnóstico de cáncer, encontramos en nuestro estudio que el paciente acude con una información variable, algunos han recibido una información específica, otros no han recibido ninguna información y por último encontramos otros que recibieron una información inespecífica” (p. 15). Tal variedad de tipos de información hace necesario un esfuerzo añadido por parte del oncólogo, en quien se deposita la responsabilidad de paciente y familiares en su estado informativo acerca de la enfermedad. También Labrador y Bara (2004) encontraron que cuando el paciente cuenta con información acerca del problema o de los efectos secundarios genera que se proporcione un informe específico de la situación. En el tipo de diagnóstico, dada la dispersión existente, se hace difícil establecer su valor para decidirse a informar de manera específica o inespecífica. Con respecto al estadio o el pronóstico del tumor, no hay diferencias en el tipo de información específica o inespecífica que se presenta, sucediendo lo mismo con respecto al estado general del paciente, presencia de metástasis, adenopatías o recidivas. Tampoco cuando hay síntomas asociados al problema como dolor, preocupación por el problema y el estado de ánimo. Ninguna de estas

variables, sin duda determinantes para el nivel de bienestar del paciente, es relevante para el tipo de información que se da a los pacientes.

Continuando con lo anterior, Labrador y Bara (2004) reportan específicamente que con respecto al variable tratamiento, si aparecen diferencias significativas en la información que se proporciona al paciente, concretamente cuando se va a realizar un tratamiento con quimioterapia o radioterapia. Parece que los efectos secundarios y que son métodos tradicionalmente asociados al cáncer influyen en proporcionar información específica. De igual forma destacan que los pacientes que han recibido o van a recibir psicoterapia relacionada con su problema, representan un incremento en los pacientes a los cuales se les da información específica de su situación de enfermedad. De hecho es la población con mayor frecuencia de información específica. Señalan Labrador y Bara (2004) que: “no aparecen diferencias significativas en función del oncólogo que ha dado el informe” (p. 63).

Prosiguiendo Labrador y Bara (2004) refieren que en algunos casos, el impacto emocional del conocimiento de un diagnóstico que se asocia a consecuencias fatales, puede desorganizar el comportamiento del paciente y tener efectos mucho más negativos que positivos. Lo lógico sería establecer condiciones del paciente, trastornos o entorno en las que sería conveniente informar de una u otra forma, éstas condiciones no están especificadas, y aún así el oncólogo debe dar una solución, decidir que tipo de información dar al paciente. La demanda por parte de los oncólogos, de psicólogos especialistas en Psicooncología sin duda ésta apoyada en la idea de poder afrontar los aspectos negativos de la situación y beneficiarse de los positivos. Si se desea que el informe beneficie al paciente, se debe evaluar la capacidad que tiene para aceptar y asimilar el diagnóstico, así como la forma en que se le puede preparar para afrontarlo con éxito. El estudio más sistemático de las características de un paciente es necesario. Instrumentos que se han desarrollado en esta dirección son: a) DISCERN (para evaluar las necesidades de información de los pacientes de cáncer) o el EORTC (similar al anterior, además de la información recibida en las distintas fases de su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y cuidados).

En cuanto al importante shock emocional que se produce en el paciente y en sus familiares durante la entrevista diagnóstica, Pieró et al. (2006) apunta que muchos pacientes se desconectan de la entrevista, aunque estén presentes, necesitando un tiempo de adaptación para oír más, para estar preparados para seguir escuchando, por ello la información debe repetirse a

lo largo de las sesiones. Al respecto, Vidal et al. (2007) señala que el paciente enfermo de cáncer logra conservar la información proporcionada por el médico oncólogo y así facilitar su adaptación al proceso oncológico, cuando se da la información de manera sencilla o simple y asociado al impacto emocional, entonces se mantiene mayormente la información; apoyados en estos datos, continúan señalando la necesidad de que la comunicación sea un proceso evolutivo y continuado, y no se reduzca a un momento puntual.

También refieren que un aspecto fundamental, continuamente excluido cuando se da la comunicación con el paciente es el pronóstico. La urgencia de tratamiento hace que paciente y familia desplacen o desconozcan el pronóstico. El oncólogo no puede quitar nunca la esperanza, sin que esto signifique faltar a la verdad o guardar silencio, pero si asegurarse de que paciente y familiares conozcan que se agotaran todas las alternativas posibles, ya que más allá de la esperanza, cuando ésta se agota, quedan las creencias y valores personales (Pieró et al, 2006).

Como recurso a considerar en este proceso de informar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico al paciente enfermo de cáncer, se encontró que: “la comunicación juega un papel fundamental en la relación médico-paciente. La mala comunicación así mismo, puede llegar a tener una influencia negativa en el paciente y sus familiares” (Vidal et al, 2007, p. 21). Todo encuentro clínico supone comunicación, la cual es necesariamente bidireccional y establece el vínculo que permite el diálogo entre el paciente y el profesional sanitario, una buena relación sólo es posible si se efectúa una buena comunicación. Una de las barreras que podría alterar la comunicación es la existencia de situaciones o momentos “especiales” en la evolución de la enfermedad tumoral; estos momentos (diagnóstico, seguimiento, recidiva, pronóstico, etc.) introducen en la relación médico-paciente una vulnerabilidad que puede influir en el proceso de comunicación. Así entonces, la mala comunicación genera un sufrimiento innecesario en el paciente y sus familiares, incrementando el costo económico del tratamiento en la misma medida que decrece la calidad de vida del paciente (Vidal et al, 2007).

CAPÍTULO II

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ENFERMO DE CÁNCER

La enfermedad en general, provoca en la persona que la padece distintas reacciones emocionales como angustia, miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza y desamparo, si la enfermedad es crónica y/o amenazante para la propia vida, estas reacciones amenazantes se intensifican y tienen características propias según la etiología de la enfermedad, la personalidad de quien la padece y las circunstancias del enfermo (Vidal et al, 2007).

Entonces, la idea de estar enfermo de cáncer provoca sentimiento de miedo o pánico, no solo por su relación directa con la muerte, sino por su asociación a todo el proceso de degeneración física y psicológica que ésta implica. No solo estresa el hecho de padecerlo, sino también la posibilidad de contraerlo. Precisamente ese pavor a la enfermedad disuade a muchas personas de querer someterse a un proceso diagnóstico. Es el caso de la mujer que se nota el bulto en la mama, pero se niega a ir al médico por si le dicen que es canceroso, prefiere vivir con el beneficio de la duda, o sea convivir con el cáncer ignorándolo mientras pueda (Gallar, 2001).

Fawzy (s. f.) (Citado en García, 1999) señala que el cáncer como cualquier enfermedad, no es un fenómeno estático, tiene su cronología en diferentes fases en las que el paciente tendrá que desarrollar mecanismo adaptativos para afrontar el estrés que requiere la situación en cada momento. Esas fases son las siguientes y el autor puntualiza en cada una sus efectos específicos como sigue: a) Prediagnóstico, en esta fase se presenta el sentimiento de incertidumbre y la preocupación normal ante el posible diagnóstico de cáncer, conductas desadaptativas son las actitudes de hipervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría, que a veces se acompaña de alteración del sueño. b) Diagnóstico, la segunda fase es un momento difícil, que produce un importante shock al paciente, incluso se puede hacer necesaria la intervención del Psiquiatra de enlace ante la presencia de determinados mecanismos desadaptativos, como son la negación total de la enfermedad, el rechazo fatalista de las medidas terapéuticas, la depresión clínica o conductas de rabia y hostilidad dirigidas al médico, la familia o al entorno social. c) Tratamiento, viene precedido por miedos asociados a las diferentes medidas terapéuticas empleadas, si es cirugía el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte

durante la intervención o al cambio de la imagen corporal; la amputación del órgano dañado, unida a la disminución de la capacidad de trabajo y funcionamiento social, pueden producir un importante menoscabo de la autoestima personal, con duelos prolongados y cuadros depresivos que exigirían en muchos casos la intervención del Psiquiatra; con el uso de la radioterapia, el miedo a la propia máquina y a los efectos secundarios pueden desembocar en cuadros pseudopsicóticos; la quimioterapia, genera el miedo a los cambios corporales (perdida de pelo, aumento de peso) y a los efectos secundarios (malestar, náuseas y vómitos) se viven con intensa preocupación y mecanismos de rechazo que dificultan el tratamiento. d) Postratamiento, se produce una recuperación de la capacidad de afrontamiento, no obstante, el paciente tiene miedo a la recidiva, entonces vivir en un estado de expectativa ansiosa y excesiva auto-observación corporal, en ocasiones con mecanismos hipocondríacos; las revisiones programadas suelen generar intensa ansiedad anticipatoria, pudiendo aparecer reacciones desadaptativas que cursan con ansiedad y depresión importantes. e) La recidiva, produce un choque emocional y un sentimiento de decepción en la persona, sobre todo si la recaída significa que el tumor no va a ser curable; el ciclo desadaptativo de incredulidad o negación, seguido de rabia y hostilidad y posterior ansiedad y depresión se vuelve a activar con dificultad progresivamente mayor; cuadros depresivos, insomnio, estados de ansiedad con inquietud e irritabilidad. f) Progresión de la Enfermedad, se da con una búsqueda frenética de información, se acude a otros especialistas para segundas opiniones, a veces tratamientos alternativos fuera de la medicina convencional; son frecuentes los cuadros depresivos que requieren atención especializada. g) Por último, la fase Terminal/Paliativa, está precedida por la conciencia del paciente de lo irreversible de la situación, hay miedo al dolor, al abandono y a la pérdida de la dignidad corporal, un gran temor a lo desconocido, preocupación por los asuntos económicos o profesionales no resueltos y por la situación en que quedarán los familiares a su cargo; en ocasiones se produce un duelo anticipado de la propia muerte y son frecuentes las depresiones y los episodios confusionales agudos (delirium).

Así también Holland (s. f.) (Citada en García, 1999) indica el impacto del cáncer sobre el individuo como una experiencia evidentemente muy estresante, cuando la persona se enfrenta a este diagnóstico tan cargado de significaciones negativas, su estabilidad psicológica sufre una gran conmoción. Súbitamente surgen expectativas y fantasías asociadas con la muerte, el dolor, la anulación del proyecto de vida, el miedo a la

situación de abandono en que pueden quedar los seres queridos, etc... Todos estos miedos fueron denominados de una manera esquemática y nemotécnica como “las seis des”, miedos que para esta autora serían universales: a) death (muerte-temor asociado directamente con el diagnóstico), b) dependency (dependencia-temor a la dependencia de los demás, familia, cónyuge, médico, etc. a no valerse por uno mismo), c) disfigurement (deformidad-preocupación por la apariencia de su cuerpo como consecuencia de los tratamientos quirúrgicos o quimio-terapéuticos y también sobre las funciones fisiológicas como micción, defecación, sexualidad, etc.), d) disability (incapacidad-la interferencia que la enfermedad produce en los objetivos familiares, sociales, laborales, económicos, etc. del paciente), e) disruption of interpersonal relationship (alteración de las relaciones interpersonales-invariablemente es otro de los factores que preocupan al paciente como consecuencia de su enfermedad) y f) discomfort (dolor-temor al sufrimiento físico es uno de los aspectos que más sucede en los enfermos con cáncer en las últimas fases de la enfermedad).

La enfermedad cancerosa provoca deterioro físico y psicológico. El deterioro físico puede deberse a la evolución de la enfermedad o ser consecuencia del tratamiento aplicado y con frecuencia se debe a las dos cosas. Físicamente la enfermedad de cáncer se caracteriza por una progresiva pérdida de peso, cansancio, falta de apetito, insomnio y disfunciones orgánicas localizadas en la zona del desarrollo del cáncer. Pero quizá el más relevante de los trastornos físicos es el dolor, por eso el tratamiento analgésico resulta primordial para aliviar el deterioro físico y psicológico (Gallar, 2001). Continúa al respecto Polo (2006) escribiendo que parece ser el dolor de los síntomas más frecuentes y el más temido por el paciente con cáncer, por fortuna para algunos el dolor no es grave. Es frecuente encontrar que el dolor padecido por enfermos de cáncer es tratado de manera inadecuada, provocando sufrimiento innecesario. El dolor en el paciente con cáncer se debe a factores como: a) síntomas físicos, b) problemas psicológicos, c) problemas sociales, d) factores culturales y e) conflictos espirituales, al cúmulo de estos factores se le llama dolor total. El dolor ocurre en dos tercios de quienes están en tratamiento activo y en dos terceras partes de enfermos muy avanzados. Los adelantos en la terapéutica del dolor por cáncer han llevado al desarrollo de un enfoque sistemático para el problema.

Astudillo (1995) (citado en Gallar, 2001) refiere que psicológicamente las ideas suicidas y de solicitud de eutanasia no son raras, debido a los factores de riesgo que hay en el cáncer, como son: a) dolor severo, b) pronóstico ominoso, c) fatiga, d) depresión, e) tentativas previas, f) alcoholismo, etc.

Así, numerosos estudios han comprobado la problemática psicológica de los pacientes con cáncer, se han observado diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático y deterioro psicosocial en pacientes con diversos tipos de cáncer, así como la persistencia de diversos síntomas psicológicos en el tiempo, y su prevalencia dentro de los pacientes que reciben tratamiento oncológico. (Hernández, Cruzado y Arana, 2007). Estableciendo que la prevalencia de las alteraciones psiquiátricas en los pacientes con cáncer se ha cifrado en 20%-30% de los casos. Señalando que los cuadros más frecuentes son los trastornos de ansiedad, las reacciones adaptativas, los trastornos depresivos y los trastornos mentales orgánicos (delirium).

Hernández, Cruzado y Arana (2007) han señalado dificultades importantes para la adecuada detección y orientación de estos pacientes con problemas psicológicos, debidas a: a) factores que inciden en la gran variabilidad en la prevalencia de síntomas psicopatológicos en estos pacientes, b) factores que influyen en la facilidad con que estos síntomas relacionados con la enfermedad física, pasan desapercibidos por el médico especialista, c) necesidad de formación académica del médico para reconocer y tratar la naturaleza emocional de ciertos problemas del paciente. Este último, junto al papel cada vez más activo del paciente en los procesos asistenciales, ha llevado al crecimiento de la Psicooncología, y d) aspectos personales de ciertos pacientes, reacios a hablar de sus problemas psicológicos, o de aceptar la derivación al Psicooncólogo. El grupo de pacientes de cáncer que son derivados a la atención psicológica se caracteriza por presentar un nivel avanzado de enfermedad, con disminución de tratamientos activos. La transición del tratamiento activo al paliativo es la situación de comunicación que el oncólogo y el personal médico consideran que es la más difícil que pueden abordar, ello explica la derivación al psicólogo. Los oncólogos y médicos no derivan a la atención psicológica a los pacientes que están recibiendo tratamientos activos.

Hernández et al. (2007) señalan que ser más joven, tener antecedentes familiares de cáncer y trastornos emocionales anteriores es un predictor de ser derivada la persona a

atención psicológica. Este es un perfil típico. El personal sanitario detecta e identifica de forma errónea muchas manifestaciones de ansiedad y depresiones en los pacientes ancianos de cáncer, por ello son mucho menos enviados a la atención psicológica. También reportan que el 70% de los pacientes remitidos a la atención psicológica cumplen criterios de diagnósticos de trastornos mentales, la mayoría de ellos son trastornos adaptativos ante el estrés del cáncer. Este porcentaje es bastante elevado, superior a los aportados por otras investigaciones, lo que se puede interpretar como un indicador de que el paciente es remitido solo si manifiesta síntomas graves de malestar. Así mismo, se constata la ausencia de precisión por parte del personal médico en cuanto a los motivos de derivación. El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de diseñar y poner en marcha adecuados procedimientos de screening y derivación psicológica a los pacientes de cáncer.

Impacto sociofamiliar ante la enfermedad de cáncer.

Gallar (2001) expone que el cáncer en uno de los miembros de la familia, constituye una de las más temibles y graves crisis situacionales. Continúa diciendo, la realidad señala que no se vive igual el cáncer de un abuelo que el de un hijo menor, el de un padre o una madre. En los familiares adultos y especialmente en los que detentan funciones decisivas como son los padres, el hecho de padecer una enfermedad implica la necesidad de modificar el rol desempeñado en el seno de la familia o del trabajo. También puede surgir un problema de comunicación entre el enfermo y la familia, referente a como hablar con él de su enfermedad, por ejemplo, en el caso de que el enfermo no sepa de su enfermedad y la familia sí, con la finalidad de evitar que sufra (mentira piadosa) o cuando se prefiere eludir el tema de la enfermedad, como intentar olvidarlo ya que hablar de ello puede deprimir más, o el enfermo que sabe lo que le sucede y no desea amargar a su familia comunicándoles lo mal que la esta pasando o porque se concibe a la enfermedad como un estigma (sucio, contagioso, vergüenza) fomentando el aislamiento y la soledad. Por lo que con el profesional de la salud mental puede ser la única persona con la que logre hablar abiertamente, desahogarse y consolarse. Entonces es valioso tener en cuenta la actitud del enfermo de cáncer, a la hora del apoyo que se le da.

El impacto y la reacción de afrontamiento ante la enfermedad cancerosa varía, no todas las personas afectadas alrededor del cáncer reaccionan de la misma manera ante él, hay

una serie de condicionantes que determinan la forma en la que éste se va a afrontar: el nivel socioeconómico, la formación intelectual, el tipo de personalidad, la edad, el nivel de responsabilidad social y familiar y el deterioro físico producido por la enfermedad. Hay reacciones iniciales muy frecuentes que se producen tras el conocimiento del diagnóstico por parte del paciente y su familia, tales reacciones también son mecanismos de compensación para disminuir el estrés: a) negación (el paciente no cree el diagnóstico, piensa que hay un error, que se han confundido, o duda de la profesionalidad del médico o lo fiable de las pruebas realizadas. Incluso recurre a otros centros sanitarios), b) evitación (se evita hablar de la enfermedad, ni el paciente ni la familia, especialmente el cónyuge del enfermo), c) distorsión (se distorsiona el diagnóstico, consiste en auto convencerse de que lo que se tiene no es cáncer, sino una enfermedad diferente, sucede con frecuencia cuando el paciente y sus familiares no quieren conocer la verdad, aunque la sospechen), d) comparación positiva (adoptar la razonable actitud de pensar con cierto optimismo, intentando conocer o recordar casos similares que se curaron; esto es frecuente en la familia del enfermo y el paciente también lo necesita), e) búsqueda de información (recordar que uno de los factores más ansiógenos de la enfermedad es la incertidumbre. Para tranquilizar conviene saber el nivel del pronóstico, las posibilidades terapéuticas, los efectos secundarios, etc.) (Gallar, 2001).

Se resalta que uno de los problemas más importantes con los que puede encontrarse el enfermo de cáncer es la falta de comunicación con los suyos, para quienes también es grave la situación. Fomentar la comunicación entre el paciente y su familia beneficia a todos los involucrados si entienden que la compañía y la comprensión son necesarias para el buen estado emocional de todos. La familia puede mantener hábitos que mantengan su calidad de vida, a pesar de que uno de los suyos tenga ésta enfermedad. Es aconsejable salir, relajarse, acompañarse de los amigos, lo que servirá para paliar el estrés y prevenir la claudicación familiar (Gallar, 2001).

CAPÍTULO III

TERAPIA CLÍNICA ANTE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Un papel clave en la enfermedad oncológica es la intervención en los efectos que ésta produce en la esfera psicoemocional, considerando cada etapa de la enfermedad, así como el entorno familiar que rodea el paciente enfermo. Polo (2006) expone que el objetivo será darle al paciente todos los elementos necesarios para elevar su calidad de vida, tanto en lo emocional como en lo físico, espiritual y social. La meta es atender al paciente y a la familia, en donde la intervención consiste en facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad, vivir el intercambio familiar real y no aparente, evitar aspectos disfuncionales y tóxicos que se pueden presentar e incluso facilitar el proceso de despedida.

Para lograr lo anterior la pregunta es ¿Cómo abordar los problemas psicoemocionales que se presentan en el enfermo oncológico? ¿Hay una terapia por encima de todas las demás?

Huffman (2008) refiere que muchos problemas pueden tratarse igualmente bien con diferentes formas de terapia, de las cuales existen numerosas modalidades. Kazdin (1994) como experto, menciona que hay cerca de 400 modelos de tratamientos. Huffman (2008) continúa exponiendo que los tratamientos más representativos y de uso más generalizado se pueden organizar en tres grupos afines: a) Terapia de Insight, b) Terapias Conductuales y c) Terapias Biomédicas. Establece que las llamadas Terapias de Insight hacen hincapié en buscar aumentar el conocimiento de sí mismo y la comprensión personal en las dificultades del cliente; la idea es que una vez que la persona entiende lo que le motiva, puede tener mayor control sobre sus conocimientos, sentimientos y comportamientos y mejorarlos; lográndolo a través de la asociación libre, el análisis de los sueños, análisis de las resistencias, análisis de la transferencia e interpretación, los cuales constituyen sus cinco principales métodos. No obstante, hoy su aplicabilidad es limitada, ya desde su desarrollo y aún en la actualidad es al parecer sólo para un grupo selecto de personas, aquellos que padecen trastornos menos graves, como el trastorno de ansiedad y funcional con pacientes sumamente motivados y articulados, lleva tiempo y es costoso y pocas veces funciona bien en trastornos mentales graves, como la esquizofrenia. Como consecuencia surge la Terapia Psicodinámica, como una modalidad más sencilla que el Psicoanálisis, más breve y menos frecuente en sus sesiones, con trabajo cara a cara, asumiendo el terapeuta una técnica más directiva, concentrados más en los procesos conscientes y en los problemas actuales. Así también, la Terapia Interpersonal (TIP) una forma de terapia breve

basada en la teoría psicodinámica, se enfoca casi exclusivamente en las relaciones presentes del cliente y en los aspectos derivados de esas interacciones, con el objetivo de aliviar los síntomas inmediatos y aprender mejores formas de resolver problemas interpersonales futuros.

La misma autora menciona en las terapias de insight, a las Intervenciones Cognitivas, las que se enfocan en los pensamientos y creencias y se cree que si son equivocados crean conductas y emociones problema. Como los psicoanalistas, los terapeutas cognitivos, analizan los procesos de pensamiento de la persona y modificando los pensamientos destructivos permite a la persona vivir en forma más efectiva, esto se logra explorando el sistema de creencias no examinado y producir un conocimiento más profundo de las razones de la conducta. Concretamente, la Reestructuración Cognoscitiva, consiste en modificar pensamientos destructivos o interpretaciones inapropiadas. En este encuadre se encuentra la Terapia Racional Emotiva, de Albert Ellis y la intervención Cognitivo-Conductual de Aarón Beck. El modelo racional emotivo propone cuatro etapas (A, B, C y D) para abordar el pensamiento inadaptado, el primer paso (A) es identificar el suceso activador, (B) señalar las creencias irracionales, con (C) sobrevienen las consecuencias emocionales que refuerzan las creencias irracionales y (D) que es cuestionar las creencias irracionales, así, al controlar la forma en que pensamos en el presente, podemos liberarnos de las marcas del pasado. Mientras, el enfoque Cognitivo-Conductual de Beck, considera que los problemas psicológicos se derivan de un pensamiento ilógico y de un habla interna destructiva, se trabaja de manera más activa, con experiencias dentro y fuera de la sesión terapéutica, que modifiquen el habla negativa de manera favorable, confrontando y modificando directamente las conductas asociadas a cogniciones destructivas. Uno de las aplicaciones más afortunadas de la teoría de Beck es en el tratamiento de la Depresión, en donde identifica varios patrones de pensamiento: a) percepción selectiva, b) generalización excesiva, c) magnificación y d) pensamiento extremista. También es reconocida por su efectividad en los trastornos de ansiedad, bulimia, adicciones e insomnio.

En este planteamiento que hace Huffman (2008) de las terapias de insight, menciona al Humanismo con la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers. Desde esta propuesta se habla de que el crecimiento personal ésta bloqueado. Se le encuentra útil en quienes tienen problemas simples de relaciones o de imagen personal. Los humanistas exponen que el potencial humano comprende la libertad de ser lo que uno desee, así como la responsabilidad de hacer elecciones, lo que en ocasiones se ve interferido por los bloqueos o perturbaciones del potencial de crecimiento normal; eliminando los bloqueos el individuo estará en libertad de convertirse en

una persona libre, para interrelacionarse de manera genuina. En esta terapia se subraya la igualdad entre terapeuta y cliente. Se lleva a la persona a que explore sus pensamientos y sentimientos para comprender las causas de los comportamientos, el consultante es el responsable de descubrir sus patrones inadaptados, mientras la labor del terapeuta es ofrecer una atmósfera de aceptación, con cuatro cualidades importantes de la comunicación: a) empatía, b) consideración positiva incondicional, c) autenticidad y d) atención activa.

También Huffman (2008) señala a las terapias de Grupo, Familiar y Conyugal como alternativa para sanar las relaciones interpersonales, al tratar a diversos individuos simultáneamente. La terapia de Grupo se caracteriza por ser más económica y da la ventaja de que un terapeuta está disponible para más personas al mismo tiempo, una vez a la semana por dos horas, el especialista puede trabajar desde cualquiera de las orientaciones terapéuticas. De esta perspectiva surgen los grupos de autoayuda. Los terapeutas pueden canalizar a sus pacientes a terapia de grupo o de autoayuda para complementar el trabajo individual. En cuanto a la terapia Familiar y Conyugal, a menudo no logran diferenciarse claramente; se plantea que una familia o un matrimonio es un sistema de partes interdependientes y el problema de cualquier individuo inevitablemente afecta a los demás; el objetivo principal es modificar los patrones de interacción familiar inadaptados, trabajando desde cualquier orientación teórica.

En el segundo grupo están según Huffman (2008) las Terapias Conductuales, se enfocan en la modificación de los comportamientos inadaptados. Estas recurren a las teorías del aprendizaje para modificar el comportamiento problemático mismo, sin considerar necesario lograr el conocimiento de uno mismo, reestructurar los sentimientos, ni ninguna causa subyacente. Se diagnostica el problema atendiendo los comportamientos inadaptados y los comportamientos adaptativos que están ausentes, para lograrlo se basa en los principios del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante y del aprendizaje por observación. Las Técnicas del Condicionamiento Clásico (el poder de la asociación) se derivan del modelo de Pavlov de asociación de dos sucesos simultáneos, buscando nuevas asociaciones de estímulos y respuestas conductuales que sustituyan a las deficientes. Dos estrategias que se usan son la desensibilización sistemática y la terapia de aversión. Las técnicas de Condicionamiento Operante (como aumentar lo bueno y disminuir lo malo) utilizan el moldeamiento y el reforzamiento para aumentar los comportamientos adaptativos, y el castigo y la extinción para disminuir los comportamientos inadaptados. A través del moldeamiento se recompensa por aproximaciones sucesivas al comportamiento meta. El aprendizaje por Observación (el poder

del moldeamiento) es observar e imitar a modelos a seguir apropiados, cuando estos realizan comportamientos deseables.

Y el tercer grupo, según Huffman (2008) la terapia Biomédica, explora el comportamiento anormal como enfermedad mental y, por tanto, subraya los tratamientos medicamentosos. Tienen la premisa de que los problemas de salud mental son producto, al menos en parte, de desequilibrios químicos o perturbaciones en el funcionamiento del sistema nervioso. Existen tres formas de terapias biomédicas; a) Psicofarmacología, b) Terapia Electroconvulsiva y c) Psicocirugía. La Psicofarmacología trata el efecto de los medicamentos en la mente y en el comportamiento, para aliviar o suprimir síntomas. Los medicamentos psiquiátricos se clasifican en cuatro principales categorías: a) ansiolíticos, b) antipsicóticos, c) estabilizadores del estado de ánimo y d) antidepresivos. Pocas veces curan o son una solución a largo plazo, además suelen presentar efectos colaterales. La Terapia Electroconvulsiva es utilizada casi exclusivamente para tratar depresión grave cuando la terapia farmacológica no funciona; consiste en desencadenar un disparo generalizado de neuronas (convulsión) aplicando una corriente eléctrica de intensidad moderada a través del cerebro con electrodos, la corriente es por menos de un segundo, pero suficiente para provocar la convulsión, que provoca muchos cambios en el sistema nervioso central y periférico, activando el sistema nervioso autónomo, mayor secreción de hormonas y neurotransmisores, así como cambios en la masa hematoencefálica. La Psicocirugía es la más extrema y la menos empleada de las terapias Biomédicas, por los riesgos que conlleva.

Blanco et al. 2003; Ellis, 2004; Nordhus y Pallesen, 2003; Shadish y Baldwin, 2003; Swanson, Swatz y Elbogen, 2004 (citados en Huffman, 2008) establecen que actualmente la terapia moderna puede ser muy efectiva y prevenir mucho sufrimiento innecesario.

Huffman (2008) escribe que en sentido estricto, Psicoterapia hace referencia exclusivamente a las técnicas empleadas por profesionales, para mejorar el funcionamiento psicológico y fomentar la adaptación a la vida. Así mismo, las terapias a corto plazo pueden ser tan efectivas como los tratamientos de largo plazo.

Vega, Ortiz y Palao (2004) exponen las estrategias psicoterapéuticas para los pacientes oncológicos (específicamente en fase terminal) así como para los familiares y no olvidan el apoyo al equipo médico. La elaboración del duelo tras la muerte del paciente es también

considerada por ellos. Detrás de su propuesta señalan los avances científicos y tecnológicos en la medicina, en particular en la oncología, que alejan la idea de la muerte y tienden a convertir al paciente oncológico en un paciente crónico. Por lo que el abordaje interdisciplinario, que incluya al Psicooncólogo es lo recomendable en estos casos.

Vega et al. (2004) continúan señalando que en el apoyo al enfermo oncológico ha de llevarse a cabo en el contexto de una relación individualizada, actuando el terapeuta con honestidad, empatía y flexibilidad.

Breitbart (1998) (citado en Vega et al. 2004) la intervención de ayuda al enfermo oncológico debe incluir: a) disminuir los conflictos internos y miedos acerca de la pérdida del control, b) mantener el sentido de identidad personal individual, c) mantener las relaciones importantes buscando la resolución de posibles conflictos y d) animar a la persona a intentar conseguir metas significativas personales.

Vega et al. (2004) reconoce la necesidad del paciente de hablar acerca de sus sentimientos y de reconquistar un cierto sentido de control sobre su vida. (Vega et al. 2004) cita a Cassen (1994) quien anota acerca de la Habilidad Paradójica, destacada por prácticamente todos los estudios empíricos, refiriéndose a la capacidad de escuchar sobre la capacidad de decir algo, indica que la clave no está en ¿Qué le dice usted a sus pacientes?, sino ¿Qué le deja usted decir a sus pacientes?

Continuando acerca de las diversas formas clínicas de intervención con el paciente oncológico, está documentado lo siguiente, que incluye algunos resultados de los enfoques terapéuticos ya planteados.

Bellver (2007) en un estudio para analizar la eficacia de la Terapia Grupal, en el estado emocional y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama tras finalizar los tratamientos médicos, trabajando autoestima, habilidades de comunicación y Entrenamiento Cognitivo-Conductual para manejo de estado emocional, encontró un efecto estadísticamente significativo de la intervención de la terapia grupal en ansiedad y depresión, disminuyendo las medias de estas variables y manteniéndose el efecto tres meses después de la finalización del grupo. También, la media global de calidad de vida mejoró significativamente, específicamente en el estado emocional y funcional. Concluyendo que hay beneficios significativos para las personas

que acudieron a terapia grupal, tras finalizar los tratamientos adyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia). Se continúa señalando que la Terapia Grupal tiene en relación a la terapia individual beneficios, si hablamos en términos de costo-efectividad, ya que implica atender a un número mayor de pacientes, favorece el contacto de personas en la misma situación, se genera una red de apoyo entre iguales, el apoyo que se da mejora la autoestima y además ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los integrantes del grupo. Font y Rodríguez (2004) corroboran lo anterior, además de señalar que la Terapia Grupal es una modalidad de intervención cada vez mas utilizada con pacientes oncológicos. En una modalidad de tipo Psicoeducativo se abarco aspectos de ansiedad, depresión, autoestima, imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad. Los resultados refieren que las personas participantes en el grupo valoran su vida actual de manera más satisfactoria que al inicio de la intervención, recuperando la ilusión por las cosas y disminuyendo el miedo. En otro estudio Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez y García (2008) puntualizan sobre la influencia de la enfermedad de cáncer (en su caso específicamente de cáncer de mama) y de su tratamiento en el aspecto psicológico de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas por la enfermedad. Demostrando en su intervención la eficacia del tratamiento Cognitivo-Conductual en Grupo para las mejoras en autoestima, imagen corporal y sexualidad, especificando que las mejoras significativas se dan en el estado de ánimo con sintomatología ansiosa y en autoestima, pero que aunque hay mejoras, no son significativas en imagen corporal y autoestima, considerando que estos aspectos están estrechamente relacionados y requieren una intervención mayor en tiempo. Die-Trill (2007) escribe respecto de la evidencia científica y clínica de la eficacia de los Tratamientos Psicológicos Grupales, dirigidos a mujeres que padecen cáncer (específicamente cáncer de mama) señala que los grupos de “apoyo-expresivos” (supportive-expressive group therapies) han demostrado ser eficaces en proporcionar apoyo emocional, ayudando a enfrentar el estrés generado por la enfermedad, también a, regular la experiencia emocional de las pacientes durante el primer año después de la confirmación del diagnóstico oncológico. Continúa apuntando que un grupo dirigido por un profesional calificado puede: a) proporcionar contención, b) líneas directrices acerca de cómo optimizar los recursos personales par afrontar mejor la enfermedad, c) interpretación de determinados comportamientos y d) facilitar la expresión afectiva y las relaciones interpersonales de las pacientes. Considera que aunque el tratamiento grupal puede no ser apropiado para todas las mujeres con cáncer, al menos debería ser tomado en consideración como una posible modalidad dentro del plan terapéutico diseñado.

Ballesteros, Cruzado, Lozano y Sánchez (2005) usando técnicas de Desensibilización Sistemática asociada a Reestructuración Cognitiva para atender respuestas fóbicas al tratamiento, al hospital, al personal y a otros pacientes, con problemas de trastorno adaptativo mixto, encontraron resultados altamente satisfactorios en cada aspecto, pudiendo el paciente terminar los ciclos para completar el tratamiento. Desarrollando nuevas formas de comunicación y estilo asertivo como resultado del proceso terapéutico.

Barraza (2004) en una Intervención en Crisis con enfoque en Terapia Breve y de orientación Cognitivo-Conductual para atender trastorno adaptativo (lo que considera la psicopatología de diagnóstico más frecuente en el paciente oncológico) en este caso de tipo mixto, con recidiva, encontró resultados a nivel cuantitativo y cualitativo que evidencian la eficacia de la intervención, y el seguimiento llevado a cabo muestra que los resultados se mantiene. Señala que diseñar intervenciones psicológicas breves en Psicooncología incluyen un corte a la medida al modo del funcionamiento del paciente, elección de objetivos, motivación del paciente y apoyo familiar y social.

Siguiendo con estrategias terapéuticas empleadas para el apoyo a pacientes con cáncer Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano (2006) revisando sobre aspectos psicológicos relacionados con el dolor en pacientes oncológicos y de los modelos de intervención psicológica que han mostrado su efectividad en el tratamiento del dolor, encuentran que las variables psicológicas relacionadas con el dolor en enfermos de cáncer se encuentran asociadas tanto a factores de personalidad (neuroticismo, introversión-extraversión, locus de control), como psicosociales (distress psicológico, ansiedad, depresión, apoyo social, estrategias de afrontamiento) señalando que la intervención que más apoyo científico ha conseguido por su eficiencia respecto al alivio del dolor, es la que parte desde una perspectiva Cognitivo-Conductual, bien puede resultar de utilidad la empleada desde modelos Psico-Educativos y la Psicoterapia de Apoyo. Continúan señalando que en cualquier caso, la intervención psicológica debe estar encuadrada en el contexto de un tratamiento multidisciplinario, dada la multidimensionalidad del dolor y debe entenderse como una terapia complementaria que facilita y complementa el efecto positivo de otras terapias más centradas en los aspectos físicos de la enfermedad y no como una intervención alternativa cuando otras terapias fallan.

Valiente (2006) expone el uso de la Visualización en el tratamiento de enfermos de cáncer, señala el reconocimiento que se hace por gran parte de la comunidad científica de la imagen y la

visualización como entre las más poderosas herramientas de la psicología cognitiva. Los resultados sobre el efecto de la visualización en el tratamiento de enfermos oncológicos indican, junto con otras formas de psicoterapia, debería ser utilizada como una herramienta más en el tratamiento de cáncer, sumándose a la cirugía, quimioterapia y radioterapia, ya que aporta importantes beneficios a la salud mental y a la calidad de vida de los enfermos.

Ahora, Ordi (2005) apunta que sin lugar a dudas, uno de los campos de aplicación de las técnicas de Sugestión e Hipnosis mejor documentados es el del control del dolor y el alivio tanto del dolor agudo como crónico. La analgesia hipnótica, o el empleo de sugestiones hipnóticas específicas han demostrado ser eficaz en la reducción tanto del dolor inducido experimentalmente en laboratorio (dolor experimental) como del dolor en contextos clínicos (dolor clínico). Menciona el interés en las últimas décadas por el empleo de técnicas de hipnosis en el campo de la oncología, hasta incluirse como tópico en los programas de formación para especialistas en Psicooncología. Desde el enfoque biopsicosocial y con intervenciones de carácter multidisciplinario, la hipnosis se ha utilizado en un amplio espectro de problemas donde ha demostrado efectos altamente beneficiosos: a) tratamiento de dolor, b) náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia y c) reacciones emocionales negativas asociadas a la evolución del cáncer (ansiedad y depresión). La hipnosis esencialmente a través de sus procedimientos (sugestivos) sugiere al paciente que experimente diversos cambios a nivel sensorial, perceptual, cognitivo y motor, con el objetivo de que sucedan rápida y efectivamente, donde la técnica de inducción potencia estos cambios, que si bien pueden ser alcanzados por otros medios, bajo inducción hipnótica son favorecidos en tiempo y esfuerzo cognitivo del paciente. Señala la posibilidad de conjugar la hipnosis con otras modalidades terapéuticas como la desensibilización sintomática, el condicionamiento encubierto, la imaginación dirigida, etc., conformando un verdadero paquete terapéutico. Montgomery, DuHamel y Redd (2000) (citados en Ordi 2005) encontraron que centrados en el uso de la hipnosis para el control del dolor, tanto en el contexto de laboratorio como en el ámbito clínico, el 75% de los pacientes se beneficiaron, además, estos autores señalan que existe una relación significativa entre eficacia en la reducción de dolor y el grado o nivel de sugestibilidad. Por su parte Patterson y Jensen (2003) (citados en Ordi 2005) concluyeron que la hipnosis resultaba ser una técnica más rápida, eficaz y con menos efectos secundarios que otras técnicas psicológicas para reducir el dolor agudo producido por procedimientos médicos invasivos, lo cual corroboran Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg (2002) (citados en Ordi 2005). Ordi (2005) continúa refiriendo que la literatura metodológicamente más admisible existente señala que la hipnosis es más eficaz que

los procedimientos cognitivo-conductuales para el manejo de dolor crónico, como: a) dolor de cabeza, b) dolor oncológico, c) fibromialgia, d) dolor lumbar y e) dolor artrítico.

Hipnosis Ericksoniana

El trabajo con pacientes oncológicos, o con enfermedades crónicas o terminales, ha sido abordado desde las diferentes terapias clínicas ya referidas. El objetivo de este trabajo es mostrar específicamente la propuesta clínica que hace la Hipnosis, concretamente la técnica de Milton H. Erickson, y como ésta se ha ido desarrollando en nuestro medio social para trabajar con hipnoterapia en la clínica y concretamente con este tipo de personas con enfermedades graves, obteniendo muy buenos resultados.

Grupo Centro Ericksoniana de México (s.f.), escribe, Milton Hyland Erickson, nació en 1901 y murió en 1980, psiquiatra estadounidense, reconocido como la principal autoridad mundial en hipnoterapia y psicoterapia breve, considerado como el padre de la hipnosis moderna y fuente de las terapias breves, las terapias sistémicas, de la programación neurolingüística, de las terapias enfocadas a las soluciones y de las terapias ericksonianas desarrolladas por sus alumnos. Creció viviendo en una pequeña granja de su padre, en contacto con la naturaleza, lo que marco su vida y forma de trabajo. Desde su infancia Erickson tuvo dificultades en su vida, era daltónico, padeció de dislexia. A los 17 años, a punto de entrar a estudiar medicina, tuvo su primer ataque de poliomielitis, quedo completamente paralizado, sin poder mover más que los ojos. Estuvo al borde de la muerte, pero él internamente decidió vivir, se recupero como ya lo había hecho de sus problemas de la infancia, sorprendió a todos, incluidos sus médicos. Sus estudios de Licenciatura y Doctorado le dieron la posibilidad de fundar, presidir, ser miembro vitalicio, profesor de diversas asociaciones de Hipnosis, Psicología, Medicina y Psiquiatría, sin embargo las complicaciones y secuelas de la polio lo fueron incapacitando a lo largo de su vida, pasando sus últimos diez años en una silla de ruedas, con dolores sumamente intensos que trataba de controlar con auto-hipnosis, pero siempre pensando que valía la pena vivir. Pensaba que la capacidad para evitar el sufrimiento o trascenderlo y disfrutar lo que tenemos esta en nuestra mente, que deriva de nuestra sabiduría y de nuestra manera de enfrentar la vida. Erickson fue realmente un médico que ayudo a los demás ayudándose a sí mismo, decía que la poliomielitis había sido su mejor maestra sobre la conducta y las potencialidades del ser humano. Rechazo la rigidez y buscó siempre caminos de flexibilidad, dando una gran importancia a la singularidad e individualidad. Se destaco por su manera original de hacer terapia, a la que podríamos llamar revolucionaria. Poseía una inventiva y una imaginación

extraordinarias que lo hacían resolver hábilmente los problemas de sus pacientes. Su gran aportación fue la de favorecer el cambio en las personas a través de estados amplificados de conciencia. Luchador infatigable en contra de la trivialización de la hipnosis en el espectáculo y lo esotérico, demostrando que la manera diferente de entenderla es como un proceso natural, suave, no directivo y con una utilidad práctica en la comunicación humana. Era un hombre amable, compasivo, positivo, con visión hacia el futuro, que tomaba muy en cuenta a las personas; una de sus características distintivas era su sonrisa, su alegría y su forma de disfrutar la vida, a pesar de las adversidades que tuvo que afrontar y más que cualquier otra cosa, que todas nuestras experiencias en la vida siempre son oportunidades para crecer. Erickson fue un genio, no solo por su inteligencia, humanidad, creatividad y perceptividad, sino también por su diligencia en el desarrollo y perfeccionamiento de sus capacidades y talentos. Era un genio como psicoterapeuta, como hipnoterapeuta, como maestro y como ser humano, que supo transformar sus discapacidades en ventajas. Murió dejando un valioso legado para el trabajo clínico de los nuevos tiempos que él mismo inició.

Erickson (2005) decía que la hipnosis es fundamentalmente un método de comunicar ideas a la gente, mientras la persona está en trance se establece un estado de predisposición a la recepción de las ideas y a la vez la persona receptiva desarrolla una tendencia a responder a ellas. Así, en hipnosis hay diferentes fenómenos que pueden ser utilizados de formas diversas, conocerlos da la posibilidad de emplearlos con múltiples propósitos, sabiendo que todos los fenómenos en hipnosis son los mismos que se presentan en el estado normal de vigilia, solo que son más marcados y son más fáciles de reconocer; de igual forma, saber que cuando se establece un estado psicológico durante el trance hipnótico, éste tiende a excluir otros estados psicológicos. “Enfoque de la atención”, es uno de los fenómenos que suceden en trance hipnótico, es un tipo diferente de pensamiento y conducta para llegar a la meta deseada, utilizando ideas y recuerdos, imágenes visuales, recuerdos visuales, imágenes auditivas, recuerdos auditivos, recuerdos olfatorios y táctiles, utilizándolos como estar usando los objetos concretos, fijando la atención durante el trance hipnótico en lo que es importante y no en aquello que es irrelevante. “La delimitación de la atención”, funciona como fijación de la atención, dando la libertad de atender todo lo que sucede, pero primordialmente las sensaciones que llevan a trabajar el problema, es hacer consciente el hecho. “La percepción del tiempo”, en hipnosis el tiempo tiene otros valores, en trance el tiempo tiene intervalos sin importar el tipo de respuesta, el tiempo en intervalos es diferente para el movimiento de la mano, del de la cabeza, el del ojo o para hablar, etc. “Catalepsia”, es un estado de tonicidad balanceada de los músculos, mantener la cabeza

levantada o la posición de nuestro cuerpo son evidencias de este fenómeno. “Rapport”, es un estado de interrelación con el paciente en el cual tiende a excluir todo lo demás, mientras esta en rapport con el hipnoterapeuta privilegia darle su atención y responderle; esto explica que no es la hipnosis la que falla, es el como se utiliza. “Respuesta ideomotora”, una idea que corresponde a una respuesta motora; observar cómo se manifiesta corporalmente la idea de una actividad motora; en hipnosis le ofreces al sujeto la idea de una respuesta motora y él la acepta y la lleva a cabo, puede sugerirse la idea de una sensación o una experiencia sensorial. “Amnesia”, dado que se trabaja con la mente inconsciente, se da la tendencia a mantener en el inconsciente los sucesos de la experiencia hipnótica, por tanto conscientemente hay amnesia, es el paciente quien determina el grado y duración de este fenómeno hipnótico. “Hipermemoria”, la capacidad de recordar mas de lo que la persona recordaría normalmente, lo hace a través del proceso de asociación. “Regresión”, en hipnosis la persona puede estar en un evento pasado, pensando, sintiendo y hablando con el lenguaje, los pensamientos y la experiencia, que pertenece a ese momento particular. “Distorsión del tiempo”, es la distorsión del tiempo en el nivel subjetivo durante el trance, acortarse o alargarse según la experiencia sea positiva o negativa. “Disociación”, promover disociación de si mismo, pudiendo obtener una gran cantidad de información que el paciente no puede afrontar o aceptar. “Psicofisiología”, promover cosas que parecen imposibles, basta con la interpretación fisiológica del estímulo para presentar reacciones, estímulos que se traducen en respuestas corporales de diversos tipos; a través de hipnosis con imaginación auto-inducida tener efectos en la reactividad autonómica. “Sugestión posthipnótica”, es la sugestión dada el día de hoy, en este trance, para ser llevada a cabo por la persona en algún momento en el futuro.

También Erickson (2005) plantea la dinámica de la hipnosis, que se manifiesta como sigue, de diversa formas: En el trance hipnótico el paciente tiende a responder exactamente a las ideas planteadas, *literalmente*, de tal forma que cuando se den sugerencias a un paciente, se debe saber que se esta diciendo perfectamente. La persona tiene la *disposición para responder*, ya que en la hipnosis se quiere que el sujeto haga algo, para lo cual, se comienza generando respuestas, cosas simples y pequeñas, que es capaz de hacer, lo cual da mucha mayor disposición y mucha más confianza para hacer otras cosas. La *implicación de la subjetividad*, es considerar a la hipnosis como una experiencia de aprendizaje para cada paciente y para cada situación, ya que no todas las persona aprenden de la misma forma, para lo cual habrá que reconocer cuál es la habilidad única de cada individuo, para entender, para aprender y, presentarle las ideas en tal forma que le resulten interesantes, para con su capacidad hacer

coincidir la idea con su propia experiencia. La *participación*, la tarea como hipnoterapeuta es obtener la participación del paciente en su proceso durante el trance. *Aprendizaje*, estar consciente de que siempre el trabajo con un paciente sea una experiencia de aprendizaje para el terapeuta y para el paciente, generando la experiencia de que es una persona que causa interés, manteniéndolo interesado en sí mismo y por tanto, interesado en la adquisición de nuevos aprendizajes. El *enfoque indirecto*, es a través de la comunicación indirecta, abordando con rodeo semántico la situación a trabajar, dejando que la mente inconsciente del paciente lo entienda, sabiendo el hipnoterapeuta de lo que esta hablando. *Reorientación*, que el paciente aprenda desde una perspectiva diferente, de la que ya había aprendido suficiente, enseñándole cuidadosamente a ver lo diferente de la situación. Las *metas y expectativa*, refieren que tras establecer que la hipnosis es una experiencia para el aprendizaje, es el paciente quien establece el ritmo, dando cabida a la naturaleza humana de cualidades y defectos de cada quien, así la persona se da cuenta de que puede alcanzar su meta. *Confianza* en lo que realiza el hipnoterapeuta, debe ser absoluta, pero también suavizada y matizada por la voluntad de aprender y el deseo de compartir con el paciente. La *expectativa* es siempre esperar que el paciente entienda, escuche y responda ante lo sugerido, no obstante, hay la libertad de que diga que no, esto le da un tono dinámico a la hipnosis ante la libertad de responder que tiene el paciente y como continuar en la experiencia hipnótica. La *comprensión*, señala la consideración que se debe tener de cómo el paciente comprende la situación que se esta abordando, sin asumir demasiadas cosas hipotéticamente que ya están sucediendo en él. La intervención *Cortada a la medida*, refiere el estudio del paciente, así ofrecerle sugerencias de forma tal que este dispuesto a aceptarlas, pero que también este dispuesto a cambiar el contenido de estas para ajustarlo a sus propias necesidades. El *simbolismo* es usar el lenguaje simbólico porque es el lenguaje del pensamiento inconsciente

Milton H. Erickson era un maestro en el área de las comunicaciones múltiples, usando en forma simultánea modalidades cognitivas, afectivas, conductuales, sensoriales e interpersonales, de tal forma que cuando hablaba con la gente lo hacia en varios niveles, hablaba de él, contaba sus situaciones de vida difíciles y como había salido de ellas, hablaba de la naturaleza o de otra gente. Al ubicar a Erickson en la época en la que empezó a usar estos métodos eran muy contrastantes con el tipo de psicoterapia que existía, su técnica era tan inusual que era difícil captarla (Polo, 2006). Krauce (2007) plantea que Milton H. Erickson desarrollo las técnicas hipnóticas clásicas dándoles un nuevo sentido e instrumento nuevas técnicas, todas ellas incorporadas como parte de un estilo de comunicación en general y de comunicación terapéutica

en particular, eliminando la formalidad y los rituales de la hipnosis clásica, de modo que se dijo que Erickson hacia hipnoterapia sin trance, él usaba la conversación hipnótica. Continúa exponiendo acerca de Milton H. Erickson, quien subrayaba que el trance es un fenómeno natural, que las personas suelen experimentar en su vida cotidiana, dice, cuando algo nos ensimisma o fascina, ya se esta experimentando la hipnosis. Erickson define a la hipnosis como la división de los procesos mentales en procesos conscientes e inconscientes, a diferencia de lo que entiende la teoría psicoanalítica. El inconsciente de Erickson se aproxima a lo que Freud denominó preconscious, esa parte de la mente capaz de planificar y anticipar el futuro y que se halla en contacto con el mundo externo, en oposición a lo que se encuentra profundamente enterrado o es de naturaleza instintiva. Para Erickson, el inconsciente es una parte de nuestro ser, creativa, e incluso sabia.

Krause (2007) señala que ahora se sabe que el trance hipnótico es un estado natural que aparece espontáneamente mientras la persona sigue despierta, de modo que es posible mantenerlo, amplificarlo y utilizarlo cuando aparece en el paciente o evocarlo activando las funciones del cerebro derecho. Méndez (1995) (citada en Polo, 2006) expone que el fenómeno hipnótico es un estado que se presenta de manera natural en todas las personas; en el que se permanece despierto e incluso se puede participar activamente en el; regularmente es parte de nuestra vida, sin embargo, no lo identificamos como tal.

Krause (2007) establece que para despatologizar el calificativo de estados alterados de conciencia, en el Centro Ericksoniana de México, se paso a hablar de estados alternativos de conciencia y, actualmente de estados amplificados de conciencia. Así, un estado de trance es un estado de conciencia amplificada, en el que se esta despierto de manera diferente, con la atención más centrada al interior que al exterior, permaneciendo más en contacto con uno mismo que con el medio ambiente, la atención se vuelca hacia aquello que imaginamos y sentimos, más que a lo que objetivamente pensamos, sin que se pierda el control de la relación con el exterior. Se le llama hipnosis natural porque le sucede de manera espontánea a prácticamente todos los seres humanos; en él hay una especie de ensueño despierto durante el cual predomina la actividad del hemisferio **cerebral derecho**, dándose respuestas específicas desde éste cerebro derecho, como el aumento de la sensibilidad a las texturas, la modificación espacio-temporal, el recuerdo de situaciones olvidadas o la producción de alucinaciones, que se aplican con un fin terapéutico ya que con el lenguaje no verbal del cerebro derecho, de sensaciones, imaginación y fantasías, se constituyen en verdaderas herramientas para cambiar.

Así, cada vez que se está en trance hipnótico natural se entra en contacto con las experiencias de vida, con los aprendizajes que se han ido acumulando consciente e inconscientemente a lo largo de la historia de cada quien y que ahora pueden ser utilizados para resolver las dificultades que presenta la vida en cada momento. En este estado de trance natural la persona se da cuenta de que está viviendo de manera distinta, quizás con emociones que no corresponden a lo que sucede en el mundo de afuera, pertenecen a lo que se está viviendo en el mundo interno. También puede tener percepciones o ideas aparentemente sin sentido que interpreta como desconcentración o distracción y que, en realidad, corresponden a otra forma de funcionamiento mental, que se conoce como proceso primario de pensamiento. Polo (2006) dice, el proceso primario en los estados alternativos de conciencia es fundamental, ya que se trata precisamente del proceso a lo que Freud llamo inconsciente, el terapeuta ericksoniano pone énfasis en las imágenes mentales (símbolos, anécdotas, sensaciones) y toda expresión del proceso, ya que el paciente utiliza imaginación o procesos de pensamiento primarios.

Krause (2007) señala que la base de la hipnosis es la sugestión y permite, de manera propositiva, el acceso a otra secuencia lógica acorde con la cual se producen sucesos internos, que pueden llevar al cambio y al desarrollo humano. Durante el trance hipnótico acontecen muchas otras cosas: se abren alternativas, el tiempo parece volverse maleable (presente, pasado y futuro coexisten), lo que parecía opuesto se vuelve complementario. Ni en el trance ni en el sueño hay incongruencias, ni contradicciones posibles. Sin dejar de lado al cerebro izquierdo se hace posible una traducción verbal de lo que sucede en el cerebro derecho (es el emocional y subjetivo) a los términos del **cerebro izquierdo** (lógico, formal y objetivo); esta traducción es muy especial, nunca literal, que pone en palabras las emociones de manera no exacta sino equivalente y más rica que una mera descripción, pues agrega al relato imágenes, sensaciones y emociones que fluyen libremente y complementan lo verbalizado, más allá del juicio lógico cotidiano y al mismo tiempo sin perderlo; como si los estados amplificados de conciencia son manifestaciones de un mismo cuerpo funcional en los cerebros, ya que cuando sucede en uno algo, el otro se entera de lo que ahí ocurre.

Krause (2007) en su trabajo plantea que la hipnosis es un asunto de colaboración y aprendizaje en la búsqueda de bienestar y desarrollo para la persona, por lo que el hipnotizador es solo un facilitador del proceso ya que la persona entra en trance por sí misma y los cambios que se producen en ella se dan a su ritmo, de acuerdo con su historia, sus valores y sus deseos, respondiendo solo a las sugerencias que encuentran en ella un eco interno. Los recursos

personales, aunados a la habilidad cuidadosa del terapeuta, permiten realizar cambios internos en los términos del cerebro derecho (sensaciones, imágenes, modificaciones espacio-temporales), puntualiza Krause, de manera concomitante con esos cambios internos se produce esa muy especial forma de traducción a la contraparte, el cerebro izquierdo, que simultáneamente empieza a generar palabras que traducen la emoción y la complementan, igual que las vivencias del cerebro derecho han completado la realidad objetiva, emoción y palabras para explicar la propia vida.

Robles (2007) expone que sea cual fuere la dominancia cerebral en cada persona, se puede afirmar que dentro de la cabeza se encuentran dos formas de entender el mundo y dos formas de relacionarse con él. Pudiendo concluir que es como si fueran dos personas distintas unidas entre sí, donde cada una piensa, percibe y siente a su manera. Muestra que algunas de las características diferenciales de los dos cerebros son:

Cerebro izquierdo, dominante, mayor o categórico: pensamiento lógico, pensamiento abstracto, es racional, algorítmico, simplificador, tiene comprensión del lenguaje semántico, hace la elaboración del lenguaje semántico, numérico, analítico, lineal, mide el tiempo, elabora operaciones aritméticas, hace relaciones temporales, es preciso, explícito, focal, digital, tiene memoria verbal, reconoce la figura, mente consciente.

Cerebro derecho, no dominante, menor o representacional: es emocional, íntegra, intuitivo, musical, holístico (totalizador), reconocimiento de formas, elabora el lenguaje preverbal y no verbal, imaginativo, colorido, metafórico, espacial, creativo, atemporal, alegórico, implícito, difuso, analógico, reconoce variaciones tonales, reconoce el fondo, mente inconsciente.

Krause (2007) encuentra que la hipnosis ha incrementado su eficacia al pasar de la sugestión directa a la indirecta y al mantener a la conciencia en un estado de trance despierto que lleva, de manera natural, a integrar la actividad de nuestros dos hemisferios cerebrales. En cuanto a la relación hipnotizador-hipnotizado, esta tiende a ser más horizontal, de cooperación y aprendizaje, una relación de dos expertos, el experto en sí mismo, que es la persona que consulta y el experto en las técnicas, para ayudar al primero a lograr lo que quiere alcanzar de una manera protegida y saludable, ahorrando tiempo y dolor; así, mientras la persona entra en trance y permanece en él, sucede otro tanto con el facilitador que sigue su propio proceso interno, al mismo tiempo que mantiene la atención puesta en la técnica que está aplicando. Lo

que se busca, más que profundizar el trance (bloqueando la conciencia) es amplificarlo y, si acaso, extenderlo un poco más en el tiempo, entendiéndose por amplificar hacer participar más en él las funciones del cerebro derecho. En cuanto al juicio crítico, la conciencia y la resistencia, la tendencia general en la hipnosis hoy en día es simplemente dejar que evolucionen al estilo de cada sujeto, a medida que se van activando los centros del cerebro derecho que funcionan durante el estado de trance hipnótico; Erickson utilizaba la resistencia para inducir el trance, en el CEM (Centro Ericksoniano de México) se integran las funciones de los dos cerebros.

Robles (2001) (citada en Polo, 2006) dice que Erickson desarrolla la hipnosis natural observando, a partir de la auto-observación de sus distintos estados de conciencia, con base en esto empezó a notarlo en otras personas, lo que desembocó en lo que actualmente conocemos como hipnosis ericksoniana. Así también, Robles (2007) expone en sus contribuciones a la técnica hipnótica ericksoniana el mecanismo de protección, que es la idea de proteger el trance, manteniendo así el proceso para asegurarse de que la persona llegue a buen puerto, es decir, que termine el paciente sintiéndose mejor de cómo había empezado y así continuar. Para lo cual sugiere emplear tres mecanismos de protección: a) la *respiración*, como mecanismo de cambio, b) *palabras protectoras* entremezcladas y c) la propuesta de la *parte sabia* que toma en sus manos el trabajo. Especifica, la respiración ya es un mecanismo saludable por definición, que continúa con la persona todo el tiempo, automáticamente, sugiriendo que la respiración llega a todas las partes de la persona comunicándolas, limpiando lo que hay que limpiar, sanando lo que hay que sanar, acomodando lo que hay que acomodar, digiriendo emociones atoradas; así de manera indirecta trabajar los puntos clave y universales: como la comunicación entre las diferentes partes de la persona, sanar heridas, digerir emociones, elaborar situaciones pendientes, falta de límites, facilitando el trabajo terapéutico; especificando la creencia de que los seres humanos, más allá de ser únicos e irrepetibles, en el fondo somos muy parecidos, por lo que propone se aborde cada vez más el trabajo con temas universales que se encuentran debajo de las dificultades que la persona quiere resolver, abordando este trabajo con metáforas que permiten resolver estos temas de manera indirecta. Tras el uso de la respiración, entremezclar palabras protectoras que son dos adverbios (automáticamente y saludablemente) y dos gerundios (aprendiendo y disfrutando); por ser los adverbios juegos de palabras y los gerundios un presente en movimiento, son más fáciles de entender por el cerebro derecho. Mientras que Milton H. Erickson ponía el trabajo en manos de la mente inconsciente de quien lo consultaba, Robles propone que tenemos una parte sabia que va más allá de la mente inconsciente, así al empezar un trance propone dejar en sus manos el trabajo y al terminar

también. Refiere que para Milton H. Erickson la mente inconsciente contenía los registros de todas nuestras experiencias de vida, que son aprendizajes que podemos utilizar para resolver cualquier dificultad que la vida nos presente, Robles agrega que el mecanismo de la respiración despierta, activa, expande a la parte sabia, poniendo el trabajo en sus manos, el trabajo de crecimiento y evolución.

Robles (2007) propone continuar con el uso de símbolos, su manera es evocar el símbolo del problema, luego el de los recursos y a continuación, con la ayuda de la respiración, el símbolo de los recursos actúa sobre el del problema, resolviéndolo y echándolo fuera. Como variante, sugiere que la respiración transforma el símbolo del problema, lo digiere, o hace con él lo que tiene que hacer. Más aún, que a través de la respiración se entregue el símbolo del problema a la parte sabia y le pida se ocupe de él.

Utilización de las técnicas paradójales, Robles (2007) expone que basadas en las psicoterapias de Teoría de Sistemas, con personas que han aprendido principalmente a comunicarse a través de lo que se conoce como el Doble Vínculo, sostiene que esta forma de comunicación se da y se mantiene por una relación entre disfraces (de desconfirmación de la persona) y que se deshace cuando empieza a darse una relación entre personas (de confirmación). Continuando con los aportes de Robles a la técnica Ericksoniana, refiere que la Antropología Social nos permite entender los valores y creencias (la cultura) que mantienen los síntomas, descubriendo las creencias limitantes que hay detrás de los síntomas, las ideologías que se han impuesto y que se guardan bajo la forma de estas mismas creencias; entonces inconscientemente se aprende a estar mal, a creer que la vida se sufre, que no se merece y aprendimos a estar mal, Milton H. Erickson diría entonces podemos aprender a estar bien.

Robles (2007) comparte que en su trabajo con hipnosis fue desarrollando dos líneas: la primera es su aplicación a la psicoterapia con individuos y familias; la segunda su aplicación para control del dolor (terreno al que fue invitada a participar), el éxito en el control del dolor fue tal que la llevo a utilizarlo en pacientes enfermos crónicos y en pacientes sujetos a quimioterapia para reducir los efectos secundarios de este tratamiento. Lo anterior la lleva a decidir, por congruencia consigo misma, con su trabajo y con sus pacientes, a operarse de una afección que sufrió de vesícula sin anestesia, con hipnosis, la cual fue un éxito, así como una experiencia de crecimiento personal y profesional. Complementa señalando, desde el punto de vista orgánico, consideramos al dolor, como una señal del cuerpo de que algún tejido está siendo lastimado,

pero también sabemos que tendemos a interpretar como dolorosas las sensaciones que son desconocidas y, sobre todo, que se dan en un contexto donde se espera que haya dolor, así es para quien tiene miedo creyendo que va a sufrir mucho o con experiencias traumáticas al respecto. En contraste, a quien se le explica paso a paso lo que va a suceder durante algún proceso (médico) la persona se encuentra más tranquila y reporta menor dolor. De ésta manera la realidad interna construida lleva a actuar de determinada manera y al hacerlo se influye sobre la realidad exterior. Son las profecías que se autocumplen, la predicción que por el solo hecho de hacerla se convierte en realidad y así confirma lo que profetizaba; la certeza de que algo va a suceder, hace que se creen las condiciones necesarias para que esto se dé, es decir, crea una realidad que no se habría dado sin él; si construimos una realidad con la convicción absoluta de que es así, nos condiciona para actuar de modo que se cumpla. Robles de esta forma plantea que el cerebro con sus dos hemisferios y las múltiples conexiones que existen entre ambos, reciben las experiencias de la vida diaria, las almacena, interpreta y utiliza. Estos dos hemisferios cerebrales son las estructuras que permiten que la mente se manifieste, ya que actúan como intermediario entre ésta y la realidad; no es tan simétrico como parece, en realidad son dos sistemas diferentes con estrategias también diferentes para codificar, almacenar, recuperar, interpretar la información y para manifestarse externamente, con funciones diferentes en cada hemisferio, repartidas, lo que duplicó la capacidad del cerebro, por ley de economía, dos cerebros en vez de uno repetido, ampliando posibilidades y hasta crear situaciones nuevas. Si trabajan con funciones diferentes cada hemisferio cerebral, pero de manera conjunta. Así, sin establecer dominio de uno sobre el otro en cada persona, Robles plantea que dentro de la cabeza se encuentran dos formas de entender el mundo y dos formas de relacionarse con él, como si fueran dos personas distintas unidas entre sí, donde cada una piensa, percibe y siente a su manera. Robles (1990) (citada en Polo, 2006) expresa que en el trabajo hipnótico ericksoniano, se considera al cerebro funcionando en sus dos hemisferios, sabiendo que son ambos los que nos impulsan a actuar, el hemisferio cerebral izquierdo pensando, rígido por lo que “debe ser”, y el hemisferio cerebral derecho sintiendo y orientado a disfrutar y a evitar el dolor.

Robles (2007) escribe que hay muchos aspectos que aún no han sido claramente explicados acerca del funcionamiento del cerebro derecho, llamado no dominante o representacional, se sabe con una gran capacidad mental y que es un cerebro muy desarrollado, que no puede expresarse por medio del lenguaje semántico como su homólogo izquierdo, de manera que su forma de comunicación es totalmente simbólica (alegórica o analógica), literalmente es un cerebro mudo pero no silencioso, adaptado para captar la figura total, es holístico, en ventaja

para las habilidades tridimensionales, la localización y manipulación espacial de objetos, capacidad de construcción espacial y por tanto reconoce mejor las caras y las formas. También responsable de un amplio complemento de emociones que se manifiestan corporalmente y con la expresión facial. La relación dinámica y complementaria entre los dos cerebros, con una alternancia natural en el predominio de uno y otro en patrones establecidos biológicamente, llamados ritmos biológicos, como mecanismos de equilibrio y que permiten al sistema nervioso realizar ajustes para su mejor funcionamiento, estas alternancias se traducen orgánica y mentalmente en estados alternos de conciencia. Así, en un momento dado dentro de 60 a 90 minutos, el cerebro dominante (izquierdo) cede el cargo al cerebro representacional (derecho), con lo que la mente lógica deja el cargo a la mente creativa, holística y atemporal. A este ciclo, por su frecuencia, más de doce veces en un lapso de 24 horas, se le llama *ultradiano* y se le considera el marco biológico para los estados alternos de conciencia (trance hipnótico).

Polo (2006) escribe que mientras en otras terapias clínicas se trabaja con la mente consciente, esto es, buscando que el paciente se de cuenta de la forma en que funciona, con la hipnosis ericksoniana se trabaja con la mente inconsciente, y la persona hace conciencia de los cambios, una vez que estos se realizan, además, se facilita que el proceso se realice de manera eficiente y con el menor dolor posible. La psicoterapia ericksoniana se emplea para ayudar al paciente a reencontrar y/o descubrir sus recursos y, por tanto, a promover su crecimiento, ya que se centra en la solución y no en el problema, con lo que logra minimizar el dolor, y dentro de este proceso se va respetando el ritmo y estilo de la persona, siendo la intervención a la medida de ella.

CAPÍTULO IV

TALLER CON HIPNOSIS ERICKSONIANA DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER, PARA ATENDER LA ADAPTACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

La propuesta de este taller es con el objeto de obtener una herramienta más de apoyo para los profesionales de la salud relacionados con la atención del paciente con cáncer. Esta basado en el enfoque humanista de psicoterapia breve que es la Hipnosis Ericksoniana, sobre todo en el trabajo realizado en nuestro medio social, como señala Robles (2005) “vaciar la cabeza de ideas viejas para que puedan llegar nuevas” (p. 11) y las aportaciones a la Tanatología y al Proceso de Duelo (Polo, 2004 y Polo, 2006).

Cada teoría que existe es un cristal a través del cual se miran los fenómenos, constituyéndose en un filtro que privilegia lo que se quiere ver y borrar lo demás (Robles, 2005). La Hipnosis Ericksoniana invita a percibir las circunstancias de manera particular y construir una nueva versión de la realidad, así es esta propuesta, actuar desde la técnica y constituir una forma particular de observar, congruente con la teoría y con lo que la persona con diagnóstico oncológico necesita.

Si bien sabemos que cada persona es única y cada vida es diferente, también hay convencimiento de que por el hecho de ser seres humanos compartimos experiencias básicas de la existencia humana, como son el dolor, las pérdidas, los duelos, las heridas y también entre otras las soluciones, en lo cual la Hipnosis Ericksoniana es puntual, al señalar la confianza en los recursos naturales de la persona y el desarrollo en la autoconfianza en ellos.

Robles (2005) señala, el trabajo en grupo con estados amplificados de consciencia tiene beneficios sobre el trabajo individual, así es como los procesos de los demás ayudan a resolver otros matices que probablemente en el trabajo individual tardarían tiempo en salir, dado que en el inconsciente de cada persona da prioridad a otro asunto. Otro beneficio del trabajo en grupo sobre el individual, es que permite elaborar desde las descripciones “simbólicas” de los demás, para resolver y continuar con el proceso individual.

La necesidad de adaptación emocional que los pacientes oncológicos requieren es una realidad que puede ser atendida por la Hipnosis Ericksoniana, con asistencia grupal para lograr abarcar mayor población y contribuir a la calidad de vida de enfermos de cáncer y sus familiares.

TALLER CON HIPNOSIS ERICKSONIANA DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER, PARA ATENDER LA ADAPTACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.			
Objetivo: Al finalizar el taller los participantes, pacientes con diagnóstico oncológico, mostrarán un mejor ajuste adaptativo ante su enfermedad, mejorando en la funcionalidad en su vida cotidiana y por tanto en su calidad de vida, permitiéndose eficazmente elaborar y crear soluciones que requiera en su vida actual.			
El taller será impartido por:	Participantes:	Horario:	Lugar:
Especialistas que sean responsables de la atención del paciente con la enfermedad de cáncer, como pueden ser Psicólogos, Psicooncólogos, Trabajadores Sociales, personal de Enfermería, Terapeutas, Médicos, Psiquiatras, Tanatólogos. Dichos especialistas deberán estar entrenados en Hipnosis Ericksoniana, en Tanatología y Solución de procesos de Duelo. Así también actualizados en sus procesos de duelo y lo más libres de conflicto familiar, social, laboral, sexual y espiritual.	Personas con diagnóstico oncológico, mayores de 16 años, que asistan a ser atendidos en la institución (pública o privada) donde se imparta el taller. El grupo tendrá un mínimo de 10 personas y un máximo de 15.	El taller se realizará en la fecha y horario en que lo programe la institución donde se lleve a cabo. Constara de 5 sesiones, cada una de dos horas para hacer un total de 10, una sesión por semana.	Aula en el interior de las instalaciones de la institución donde se lleve a cabo el taller, con acceso disponible para la movilidad de los pacientes. Iluminada, con dimensión de al menos 30 metros cuadrados y ventilada.

FASE INICIAL: Sesión 1. Bienvenida y “Activar la respiración como mecanismo natural de cambio y proteger el proceso que se inicia”.			
Objetivo: Establecer la respiración como medio natural para contactar consigo mismo y como principal recurso que genera cambios en la persona automáticamente.			
La hipnosis ericksoniana es hipnosis natural, ya que no sigue ningún ritual o uso de algún instrumento para inducir el trance, aparece espontáneamente mientras se sigue despierto, pudiendo amplificarse y utilizarse activamente. Con el recurso natural de la respiración se produce enfoque de la atención hacia el interior más que al exterior y el proceso se hace seguro, automático, saludable, de continuo cambio interno, delimitando la atención hacia lo primordial para la solución del problema. Digiere, guarda dentro lo que sirve, hace bien y pone fuera lo que estorba al bienestar saludable, activa los recursos internos inconscientes y moviliza el proceso con el uso de metáforas y símbolos, empleando los fenómenos en hipnosis como amnesia, hipermnesia, regresión, disociación, reacciones psicofisiológicas, rapport y sugestión posthipnótica.			
<u>Tareas:</u>	<u>Tiempos:</u>	<u>Estrategia:</u>	<u>Estrategia:</u>
1.- Bienvenida y presentación de los integrantes y facilitadores. 2.- Entrega de gafetes con su nombre. 3.- Reglamento a seguir. 4.- Inducción. 5. Retroalimentación y cierre de la sesión.	30 min. 10 min. 15 min. 45 min. 20 min.	-Dinámica de presentación. -Inducción por respiración, lenguaje metafórico y uso de entremezclado para sugestión, integrando cada aspecto que se presente en el proceso. Poshipnótica. -Dinámica con ronda de retroalimentación y cierre.	Sillas. Gafetes. Colchonetas. Cojines.
Inicio de la sesión dando la bienvenida a cada participante, entregando un gafete con su nombre, el cual portaran cada semana durante la secuencia del taller. Se les invita a que se presenten diciendo sus datos personales, a continuación se presentan los facilitadores que les acompañaran en este proceso, quienes les explican las reglas a seguir para el funcionamiento del grupo (señalando horarios, la importancia de la asistencia y la disposición necesaria para su éxito personal).			
Inducción: “Activar la respiración protegidamente como mecanismo de cambio”.			
“La voluntad y el esfuerzo son necesarios para que asistas a cada sesión de tu grupo, pero durante los ejercicios deja de usar tu voluntad, poniéndote únicamente como observador de lo que sucede en tu mente, en tu cuerpo, observando como el cambio saludable que resuelve lo que aparece sucede con tu respiración, que todo el tiempo se esta autorregulando, autoajustando, automáticamente y saludablemente y como siempre estas respirando el cambio va más allá del ejercicio, esta durante todo el tiempo necesario. Ahí donde te encuentras sentada (o) o si decidiste estar acostado (a) esta bien, solo ponte cómodo (a), si requieres moverte para lograrlo solo hazlo, ahora observa tu respiración , como inhalas y como exhalas, solo observa tu respiración, así como esta natural y saludable , todo el tiempo te ha acompañado, te acompaña y te acompañara, llega a cada parte de ti, viaja por todo tu cuerpo , en cada célula de cada órgano y de cada sistema de ti, es la vida en movimiento, como ahora recuerdo el ir y venir rítmico de las olas del mar y yo ahí desde esa cómoda distancia, desde ese lugar seguro que me permite observarlas, como vienen de dentro hacia fuera y de fuera hacia dentro, una y otra vez y cada vez que sucede ya esta cambiando algo en el interior, limpiando, acomodando,			

dirigiendo lo que había estado atorado ahí y ahora cada vez que exhala el mar en cada una de sus olas pone fuera **en armonía** y calma lo que no le pertenece y le hace daño y deja lo útil y necesario para el ahí dentro, observa como sucede mientras tu estas bien, cómodo, seguro, respirando, **aprendiendo** como pone el mar fuera toda la basura, lo que no le pertenece, cambiando, **como** nunca antes **lo habías soñado** o imaginado y como puede ser aún mejor, es como si el mar comenzara a construirse una barda o un muro que lo protege de todo lo que le hace daño mientras continúa respirando, es el muro que necesita **para estar bien**, le permite estar en contacto con lo que le es útil del exterior y filtrando lo que le hace mal, ahora el mar esta **respirando seguro** ahí dentro, **en paz**, ahora cada cosa esta tomando su lugar, dentro y fuera, en este bienestar naturalmente saludable cada experiencia de dentro hacia fuera y de fuera hacia dentro se convierte en un aprendizaje y mientras continúe **respirando** el mar **este proceso en progreso se mantiene**, incluso sin darse cuenta sucede y sucederá. Ahora, continúa observando tu respiración, el ritmo y la profundidad que tiene y realiza una respiración más onda y profunda sin lastimarte, escucha mejor mi voz, mientras te estas activando con energía de vida y energía de salud, repite dos respiraciones ondas y profundas sin esforzarte, para que al terminar en unos momentos, solo en unos momentos abre tus ojos y muévete como lo necesites, con cada parte de ti en armonía, paz y comunicándose”.

Retroalimentación y cierre: dar unos minutos para que las personas a su ritmo vayan terminando el trance hipnótico. Invitarlos a que compartan su experiencia y retroalimentar confirmando su participación. Cerrar la sesión con despedida y con el compromiso para la segunda sesión.

FASE INTERMEDIA: Sesiones 2, 3 y 4

Sesión 2. “Perdidas sufridas por la enfermedad, duelos y activar recursos saludables de la persona”.

Objetivo: Atender la experiencia de perdida y el proceso de duelo por los cambios sufridos ante la enfermedad oncológica, activando los recursos saludables con que cuenta la persona.

Como proceso terapéutico la hipnosis ericksoniana tiene la opción de generar nuevas formas de pensar y desarrollar ideas renovadas para vivir, con caminos de flexibilidad ante la singularidad e individualidad de cada quien, mientras que las experiencias de vida son siempre oportunidades para crecer. Dejar el trabajo en manos de la mente inconsciente y de los recursos internos en estado alternativo de consciencia, desde ahí se generan los cambios de manera eficiente y con el menor dolor posible, al ritmo y estilo de la persona.

<u>Tareas:</u>	<u>Tiempos:</u>	<u>Estrategia:</u>	<u>Material:</u>
1.- Bienvenida a los integrantes del grupo y abrir una ronda para compartir sus experiencias luego de la primera sesión.	30 min.	-Dinámica de bienvenida y testimonios.	Gafetes. Sillas. Colchonetas. Cojines.
2.- Inducción de fuera hacia dentro, metáfora de heridas sanando por medio de entremezclado.	60 min.	-Inducción de fuera hacia dentro, con lenguaje metafórico sanando heridas y sugestión con entremezclado.	
3.- Retroalimentación y cierre.	30 min.	-Dinámica con ronda de retroalimentación y cierre.	

Bienvenida a los integrantes del grupo a esta segunda sesión del taller, entregándoles su gafete. Se prosigue abriendo una ronda para que cada uno de ellos comparta su experiencia después de haber trabajado la primera sesión, confirmando positivamente sus vivencias.

Inducción: “Perdidas sufridas por la enfermedad, duelos y activar recursos saludables de la

persona”.

“Comienza colocándote cómodo, sentado en tu silla o acostado sobre una colchoneta, de cualquier forma esta bien, cierra tus ojos y deja en manos de tu respiración esta sesión y tu experiencia, así con el oleaje de tu respirar, que pone fuera lo que ha dejado de ocupar y dentro lo que le nutre. En este momento repasa cuando saliste de tu casa para venir aquí, el camino que seguiste, con quien vienes acompañado y cuando estuviste fuera de este lugar, también cuando entraste a este salón, si había alguien o aun estaba vacío y los objetos colocados en su lugar, tu cuerpo sentado o acostado, la manera como están colocados tus brazos y tus piernas, la sensación en tu nariz cuando entra el aire y cuando sale, como tu pecho se expande al entrar el aire y como se relaja dentro de ti cuando sale y las imágenes que solo tu sabes están ahora en tu interior, detrás de tus parpados, tú ahí dentro, totalmente seguro y protegido, desde ahí puedes darte cuenta como ahora afuera, a cierta distancia, hay **cosas que te son conocidas**, son cosas que tal vez antes estuvieron dentro y que ahora las miras desde esta cómoda y saludable distancia, las reconoces, las identificas, son cosas en general, algunas que tal vez te acompañaron durante largo tiempo y estas en este momento **aprendiendo a mirarlas a distancia**, incluso aún estas aprendiendo de ellas, ahora se ven igual pero **también** diferente, reconoces con lo **que te quedas** de todo eso y se convierte **saludablemente** en formas nuevas **de** afrontar **tu vida**, disfrutando, al mismo tiempo, o quizás antes o después, te das cuenta de alguna manera con lo que aún cuentas **ahí dentro**, que quizás no sabías que ahí estaba y ahora mismo **lo descubres**. En este momento recuerdo un sueño que alguna vez alguien me contó y quiero compartirte, es el momento en el que estoy viajando, así comenzó el relato, a grandes distancias en muy poco tiempo, atravesando el océano y de pronto me encuentro frente a una gran pirámide en Egipto, **ahí** en el desierto, siento calor, me acerco a la pirámide y descubro un pasaje para ir entrando al fondo de ella, lo hago, llego al centro de la pirámide, ahí dentro hay un salón **iluminado** y al centro, alrededor de tantos objetos se encuentra un cofre, cerrado y custodiado por una gran esfinge, decido de una **vez** saber lo que guarda ahí el cofre y con un gran golpe derrumbo a la esfinge, la que se desmorona y de inmediato me dirijo a el y lo abro, ahí dentro hay **tantas cosas valiosas mías**, decido tomar algunas, cada objeto significa algo diferente **para mi**, y tomo lo que en este momento necesito, quizás eso que me representa valor, entusiasmo, optimismo, tal vez **confianza**, **deseo** o cualquier otra cosa, sabiendo que puedo regresar cuando yo quiera o lo necesite y tomar de dentro del cofre lo valioso de cada recurso, se que son **inagotables** los objetos valiosos de ahí dentro, ahora se que con sólo cerrar mis ojos puedo llegar hasta ahí. Entonces comencé a despertar, **ahora** que ya a sucedido todo esto mientras he estado soñando con mis ojos cerrados, sin esforzarme, como tú ahora puedes hacerlo saludablemente y respirar dos o tres veces más mientras automáticamente este proceso en progreso continúa con sólo tu respiración por todo el tiempo que sea necesario para ti. Observa tu respiración en tus pulmones, la sensación de tu cuerpo ahí sentado o acostado, los sonidos de este lugar, mi voz y la noción del camino que harás para regresar a tu lugar de origen; mientras esto sucede, realiza una respiración más honda y profunda sin esforzarte y exhala con mayor energía, repítela una o dos veces más y a tu ritmo en unos momentos, solo en unos momentos abre tus ojos y muévete como lo necesites”.

Retroalimentación y cierre: Dar unos minutos para que las personas terminen su estado de trance y abrir una ronda de retroalimentación con las experiencias que cada uno comparta de la sesión, confirmando positivamente Cerrar promoviendo despedida y haciendo compromiso para la siguiente sesión.

Sesión 3. “Manejo de dolor y símbolo de la salud”.

Objetivo: Que la persona encuentre alivio en la experiencia de dolor que acompaña su proceso de enfermedad, así como establecer un símbolo señal que utilice de manera automática con solo respirar para mantener esta sensación de mejora de su dolor.

El dolor corresponde al problema físico, mental o ambos, evocar símbolos para tratar el problema, para encontrar los recursos de la solución, mientras que con la respiración el símbolo de estos recursos actúa sobre el del problema (dolor), resolviéndolo o quizás la respiración transforma directamente el símbolo del problema y lo digiere. Así es como desde la mente inconsciente trabaja la hipnosis Ericksoniana, dándose cuenta la persona de sus cambios hasta que suceden, ya que el proceso no fue consciente, lo que favorece resolver el malestar con el menor dolor posible y de manera eficiente, centrándose en las soluciones y no en el problema, respetándose el ritmo y estilo de la persona, realizando una intervención a la medida del paciente.

<u>Tareas:</u>	<u>Tiempos:</u>	<u>Estrategias:</u>	<u>Material:</u>
1.-Bienvenida a los participantes del grupo y abrir una ronda de expresión para que compartan sus experiencias de la semana luego de las dos primeras sesiones.	30 min.	-Dinámica de bienvenida y expresión de testimonios.	Gafetes. Sillas. Colchonetas. Cojines.
2.-Inducción por sensaciones, manejo de símbolo del dolor, de la solución y de bienestar, uso de entremezclado para proporcionar sugerencias de manera indirecta.	60 min.	-Inducción por sensaciones, uso de símbolos y técnica de entremezclado. -Dinámica con ronda de retroalimentación y cierre.	
3.-Retroalimentación y cierre	30 min.		

Se inicia dando la bienvenida a los participantes del grupo, Se les entrega su gafete para que se lo coloquen. Se continúa abriendo una ronda para que cada uno exprese su experiencia de la semana luego de las dos sesiones llevadas a cabo del taller, confirmando sus vivencias.

Inducción: “Manejo del dolor y símbolo de la salud”.

“Ahora colócate en una posición que para ti sea cómoda, ahí **sentado** o **acostado**, como quiera que sea esta bien, deja en manos de tu respiración esta sesión, así también en manos de tus recursos internos que automáticamente con solo **respirar** ya están trabajando para ti, con tu sabiduría interna que sabe justo lo que tu necesitas y como lo necesitas, sabe cuando continuar y cuando detenerse **para que estés bien**. Así, observa como esta ahí, en algún grado, esa sensación de **dolor** que te ha venido acompañando desde hace algún tiempo, pon tu atención a como la sientes, sin evitarla, pon en una escala de uno a diez en que grado de dolor se encuentra en este momento, **continúa** acercándote a ella desde esta cómoda y saludable distancia, protegídamente, conócela o reconócela, vas a comenzar a aprender o reaprender, desaprendiendo de ella justo lo que necesitas y como tu lo necesitas; descríbete y haz como si estuvieras **a la** vez describiéndola a alguien más en voz **baja** ¿Cómo es la sensación? ¿En que parte de tu cuerpo la sientes? ¿Es local o se irradia a otras partes del cuerpo? ¿Qué tan intensa es la sensación de dolor? ¿Te produce alguna otra sensación? ¿Cuál y como es? ¿Imagina de qué tamaño es tu dolor? ¿Qué forma tiene? ¿Qué color le pertenece? **Ahora**, observa como desde esta cómoda y segura distancia, con solo respirar, **sin** hacer mas **nada**, aparece un símbolo que representa a tu dolor, puede ser cualquier cosa, figura, forma, color, imagen, recuerdo, incluso la nada, solo observa como con solo respirar aparece este símbolo, **fíjate** y nota como ya esta ahí o

en unos momentos aparecerá; confirma y date cuenta como es, en el esta depositado toda la historia asociada a tu dolor, con sensaciones, emociones, sentimientos, actitudes, conductas, , recuerdos, cada parte de tu cuerpo con cada célula de cada órgano de cada sistema que lo conforma; como es este símbolo, descríbetelo ¿Qué forma tiene? ¿De que tamaño es? ¿De que color o colores es? ¿Esta fijo o en movimiento? Y mientras continuas dándote cuenta como es, ya estas aprendiendo de el, tu mente interna, tu mente inconsciente realiza este proceso automáticamente, con solo respirar, y **como** todo **eso negativo** y desagradable se esta convirtiendo en aprendizajes de vida, este proceso en progreso ya esta sucediendo incluso sin que te des cuenta como, ahora puedes o podrás darte cuenta de todo eso que antes no lograbas ver de tu vida en movimiento dentro y **fuera de ti**. Mientras todo esto sucede, observa como solo con tu respiración aparece otro símbolo, es nuevo, es de **bienestar**, de **salud**, de **alivio**, es el símbolo de tu estar-bien, observa como es o como esta **apareciendo** o aparecerá e inevitablemente ya esta actuando **sobre** el primer símbolo, ese que representaba **tu dolor ahora mejorando**, aliviando, como ese símbolo que representaba dolor ya esta cambiando, desapareciendo, diluyéndose y todo eso que contenía recuerdos, emociones, sentimientos, etc. y que estaban atorados ya se están digiriendo, aprovechando lo útil y soltando todo lo innecesario. Observa, **fíjate**, confirma, como **ya esta sucediendo** ahí detrás de tus ojos, solo tu **te estas dando cuenta** como, sabiendo que este proceso en progreso se mantiene por el tiempo que sea necesario para ti, **de día** o **de noche**, **aquí** y en **cualquier otro lugar**, **solo** o **acompañado**, con solo respirar sucede saludablemente. Recréate en este símbolo de tu bienestar, de tu salud, en el momento que lo desees puedes contactar con el y darte cuenta como esta trabajando para ti, basta con cerrar tus ojos y dejar en manos de tu respiración y de tu sabiduría interna este proceso. Ahora nota como esta tu **respiración**, el ritmo y la profundidad que tiene, mi voz en tus oídos y tu ahí sentado o acostado con cada sensación de paz, armonía y bienestar, realiza una respiración onda y profunda sin esforzarte y cada parte de ti se esta activando con energía **de vida** y energía **de salud**, repite esta respiración onda y profunda sin esforzarte un par de veces mas para que en unos momentos, solo en unos momentos, vayas abriendo tus ojos y moviéndote como tu lo necesites, sin ningún malestar, sin ninguna molestia”.

Retroalimentación y cierre: Proporcionar unos minutos para que las personas terminen su trance y se activen completamente, para abrir una ronda en que cada uno monitoree como se encuentra justo en este momento la sensación de dolor que antes tenia, en que lugar de la escala de uno a diez ahora se encuentra. Así también que cada quien comparta su vivencia de esta sesión, confirmando positivamente. Se cierra la sesión promoviendo la despedida y el compromiso para el encuentro en la siguiente.

Sesión 4. “Entrenamiento en autoinducción para control de dolor y mejora en la calidad de vida”.

Objetivo: Que la persona aprenda a autoinducirse el estado alternativo de consciencia, para el control de su dolor y se refleje en su calidad de vida.

Los fenómenos que se presentan en la hipnosis son utilizables para el beneficio de la persona, así promover “disociación” de si mismo para que el paciente pueda obtener y enfrentar información que de otra manera le seria difícil de tolerar; o el fenómeno de “psicofisiología” promoviendo cosas que parecen imposibles, bastando con la interpretación fisiológica del estímulo para presentar reacciones, estímulos que se traducen en respuestas corporales de diversos tipos; la hipnosis con imaginaria autoinducida para tener efectos en la reactividad autonómica.

El reflejo en la mejora de calidad de vida es automático sin la presencia de dolor, además, si se ha construido una realidad interna que lleva a actuar de determinada manera se influye en la realidad exterior creando una realidad con la convicción absoluta de que así es, condiciona para actuar de modo que se cumpla.

<u>Tareas:</u>	<u>Tiempos:</u>	<u>Estrategias:</u>	<u>Material:</u>
1.- Bienvenida a los participantes y abrir una ronda de experiencias luego de tres sesiones del taller.	30 min.	-Ronda de bienvenida y testimonios a compartir.	Gafetes. Sillas. Colchonetas. Cojines.
2.- Inducción con estrategia de autoinducción, control de dolor y descanso.	60 min.	-Inducción con estrategia de autoinducción para manejo de dolor y estado de descanso.	
3.- Retroalimentación y cierre.	30 min.	-Dinámica de retroalimentación y cierre.	

Se inicia dando la bienvenida a los integrantes del grupo entregándoles el gafete que los identifica. A continuación se abre una ronda de expresión para que compartan sus experiencias de la semana después de las tres sesiones trabajadas en el taller.

Inducción: “Entrenamiento en autoinducción para control de dolor y mejora en la calidad de vida”.

“Ahora vas a **aprender** la autoinducción del estado alternativo de consciencia, a entrar en contacto contigo mismo de manera segura y protegida. Comienza por ponerte cómodo ahí donde te encuentras y en la posición que tu elijas como la mejor para ti y deja nuevamente el trabajo de esta sesión en manos de tu respiración y de tus recursos internos que automáticamente ya están trabajando para ti. Cierra tus ojos y échalos hacia arriba y hacia atrás, como si quisieras **mirar** atrás de tu cabeza, mantenlos ahí mientras te das cuenta que tienen un ligero temblor, ahora inhala **profundamente** y contén el aire **dentro** mientras cuento hasta cinco y tu sigues el conteo mentalmente, uno, dos, tres, cuatro y cinco, suelta el aire y a la vez tus ojos, relájalos, ya te encuentras en contacto contigo mismo y solo tienes que continuar respirando normalmente para mantener este estado, sin modificar tu respiración, naturalmente, nota como entra y sale por tu nariz, como mueve tu pecho y tu abdomen, suben, bajan, a medida que vas entrando más y más **en ti mismo**; pueden empezar a aparecer **sensaciones diferentes** que son normales en este estado, en este momento observa como tu cuerpo o parte de el se siente más ligero, **fíjate** bien ¿ya te diste cuenta que sientes más pesado? esa parte del cuerpo quizás es tan pesado que da la impresión de que se hunde ahí donde esta apoyada, quien sabe, tal ves se pierde la sensación de donde termina esa parte del cuerpo y donde empieza eso que lo sostiene, es como si fueran una misma cosa. ¿Y ya te diste cuenta qué parte de tu cuerpo se siente **más ligera**, como si estuviera flotando? a veces incluso da la impresión de que no se tiene esa parte del cuerpo. Cuando una mano, un brazo o un pie, se sienten muy ligeros pueden comenzar a flotar, a subir por si solos, con movimientos que son como temblorcitos y eso también es normal, todo puede pasar en este estado de trance, es **como en los sueños**, puede pasar que sientas alguna parte del cuerpo más fría o más caliente, o sentir vibraciones internas, como energía que fluye en forma de ondas, o sentir que alguna parte de tu cuerpo está más grande o más chica, recuerda, en este estado de trance es normal ¿ya te diste cuenta que estas sintiendo? Eso que sientes son señales de tu cuerpo de que estás en trance. La próxima vez que lo hagas probablemente vuelvan a aparecer, aunque también pueden surgir otras, puedes, podrás hacerlo en cualquier lugar que escojas cómodo, durante el día o en la noche, de tal forma que estés, como ahora **estas en** el mundo del **descanso**, es un lugar donde se **aprende** a vivir la vida de todos los días de una manera diferente, **gozando** más tus actividades, incluso los aprendizajes que surgen de tus problemas. Este mundo es interno, intangible, pero a **la** vez evidente porque cuando hayas aprendido a descansar, tú y los demás lo notarán, el descanso es un filtro que hace la **vida** más **plena**. Alguien descansado responde mejor o cambia de actitud con más facilidad.

El aprendizaje del descanso es fácil y rápido, ya que tú al igual que todos los seres humanos, estás diseñado para descansar. La acumulación de cansancio durante períodos largos lleva al ser humano a tener una deuda de descanso, que es la acumulación de pendientes **en la recuperación de fuerza, la renovación corporal y la digestión de** lo vivido durante el día. El problema es que los réditos son cobrados en el cuerpo, en las **emociones** y en la calidad de vida, pero despreocúpate ya te encuentras aprendiendo a descansar, ahí y en cualquier otro lugar podrás hacerlo, solo deja tu mente **y** tu imaginación absolutamente libres, **tu descanso digiere tus problemas**, la experiencia varia en cada ocasión, puede ser que recuerdes pendientes o que dudes si el ejercicio sirve para algo y te parezca que **estás** desconcentrado o simplemente te relajes o que recrees olores o sabores o sonidos internos, o que tengas un mosaico de sensaciones, o que percibas una simple oscuridad o incluso una nada, o que te quedes **protegidamente** con la mente en blanco; sea lo que sea, lo que suceda está muy bien, es el camino de seguir **descansando**, lo único que puede traerte es bienestar que tu disfrutas, **en armonía** contigo y con lo y las demás. Ahora, cuando quieras dar por terminado el ejercicio, haz una respiración profunda, si lo haces por la noche simplemente continúa con los ojos cerrados y sigue durmiendo cómodo (a), **naturalmente**. Para terminar, en unos momentos, solo en unos momentos, realiza una respiración onda y profunda, repítela una o dos veces más y abre tus ojos, moviéndote como tu lo necesites, disfrutando de estas sensaciones de descanso y confort, totalmente activado (a) con energía de vida y salud.

Retroalimentación y cierre: proporcionar unos minutos para que las personas terminen de activarse naturalmente. Proseguir abriendo una ronda para que compartan los resultados del ejercicio y su experiencia, confirmando positivamente. Al final cerrar la sesión invitando a despedirse y generando el compromiso para la última sesión del taller.

FASE FINAL: Sesión 5: “Heridas mejorando y viviendo en paz”.
Cierre.

Objetivo.- La persona contacte con su mejoría y bienestar, logrando vivir con mayor paz consigo misma y con los demás.

Con la premisa de que la respiración ya es un mecanismo saludable por definición , que continua con la persona todo el tiempo, automáticamente, sugiriendo que llega a todas las partes de la persona, comunicándolas, limpiando, sanando heridas, acomodando, digiriendo emociones atoradas, elaborando situaciones pendientes, falta de limites, así es como de manera indirecta trabaja los puntos clave y universales facilitando el proceso terapéutico, haciendo uso de metáforas y la técnica de entremezclado, descubriendo las creencias limitantes que hay detrás de los síntomas y que inconscientemente se han aprendido, entrenándose a estar mal, a creer que la vida se sufre, que no se merece, entonces, poder aprender a estar bien o mejor. Si la persona ha entendido paso a paso lo que le va a suceder, encuentra mayor tranquilidad y menor dolor.

<u>Tareas:</u>	<u>Tiempos:</u>	<u>Estrategias:</u>	<u>Material:</u>
1.- Bienvenida a la sesión final, abrir ronda para compartir testimonios luego de la última sesión.	30 min.	-Dinámica abriendo una ronda para compartir experiencias.	Gafetes. Sillas. Colchonetas. Cojines.
2.- Inducción por disociación de mente consciente y mente inconsciente.	60 min.	-Inducción por disociación de mente consciente y mente inconsciente, trabajo con heridas sanando y viviendo en paz. Uso de entremezclado.	
3.- Retroalimentación y cierre final.	30 min.	-Cierre haciendo una	

		retroalimentación final.	
<p>Se da inicio a la sesión dando la bienvenida a los participantes del grupo y entregando su gafete que los identifica, se recuerda que es ésta la última reunión del taller. A continuación se abre una ronda de participación donde cada uno de los integrantes del grupo tiene la oportunidad de expresar sus vivencias de la semana.</p> <p>Inducción: “Heridas mejorando y viviendo en paz”.</p> <p>“Ponte cómodo ahí en tu lugar, si necesitas hacer algún movimiento solo hazlo, cierra tus ojos y deja nuevamente en manos de tu respiración y de tus recursos internos esta sesión, observa como tu mente consciente puede estar poniendo atención en cada una de mis palabras y el sentido que tienen, o como tu mente consciente puede distraerse con pensamientos o imágenes que aparecen espontáneamente, o tu mente consciente puede preguntarse si esto será útil o no, pero mientras tanto tu mente inconsciente te lleva cada vez mas ha estar en contacto contigo mismo (a), con solo respirar automáticamente sucede y tu respiración continua, así en contacto contigo mismo (a) te comparto que todos los seres vivos, las plantas, los animales, las personas, sufrimos heridas a lo largo de la vida. Unas están en el cuerpo y podemos verlas directamente, otras, casi siempre permanecen ocultas, son heridas del corazón. Hay heridas grandes y chicas, superficiales y profundas, pero su gravedad depende del momento de la vida en que fueron hechas. Una planta que apenas empieza a salir de la tierra puede ser aplastada por una pisada, no sucede lo mismo cuando es un árbol mediano o grande. Las mismas heridas que en un adulto sanan pronto, pueden poner en peligro la vida de un niño. Todas las heridas sanan si están limpias y se dejan al aire, si no arrancamos la costra o les metemos el dedo, aunque unas tardan más que otras en sanar. Pero mientras no cicatricen, podemos tener problemas, si se infectan nos enfermamos; si sangran, nos debilita. Los raspones no nos dejan acercarnos a los demás, cualquier rozón nos duele más de la cuenta. Los arbolitos lastimados pueden perder ramas o crecer chuecos. Los animales heridos se ponen agresivos. En fin, hay muchas cosas que no podemos hacer bien mientras las heridas no estén cicatrizadas. Pero eso si, cuando las heridas se curan, las cicatrices se vuelven recuerdos, ya sin dolor, de esos malos momentos, de cómo los superamos, sobrevivimos y nos fortalecimos de ellos. Los animales lastimados se limpian las heridas metiéndose al agua o lamiéndolas, y casi siempre se aíslan y se ponen a dormir mientras sus mecanismos curativos trabajan sanándolas. Estos mecanismos aparecen espontáneamente durante el descanso. Todos tenemos mecanismos naturales para cicatrizar las heridas, pero a veces no pueden actuar plenamente porque hay interferencias, como la mugre que provoca infecciones, o el que alguien arranque las costras o les meta el dedo. ¿Recuerdas que la respiración y el soñar despiertos abren las puertas que comunican la realidad interna con la realidad externa? Estas mismas puertas nos permiten hacer llegar nuestros recursos curativos hasta las heridas del corazón, sanándolas. ¿Cómo son las heridas que has sufrido en tu vida? ¿Cómo las imaginas? ¿En qué parte de tu cuerpo están? Fíjate bien qué es lo primero que se te ocurre. Observa qué tan curadas están, si hay alguna abierta, si están sangrando o no, o tal ves infectada. Observa cómo están todas tus heridas. ¿Ya te diste cuenta cómo están? Ahora, siente tu respiración, siente el aire cómo pasa a través de tu nariz o de tu boca, en un sentido, en otro, y fíjate cómo tu respiración está curando tus heridas, limpiándolas, secándolas, cicatrizándolas, automáticamente cada vez que el aire pasa a través de tu nariz, o de tu boca, sin que tú hagas nada. Quédate un momento observando cómo tus heridas están sanando a través de tu respiración. Te des cuenta o no, tu respiración siempre sana tus heridas, automáticamente. Quédate ahí observando un momento, el tiempo que quieras, sabiendo que este proceso continúa por sí solo, con cada respiración. Así que de vez en cuando, más tarde, mañana, o un poco después, vuelve a imaginar las heridas para darte cuenta cómo han sanado o si ya cicatrizaron. Cuando tus heridas se encuentran ya en un franco proceso de curación y puede ser después de un rato o de varios días de haber empezado a cicatrizarlas ya sin dolor son</p>			

recuerdos de esos momentos difíciles que ya pasaron. Puedes mirarlas, tocarlas y aprender de ellas cómo **superaste el dolor** e incluso el peligro de muerte. El tiempo que esas heridas te han acompañado, te mantuvo alerta o ayudó a evitar situaciones peligrosas o a defenderte. Despedirte de ellas, despedirte bien, agradecer todo lo que te dieron y reclamarles el dolor que causaron, solo así puedes guardar adentro lo que **aprendiste** de ellas, para utilizarlo **saludablemente** cuando sea necesario.

Retroalimentación y cierre final: dar unos momentos para que las personas terminen de activar todas y cada unas de sus funciones saludablemente y abrir una rinda de expresión para que compartan sus experiencia del ejercicio y del taller en general. Confirmar sus vivencias positivamente.

Dar por finalizado el taller propiciando la despedida como cierre entre cada uno de los miembros del taller.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Para establecer los alcances y la relevancia de los mismos en este trabajo de revisión bibliográfica actualizada, así como la viabilidad de la propuesta que se hace, es puntual partir de la realidad de la enfermedad oncológica, la que presenta decenas de formas de desarrollarse en el cuerpo humano, que mientras más avanza la vida de una persona, también se incrementan los riesgos de contraerla, pero no es necesario llegar a la edad adulta o a la vejez, los índices de niños y adolescentes enfermos de cáncer son considerables, de igual manera la condición social o de género son igualmente atacados por el desarrollo de la enfermedad, los factores de riesgo para enfermar están determinados genéticamente o por el medio externo, la condición humana es suficiente para estar en riesgo de enfermar, si es por material genético, por influencia o exposición al medio externo causante o por el proceso natural de envejecimientos.

Siguiendo con la realidad de este padecimiento, mencionar lo que reporta la Organización Mundial de la Salud referente a que el cáncer se encuentra como la primera causa de muerte a nivel mundial y el pronóstico es que van a incrementarse los índices de mortalidad por este padecimiento. Este contexto mundial de la enfermedad de cáncer es similar al que sucede en nuestro país, el tercer lugar de mortalidad en México es causado por el cáncer y el pronóstico de que se incrementen estos porcentajes es también una predicción en nuestro país, así lo señalan las Secretaria de Salud y el INEGI.

Una más de las realidades de la enfermedad oncológica es que tras la ardua investigación medica para encontrar alternativas de prevención, detección, tratamiento, la enfermedad ha pasado de ser una enfermedad terminal a una enfermedad crónica, con la cual se puede vivir mucho tiempo o un tiempo considerablemente mayor de lo que antes se esperaba, de tal forma que los egresos hospitalarios en nuestro país muestran que arriba del 40 % en mujeres y del 30% en varones son de pacientes oncológicos.

Documentar lo anterior deja la inercia para continuar con la atención de las consecuencias físicas y emocionales que se presentan en las personas con la enfermedad oncológica, efectos en los que el soma afecta a la psique y la psique al soma, esto desde la actual e inevitable perspectiva integral del ser humano, que hace incluir los efectos que se producen a nivel sociofamiliar por el padecimiento de cáncer. Reacciones psicológicas individuales, que dependen de la personalidad de cada individuo, de sus recursos de afrontamiento con que cuenta para responder a su realidad,

de las condiciones socio-familiares, de su momento de vida, de los proyectos o metas contemplados, etc.

Los trastornos de adaptación, la angustia, la ansiedad, la depresión, los trastornos psiquiátricos, con conductas suicidas, agresión, miedo, impotencia, frustración, tristeza, enojo e ira, aislamiento, son algunas de las expresiones que puede presentar alguien con la enfermedad oncológica. Los duelos que se manifiestan en el enfermo terminal o crónico, como puede ser el padecimiento de cáncer, tienen un apartado específico. Gran cantidad de las reacciones negativas en el enfermo son por las pérdidas que ya está viviendo y por las que tendrá que atravesar, tal vez sean pérdidas ancladas en duelos anteriores que aún no ha resuelto y ahora se complican unos con otros; no haber sabido resolver sus duelos en el pasado, es no estar actualizado para superar los presentes. La familia, la situación laboral, las condiciones físicas que se ponen en riesgo son parte de la experiencia de pérdida y que produce los efectos negativos en el paciente.

Por lo referido en párrafos anteriores, es que se hace viable esta propuesta, como intervención clínica con perspectiva psicológica, un taller dirigido a personas con enfermedad de cáncer para atender sus complicaciones emocionales y mejoren su calidad de vida. Además, dadas las condiciones emocionales y físicas en las que se encuentran, ofrecer un proceso protegido, seguro, cómodo, es factible con el enfoque de la Hipnosis Ericksoniana, por lo saludable y por la opción de promover el cambio desde el interior de las personas. Es la técnica terapéutica oportuna para atender a estos pacientes, ya que tiende a evitar el dolor, el físico y el psíquico, solo experimentar el mínimo necesario. Los resultados suelen ser a la brevedad y duraderos, además de promover un estilo de vida y por ende un proceso de cambio continuamente activado, con los recursos internos de la persona que son sus experiencias y aprendizajes de vida acumulados, constituidos en símbolos, y como toda persona en algún grado simboliza, puede entonces hacer su proceso en trance hipnótico, ya que además todas las personas son susceptibles de entrar en estado alternativo o amplificado de consciencia.

La apertura que están teniendo las instituciones hospitalarias al área de Tanatología hace también que este taller pueda tener alcances significativos, con la aplicación de la técnica sugerida, ya que actualmente hay Tanatólogos en desarrollo con enfoque Ericksoniano. Así también el desarrollo de la Psicooncología, la aceptación de esta disciplina por el personal médico y la apertura que está logrando en los hospitales como especialista en la atención integral del paciente oncológico, hace un campo de aplicación importante de este material propuesto en forma de taller.

El trabajo en la atención individual del paciente con cáncer, ha ofrecido resultados muy positivos en su proceso adaptativo y por ende en su calidad de vida, la calidad de vida que cada quien elige para si mismo. Proponer esta intervención en forma de un taller grupal, es ampliar el foco de atención y los alcances del mismo, que los cambios no solo se multipliquen en cada persona, si en un grupo de personas.

Como limitante de esta propuesta cabe mencionar que aún no se abren los espacios necesarios en ciertas instituciones donde atienden a pacientes oncológicos, dejando sin tratamiento las condiciones psicoemocionales negativas que presentan.

REFERENCIAS

- Ballesteros, M., Cruzado, J. A., Lozano, A. y Sánchez, P. (2005). Evaluación y tratamiento psicológico de un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. **Psicooncología. 1. Vol. 2, 139-148.**
- Barraza, P. A. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. **Psicooncología. 1. Vol. 1, 165-178.**
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. **Psicooncología. 1. Vol. 4, 133-142.**
- Besteiro-González, J. L. y García-Cueto, E. (2000). Utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión mayor. **Psicothema. 4. Vol. 12, 557-560**
- Die.Trill, Ma. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. **Psicooncología. 2-3. Vol. 4, 405-415.**
- Erickson, H. M. (2005). **Seminarios de introducción a la hipnosis: California, 1958.** México: Alom editores.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. **Psicooncología. 1. Vol. 1, 67-86.**
- Gallar, M. (2001). **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.** Madrid: Thomson Paraninfo.
- García-Camba, E. (1999). **Manual de psicooncología.** Madrid: Ediciones aula medica.

Grupo Centro Ericksoniano de México (s. f.). **Milton H. Erickson**. Tomado de la página electrónica: www.hipnosis.com.mx, consultada el 15 de agosto de 2009.

Hernández, M., Cruzado, J. A. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al Psicooncólogo. **Psicooncología. 1. Vol. 4, 179-191.**

Huffman, K. (2008). **Psicología en acción**. México: Limusa Wiley.

Krause, G. (2007). **Tejiendo sueños y realidades: Aportaciones del paradigma holográfico a la psicoterapia ericksoniana**. México: Alom Editores.

Labrador, F. J. y Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. **Psicooncología. 1. Vol. 1, 51-66.**

Makhoul, I. (2008). **Fisiopatología y Epidemiología de Cáncer de mama**. Tomado de la página electrónica del Portal Medcenter Medscape: www.medcenter.com, consultada el 13 de mayo de 2009.

Monsalve, V., Gómez-Carretero, P. y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: Un estudio de revisión. **Psicooncología. 1. Vol. 3, 139-152.**

Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. **Psicooncología. 1. Vol. 5, 93-102.**

Ordi, G. H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: Implicaciones para la psicooncología. **Psicooncología. 1. Vol. 2, 117-130.**

Ordi, G. H. y Miguel-Troval, J. J. (1994). Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis. **Psicothema. 1. Vol. 6, 27-38.**

Pieró, G., Corbellas, C., Camps, C., Sánchez, T. P., Godes, Ma., D'Ambra, M. y Blasco, A. (2006). Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. **Psicooncología. 1. Vol. 3, 9-17.**

Polo, S. M. A. (2004). **Tanatología y duelo: Con enfoque gestalt y humanista.** Ciudad de México: mc editores.

Polo, S. M. A. (2006). **Tanatología del siglo XXI.** Ciudad de México: mc editores.

Robles, T. (2007). **Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia: Quince años después.** México: Alom Editores.

Robles, T. (2005). **Manual del grupo de crecimiento.** México: Alom Editores.

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico en enfermos de cáncer. **Psicooncología. 1. Vol. 3, 19-34.**

Vega, R. B., Ortiz, A. y Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. **Psicooncología. 2-3. Vol. 1, 263-282.**

Vidal, Ma. L., Sánchez, T. P., Corbellas, C., Pieró, G., Godes, Ma., Blasco, A., Caballero, C. y Camps, C. (2007). Estudio descriptivo sobre el recuerdo del paciente tras la comunicación del diagnóstico y del pronóstico en oncología. **Psicooncología. 1. Vol. 4, 21-33.**