



---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“EL APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE EN FASE  
TERMINAL DE CANCER (DIFERENTES TEORIAS Y SUS  
CONTRASTACIONES)”**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

**LÓPEZ GARCIA ALMA ELENA**

Directora: Mtra. Rosa Isela Ruíz García

Dictaminadores: Mtro. Rogelio León Mendoza

Lic. Esteban Vaquero Cázares



Los Reyes Iztacala, Edo. de México 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.

## Dedicatorias:

A mi madre: por ser ese motor que lleno mi vida de sueños y realidades, por creer siempre en mí y por que ese gran amor que nos tenemos que no mancha ni la distancia ni el tiempo.

A mi padre: por que siempre fuiste el que me dio las medicinas y la fuerza para no darme por vencida en las enfermedades, porque en cada momento de esta difícil elección de ser profesionista aparecías como la inspiración y la necesidad de que vieras que en gran parte lo hacía por llenarte de orgullo.

A mi hermano Nachito: por tus palabras de aliento desde que era niña, por ese ejemplo que sembraste como hermano mayor, por tu cariño incondicional, por decirme que cada lagrima y cada momento de dolor valía la pena.

A mi hermana Paty: gracias por preocuparte y dedicarme tu tiempo y no dejar que la enfermedad me dejara sorda, por apoyarme con lo que no te sobraba y saber que siempre me llevas en tus pensamientos.

A mi hermana Lety: por darme la oportunidad de ratificar que no me equivoque en la elección de mi profesión, por ese apoyo incondicional en esas largas noches donde me consumía el cansancio y la incertidumbre, tu voz siempre me acompañó.

A mi hermana Bety: por estar siempre ahí, por acogerme en tu familia cuando las cosas no me favorecían, por enseñarme el valor que llevo dentro, y por creer en mí cuando quizá nadie podía hacerlo.

A mi hermano Antonio: por ser mi compañero de juegos en la infancia, por enseñarme a tener valor aun estando solo y muy lejos.

A mi hermana Carito: por que tu vida ha sido una lección para todos nosotros aunque quizá muchas cosas no las entiendas sé que nos amas a tu manera.

A mis sobrinos:

Fito: por ser como un hijo, un hermano, y siempre ser un excelente ser humano, por preocuparte por mí y darme todo ese cariño y paciencia sin demostrar que es una obligación.

Karlita: por tu energía y valor, aunque estés tan lejos de nosotros.

Lily : por creer en mi y llenarme de tu cariño incondicional, por esperarme en la puerta de la casa para preguntarme como me fue en la universidad apenas tu siendo un bebé.

Susy y Azucena: por soportar mis malos humores siempre con una sonrisa.

Itzel : por permitirme enseñarte tus primeras letras.

Jesy: porque con esas lagrimas después de veinte años me dijiste cuanto me quieres y me has llevado contigo.

Joy: por esa valentía con la que enfrentas la vida para criar a tu hijo.

Daniel y Nachito: por que siempre me han dado cariño, y me han permitido estar a su lado en los momentos malos, siempre escuchando mis palabras con respeto.

Daniel y Renata: Por darme esas sonrisas aunque yo no entienda mucho de las películas de niños.

Ilana: Por ser ese sol que ilumina con sus ocurrencias todo lo que le rodea.

Mis cuñadas:

Tina por ser quien me ha escuchado cuando ya no se que hacer, comprender mi enfermedad y darme la fuerza para vencerla.

Laura: Porque me enseñaste que la muerte es una calma, que hay muchas cosas maravillosas que encontrar mas allá... y por que se que tu me recibirás cuando me toque mi hora y no dejaras que tenga miedo.

Mis cuñados:

Toño: por creer en mí, apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida cuando me quede sin nada, por que siempre me has dado enseñanzas y esperanza.

Jorge: por todo tu apoyo comprensión, aunque a veces sea muy enojona agradezco todo el tiempo que dedicaste a que yo tuviera los elementos para poder hacer mis tareas.

Don Manuel Cárdenas: sé que desde donde esté, estará orgulloso de verme realizada, gracias por todo lo que me dio, su cariño, confianza y sobre todo una estabilidad para saber que podía llegar hasta aquí, su recuerdo siempre lo llevaré conmigo.

Mario Cárdenas: gracias por estar a mi lado más de veinte años, sin tu apoyo no habría llegado hasta aquí, este es uno de los tantos sueños que compartimos,

Mis Amigos:

Myriam... que te puedo decir te has convertido en mi mejor amiga, compañera de juergas, mi protectora, mi confidente, quien me impulsa a no caer, quien me levanta cuando me caigo, la seguidora de todas mis locuras y mis puntadas, la que con el tiempo realmente me conoce, mil gracias por ser quien eres por demostrar esa entereza en todo y por ser tan valiente para hacer lo que haces, te quiero mucho.

Cuauhtémoc: amigo de muchos años, mi formador en la preparatoria, quien no me abandono cuando lloraba por no acoplarme a la universidad, hoy mi compañero de trabajo, mi guía para madurar muchas cosas, quien me enseña hoy quien soy y que con su paciencia me ayudó a revisar y corregir la tesis.

Rubiel: gracias por ser un verdadero amigo y por apoyarme en las cosas que emprendo, preocupándote por mi bienestar en el trabajo, respetuoso de mi forma de ser compañero de generación y un orgullo de persona inteligente y preparado.

Alfredito Parra: gracias por ayudarme con mi protocolo sin ti no lo habría terminado.

Viky: hermanita del alma, sin tus consejos no habría aguantado muchas cosas pero ya estamos aquí y eso es lo que cuenta.

Pili y Feli: gracias por acompañarme en este camino, por apoyarme y ser unas grandes personas.

David: tu sabes que te quiero mucho, gracias por todo lo dado en los momentos más difíciles.

Lupita Camacho: sin la confianza que ha depositado en mí no habría podido terminar este sueño, gracias ya casi termina su obra, espero que la siga llenando de orgullo.

Érica: gracias por ser mi amiga durante tantos años, por brindarme su apoyo y por creer en mí.

Chelita: mi mayor apoyo, gracias por confiar en nuestra amistad.

Dunia: Mil gracias por estar siempre a mi lado en los momentos más pesados de esta travesía.

Gaby, Lety y Emilio... los quiero mucho, no tengo palabras con que agradecerles todas las cosas que han hecho por mí, sobre todo tu hija que siempre me echas porras.

A mis alumnos: gracias por tenerme paciencia, correr conmigo pues sé que nuestras vidas estarán marcadas por siempre, los quiero.

Y gracias a todas aquellas personas que por alguna razón he contado con ellas aunque sea por instantes... se que sus nombres no estarán aquí pero tengan por seguro que los llevo en mi corazón.

## ÍNDICE

INTRODUCCION	3
<b>CAPÍTULO 1</b>	
La Tanatología	5
1.1 La Tanatología: El bien morir o el bien vivir	6
1.2 Antecedentes culturales sobre la muerte en México	10
1.3 Ideas sobre el proceso del morir	17
1.3.1 Aspectos religiosos	18
1.3.2 Aspectos psicológicos	20
<b>CAPÍTULO 2</b>	
El Enfermo Terminal	27
2.1 Enfermedades consideradas como terminales	28
2.2 El cáncer y su incidencia como enfermedad terminal en México	29
2.3 El enfermo con cáncer terminal	33
2.3.1 Necesidades del enfermo terminal	36
2.3.1.1 Necesidades Físicas	38
2.3.1.2 Necesidades Psicológicas	41
<b>CAPÍTULO 3</b>	
Apoyo Psicológico A Enfermos Terminales: Diferentes Enfoques	48
3.1 Enfoques que abordan la intervención psicológica a enfermos terminales con cáncer	51
3.1.1 Modelo Psicodinámico	53
3.1.2 Modelo Humanista	64
3.1.3 Modelo Conductual	68
3.1.4 Modelo Cognitivo	75
3.1.5 Modelo Sistémico	81
<b>CONCLUSIONES</b>	91
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	96

## **RESUMEN**

Hablar del apoyo psicológico que requieren las personas en fase terminal de cáncer es algo muy complicado ya que es importante tomar en cuenta la formación cultural pues esta implica trabajar con las ideas que tiene el paciente sobre el proceso de morir y la muerte misma. El psicólogo que trabaja con este tipo de pacientes requiere de una preparación integral pues se precisa ser empático, con una actitud de servicio solo por mencionar algunas de las características de ésta.

El presente trabajo logró la revisión bibliográfica esencial para integrar los antecedentes culturales del pensamiento y creencias sobre la muerte en México, la clasificación de enfermedades terminales, establecer al cáncer como la principal enfermedad terminal por su incidencia en nuestro país, ya que ataca a las personas sin distinción de edad, sexo o raza. El cáncer no es sólo una enfermedad física, sino también, es un padecimiento social, que va degenerando a los individuos hasta llevarlos a la muerte, por lo que es necesario apoyar a los que la padecen.

El propósito de esta revisión fue la de contrastar diferentes teorías que aborden el trabajo con enfermos terminales de cáncer y proponer cuál podría ser la más adecuada para su atención.



## INTRODUCCIÓN

Existen muchas ideas preconcebidas sobre el cáncer y sobre cómo viven los pacientes con este mal. Por ejemplo: que no todos los pacientes sufren de depresión; que no existe tratamiento para ésta, además de tener siempre una muerte muy dolorosa. La tristeza y la pesadumbre son reacciones normales a las crisis cuando se enfrenta esta enfermedad y todo el mundo las siente en un momento u otro. No obstante, esto es algo en lo que se tiene que poner atención, por lo que es importante distinguir entre los niveles “normales” de tristeza y la depresión así como de aquellos síntomas que la acompañan como es la intolerancia, el enojo o la ira.

Las personas que han recibido un diagnóstico de cáncer pasan por distintos niveles de angustia emocional. El miedo a la muerte, la interrupción de planes futuros, los cambios en la percepción corporal y el amor propio, los cambios de su papel social y su estilo de vida.

Todos los pacientes enfermos de cáncer sienten tristeza y pesadumbre de forma periódica durante el diagnóstico y se hace más evidente si éste es terminal. A menudo, cuando a uno le comunican que padece esta enfermedad reacciona con incredulidad, rechazo o depresión y puede tener problemas de insomnio, perder el apetito, sentirse angustiado y estar preocupado por el futuro, estos síntomas y miedos pueden disminuir con un buen apoyo psicológico que le permitirá a la persona ir ajustando su forma de ver la enfermedad (Clavé, 2000, Barco y Solís, 2003)

Una parte importante del cuidado de pacientes con cáncer es saber reconocer cuando necesitan el apoyo psicológico para atender los problemas derivados por la depresión. Algunas personas tienen más problemas que otras para aceptar el diagnóstico de cáncer y con esto enfrentar una serie de síntomas, como estar triste o desanimado. Este mal afecta al 25% de los pacientes aproximadamente y tiene síntomas comunes que es posible diagnosticar y tratar (Barbosa, 2001, Mohar, Frías-Mendivil, Suchil-Bernal, Mora-Macías, De la Garza, 1997).

Algunas señales de que se ha aceptado esta condición son la capacidad para seguir participando en actividades diarias, y la habilidad para seguir cumpliendo con los papeles de esposo/a, padre, empleado/a y otros. Incorporando las sesiones de tratamiento en sus planes diarios. Esto es gracias a los cuidados y orientación de un terapeuta, además de los

otros cuidados paliativos en el tratamiento de la enfermedad por parte de médicos y enfermeras (Rodríguez, 2002, De la Serna, 2005).

Se pueden ubicar diferentes corrientes psicológicas las cuales han logrado la aplicación de técnicas en el proceso de una enfermedad terminal como lo es la mayoría de las veces el cáncer, estas pueden estar enfocadas en el individuo solamente o en la familia es por ello que el interés de esta investigación está centrada en el apoyo psicológico al enfermo en fase terminal de cáncer.

La intención de revisar diferentes enfoques terapéuticos que hayan reportado intervención psicológica en pacientes en fase terminal así como sus bases teóricas, es obtener un parámetro comparativo el cual puede darnos la posibilidad de valorar cual de los enfoques puede ser una buena opción en intervención durante las crisis y confrontaciones de la problemática en un paciente con enfermedad terminal (cáncer), así de las repercusiones de esto en la familia.

En México existe un aumento considerable de personas con enfermedades terminales, las cuales requieren de un correcto tratamiento y apoyo psicológico primero para entender y aceptar su situación y en segundo término y de manera central para tener una calidad de vida en su proceso de muerte.

Revisar las teorías donde el acompañamiento en este proceso observen un intercambio multidisciplinario (ya que el tratamiento se lleva a cabo el mayor tiempo en hospitales), no solamente como una intervención centrada en un solo individuo, sabiendo que este tipo de eventos involucra a la familia del paciente, así como otros profesionales de la salud.

Contrastar los diferentes enfoques psicológicos que han abordado el apoyo al paciente en fase terminal, valorándolos para sugerir cual teoría puede ser la más viable en la intervención de estos casos.

# CAPITULO 1

## LA TANATOLOGÍA

**La muerte no nos roba los seres amados. Al contrario nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo. La vida si que nos los roba, muchas veces y definitivamente.**

**Francois Mauriac (1905-1970)**

Sorprende que la muerte no sea un gran tema para las diferentes disciplinas que del hombre han surgido, aparentemente, nos ha interesado más la estructura de lo específico y de este modo no hemos reflexionado sobre el tema. El fenómeno muerte se convierte así en una invariante descripción de las sociedades, no en una experiencia individual.

Los distintos planos en que es posible hablar de la muerte, desde el metafórico hasta el biológico, la relativizan como construcción de apariencia particular. Sin embargo, en tanto la muerte de las células y la muerte de las sociedades no mueven a afecto alguno, la muerte de los individuos autoconscientes, sujetos de la praxis comunicativa, produce duelo, añoranza y nostalgia. Es el individuo humano quien vive su muerte, porque tiene la capacidad de saberse destinado a ella. (Lolas, 1997).

La individualidad se liga a la muerte, sólo es posible una mediante la otra. Las formas de morir son tan propias de una sociedad como las de vivir. La noción de la terapéutica como ayuda y acompañamiento del trance de muerte exige examinar el campo en que deben intervenir los profesionales y la forma que tienen que hacer su trabajo.

La muerte y el morir son un campo privilegiado de prueba de las certidumbres y convicciones (todas al fin creencias) que hacen a la vida humana ser humana. La prudencia debida en los oficios llamados éticos (que tratan con personas, sus costumbres y su carácter) obliga a tomar una actitud reflexiva basada no sólo en mitigar yerros, sino prevenirlos y evitarlos. Tal vez en el futuro debamos buscar la ortotanacia, el morir bien sin más ni más, de acuerdo a la propia norma. En este sentido, ha de amortiguarse todo principio con los inevitables llamados a la prudencia desde lo cultural y lo psicológico, para no relativizarlo más, para aplicarlo en la plenitud de su fuerza considerando la circunstancia particular (De la Serna, 2005).

Al darse esta reflexión se crean nuevas necesidades en dirección al tema de la muerte, por lo que se intensifica la necesidad de crearle un campo de estudio y aplicación. Hace poco más de treinta años se desarrolla una disciplina encargada de la atención a los enfermos terminales: la Tanatología. El nombre de esta disciplina proviene de Thanatos, el dios griego de la muerte, hijo de la noche y de Hipnos. Es la ciencia de la muerte, sus manifestaciones y del morir (Martínez-Bouquet, 2004).

### **1.1. La Tanatología: El bien morir o el bien vivir**

**Un viaje es una nueva vida, con un nacimiento, un crecimiento y una muerte, que nos es ofrecida en el interior de la otra.**

**Paul Morand**

Todos los seres humanos adultos, sin importar su procedencia, cultura o creencia, son conscientes de que su existencia material transcurre entre un inicio llamado nacimiento y un final denominado muerte.

Ambos puntos trazan un camino, el de la vida, que puede presentar tantos recodos y cambios de sentido como se pueda imaginar, pero jamás permite volver atrás. Es un río cuyo fluir jamás se detiene, hasta desembocar en el océano de la muerte; su curso no es recto, ni mucho menos, pero mantiene siempre inalterable su tendencia lineal que le lleva desde el oriente hasta el ocaso (Sánchez, 1996; Rodríguez, 2002).

Mucho es lo que se encuentra y abandona durante el trayecto, tanto como para permitir que el caminante (o el navegante, si nos imaginamos inmersos en el río de la vida) acabe creyendo que tal conjunto de circunstancias hilvanadas forman parte de un proyecto, el suyo, que evoluciona de forma progresiva, inmerso en percibirse a sí mismo dentro de sus concepciones culturales donde sostiene la creencia de un ser generador-controlador de todo cuanto existe y sucede, el ser humano logró hacer un fundamento en el misterio de su propia existencia; así, tal como lo muestran los mitos prehistóricos sobre la gran madre o la gran diosa, la vida y nosotros con ella surgíamos del útero universal de esa primera deidad, con función generadora-controladora, y regresaba a ella después de la muerte, para tras regenerarse, volver a la vida de la misma forma como en el modelo de la planta que por analogía, adoptó nuestro primer sentido evolutivo lineal, en este caso circular de la

existencia. Pero la analogía resultó ser tan poderosa y eficaz que hoy todavía subyace, maquillada con diferentes retoques y diversas conceptualizaciones teológicas, bajo todas las formulaciones religiosas (Rodríguez, 2002).

Como humanos que somos, depositamos muchos afectos y esperanzas en los demás, y unimos nuestras vidas y las suyas mediante una tupida red de relaciones emocionales, sociales, laborales, económicas y de dependencia en general, que quedan destruidas con la muerte de cualquier persona. Su extinción es también, en mayor o menor medida, la de una parte de lo que han llegado a ser quienes estaban en relación con ella; mueren lazos comunes, que es algo que nos ayuda a ser, a sentir que somos personas, por eso se tarda en realizar el proceso de duelo y suele ser doloroso.

Aunque el miedo a la muerte puede parecer irracional (Fromm, 1978) no lo es si la vida se concibe como posesión. No sentimos miedo a morir si no a perder lo que tenemos; el temor de perder nuestro cuerpo, nuestras posesiones y nuestra identidad, de enfrentar el abismo de la nada. En la medida en que vivimos, el modo de tener, marca la forma en que tememos a la muerte.

La pérdida del miedo a morir no debe comenzar como preparación para la muerte, sino como un esfuerzo continuo por reducir el modo de tener y aumentar el modo de ser. La instrucción sobre cómo morir es, desde luego, la misma que la instrucción sobre cómo vivir.

Al percatarnos de que nuestra más preciada posesión (nosotros mismos), está destinada a perderse, tanto para nosotros como para los demás, nos resulta absolutamente intolerable, nos desestabiliza completamente, sumando todo esto a la percepción de nuestra vida como un proceso evolutivo lineal, obtenemos como resultado la necesidad ineludible de estructurar sistemas de creencias que avalen como certeza la hipótesis de la supervivencia después de la muerte.

Tomar conciencia de la proximidad de la muerte implica un cambio tan sutil como importante para quien va a morir y para todo su entorno, puesto que ésta deja de ser vista como algo probable dentro de una trayectoria potencial, todos nos moriremos algún día, para convertirse en el horizonte de una trayectoria real, yo me estoy muriendo ahora. Ante esta perspectiva se crea la necesidad de una atención especializada es por ello que la nueva tanatología basada en el principio de cuidar más allá de curar propone disminuir los

sufrimientos de los pacientes en fase terminal (cuidados paliativos), mejorar su calidad de vida, ayudar en la preparación para la muerte, que logren si es posible, un aprendizaje de esta experiencia trascendente, que se reconcilien con la vida, si es el caso. Se ocupa asimismo, de la familia del enfermo terminal durante el proceso de la enfermedad y muerte, de los duelos, y de la reestructuración necesaria de la familia ante el hueco dejado por quien ha fallecido. Se ocupa también de la atención del equipo, sometido frecuentemente a un fuerte stress (Martínez Bouquet, 2004).

Tiene una base interdisciplinaria: medicina, enfermería, psicología, asistencia social, espiritualidad y religiones, justicia, ética, etc. Los integrantes deben cumplir su función específica en equipo, y entre ellos debe haber quienes sean idóneos en dialogar en su calidad de seres humanos con otro ser humano que se pregunta por el sentido de la vida, la muerte, la enfermedad y el sufrimiento.

La tanatología puede brindar su mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en períodos precoces de la detección de la enfermedad terminal. Además del tratamiento de los síntomas físicos y del cuidado corporal, es necesario ocuparse del nivel emocional: brindarle compañía; favorecer la satisfactoria relación persona a persona y de con quienes lo cuidan ( la familia, los amigos, los miembros del equipo de tanatólogos y, eventualmente, otros enfermos); mejorar la calidad de la vida emocional , su productividad, si el paciente está en condiciones de trabajar, ayudarlo a poner sus cosas en orden, preparándose para irse, despidiéndose de las personas queridas y poniendo en orden sus pertenencias para el momento en que ya no esté; facilitar la expresión de los distintos sentimientos que se suceden a lo largo del proceso que precede a la muerte, guiarlo y afirmarlo para que pueda mantener su esperanza hacia aquellas cosas que son significativas para él; apoyarlo frente a las ansiedades; mejorar la calidad emocional de su muerte.

Además de atender los aspectos corporales y emocionales, es necesario ocuparse del nivel espiritual: dialogar acerca de las preguntas por el sentido de la vida y de la muerte, de la enfermedad y del dolor, que se elevan frente al paciente; alentarle en su aspiración espiritual; procurarle asistencia religiosa, si la requiere, por intermedio de sacerdotes miembros del equipo llamados para esta ocasión.

Las variantes tradicionales de la Tanatología se ocupaban de los cadáveres. La nueva tanatología, que surgió hace tres décadas, se ocupa de las personas, atención de los

pacientes terminales y de sus familias. Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: la doctora Cicely Saunders, enfermera, y la doctora Elizabeth Kübler-Ross, médica (Chanes, 2002; Martínez Bouquet, 2004).

La enfermera Cicely Saunders desarrolla la orientación llamada hospice en 1967, en Inglaterra. Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad. Más que un lugar físico en donde la persona va a morir con dignidad (que también lo es) es una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta (Rodríguez, 2002; Martínez Bouquet, 2004):

- a) El control del dolor y otros síntomas que se presenten.
- b) La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse. Por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlos.
- c) El paciente tiene derecho a saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que se le suministran, esto no quiere decir que se le abrume con información no solicitada sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta dónde esa persona puede tolerar la información.
- d) El apoyo a la familia que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores).
- e) El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

La doctora Elizabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra suiza, profesora de psiquiatría de la universidad de Chicago, comienza en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales.

Propone modos de aproximación a sus ansiedades. En 1969 publica su primer libro: Sobre la muerte y los moribundos. Describe en los pacientes terminales cinco estadios psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones:

- 1) La negación y aislamiento
- 2) Rabia,
- 3) Negociación,
- 4) Depresión y
- 5) Aceptación.

La muerte es una realidad compleja y profunda, compleja, porque hay muchos modos de morir, como hay muchos modos de vivir. Y es una realidad profunda, porque afecta a lo más hondo de la persona, no es fácil hablar de este tema, o escuchar a alguien que va a morir hablar de ello.

Posiblemente los cambios culturales y los avances en la medicina y en la asistencia a los enfermos, sean ambivalentes; es decir, pueden tener cosas buenas y no tan buenas en orden a favorecer o entorpecer un morir más humano.

Una educación de los adultos y de los niños al respecto puede ayudar a integrar de forma equilibrada esta realidad en su escala de valores vitales.

## **1.2. Antecedentes culturales sobre la muerte en México**

**No existe la muerte, sólo cambian las condiciones de vida**

**Séneca**

Para los antiguos mexicanos la oposición entre la muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La muerte no era el fin natural de la vida, sino la fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía



insaciablemente. La función de la vida era desembocar en la muerte por medio del sacrificio (Paz, 1986; De la Vega, 2003; Galavíz, 2004).

El pueblo mexicano tiene dos obsesiones: el gusto por la muerte y el amor a las flores. Antes de que nosotros habláramos castilla hubo un día del mes consagrado a la muerte (De la Vega, 2003; Galavíz, 2004). La vida se prolongaba en la muerte y a la inversa. Esta afirmación encuentra plena confirmación en los testimonios escritos y arqueológicos que nos hablan de cómo los pueblos nahuas concebían la muerte. Para esta cultura, los cuerpos de los individuos tenían que ser incinerados o enterrados, para que así la tierra (gran diosa madre) los recogiera en su seno. Para esta cultura la muerte era algo más que un simple sentimiento religioso, tal vez le daban un sentido de amor a la vida, de manera que la muerte ponía fin a una vida muy apreciada.

Basados en estos testimonios podemos señalar a los aztecas como promotores de uno de los más notables cultos a la muerte que registre la historia. El dato más sorprendente de ese culto lo constituyen los sacrificios humanos que tanto horror causaron en conquistadores y cronistas, y que siguen contrariando nuestra sensibilidad. Estos ritos sangrientos, sin embargo, no han sido interpretados de manera satisfactoria por todos los historiadores. Rescatando sus aspectos fundamentales: la divinidad se ha sacrificado para que haya vida en el mundo; toca a los hombres corresponder al sacrificio divino ofreciéndole lo más precioso de sí mismos, la vida, la propia sangre y transformándose de ese modo en colaboradores con la divinidad a fin de que la vida continúe sobre la tierra (Paz, 1978; De la Vega, 2003; Galavíz, 2004).

Cabe preguntarse hasta qué punto la esfera gobernante de la sociedad azteca tenía fe en esa pretendida justificación cósmica del sacrificio humano y en qué grado usaba la religión como parte de una superestructura al servicio de los intereses y necesidades de su control absoluto y tiránico. Como quiera que sea, la doctrina oficial era la de ser admitido en la Casa del Sol. Este privilegio estaba reservado a los guerreros muertos en la batalla o en la piedra de los sacrificios. Tonatiuh, el sol, tenía en Huitzilopochtli (el dios propio de la tribu azteca) una de sus principales encarnaciones.

Los hijos predilectos del sol eran los guerreros que morían en la batalla o inmolados en la piedra de los sacrificios; por eso los recogía en su Casa, en su paraíso del oriente, donde gozaban de su presencia, y en prados y bosques celestes, se divertían haciendo

simulacros de luchas; cada mañana, al aparecer el sol por el oriente, lo saludaban con gritos de júbilo, golpean sus escudos y lo acompañaban hasta el cenit.

La religión azteca implicaba también la fe en un paraíso de occidente. Lo mismo que el oriental, formaba parte del reino del Sol: era morada de las mujeres muertas en el primer parto. A estas mujeres se les otorgaba el mismo rango que a los guerreros perocidos en la batalla. Los aztecas adoptaron también (tomándolos de los antiguos toltecas) los mitos que se refieren a Tláloc y con ellos, la convicción de que existía un paraíso, el Tlalocan, a donde iban los difuntos que habían perocido ahogados o fulminados por el rayo, víctimas de la lepra, hidrópicos o sarnosos, o a causa de cualquier enfermedad de las que se consideraban relacionadas con las divinidades del agua.

Los que no habían sido elegidos ni por el Sol ni por Tláloc, al morir descendían al Mictlán pasando por una serie de pruebas antes de alcanzar el descanso definitivo. Esas pruebas eran nueve y, en cierto sentido, correspondían a otros tantos estratos del inframundo, cada uno más profundo que el anterior, la creencia en esas pruebas estaba muy relacionada con ciertos detalles de los ritos funerarios, por ejemplo, la costumbre de enterrar un perrito con el muerto, dependía de la convicción que éste tenía que superar el caudal de un río subterráneo y sólo el perrito podía auxiliarle en ese trance. A todos aquellos que iban al Mictlán se les practicaba la incineración.

En el momento en que los sorprendió la conquista, los aztecas practicaban el más heterogéneo politeísmo, no obstante la existencia de corrientes que tendían a simplificar el panteón azteca agrupando a varias divinidades como manifestaciones diferentes de un mismo dios. Es muy importante aclarar que la tribu azteca fue la última en establecerse en el Valle de México y sus alrededores, y que llegó a esos parajes tan desprovista de un pasado cultural sólido que se adueñó enseguida del marco espiritual implantado allí por los pueblos que habían florecido con anterioridad, especialmente los toltecas.

Los mayas (otra cultura representativa de nuestro pasado) creían a tal grado en la unidad vida-muerte que inclusive pensaban en la trasmigración de las almas que otras filosofías han establecido en el campo del pensamiento humano. El maya no solamente consideraba la existencia de la reencarnación, sino que inclusive puede propiciarla y controlarla con rituales mágicos.

Desde sus inicios la cultura mexicana ha mantenido una relación cercana y hasta reverente hacia la muerte, relación que con el tiempo se convirtió en un culto que llegó a extenderse por muchos rincones y civilizaciones del México antiguo, ejemplo de ello son los mazatecos de la sierra de Oaxaca que tienen en sus altares templos pequeños donde hay una gran cantidad de ritos y la imagen de la muerte, a la que le rezan o la invocan (De la Vega, 2003).

La colonización española logró disminuir el culto a la muerte, pero no erradicarlo, de manera que permaneció oculta hasta el siglo XIX cuando ocurrió el resurgimiento a su devoción, aunque la iglesia católica condena esta veneración, denominándola como pecaminosa, algunos asocian esta práctica con la iglesia (Martínez, 2004). Durante esta época colonial se le siguió rindiendo culto a la muerte, quizá con menos fuerza que antes aunque siempre latente. Prueba de ello son las calaveritas de azúcar, de amaranto, de chocolate y aún de los más diversos materiales que abundan por el día de muertos. Es probable que por esa época desembarcara, procedente de Europa, una leyenda que se mezcló tanto con las tradiciones mexicanas como con las de otras partes del continente americano. En esta historia se presenta la muerte como la madrina de algún afortunado a quien se le otorga el don de saber quién morirá o vivirá con tan sólo fijarse si aparece en la cabecera o a los pies de la cama de un enfermo.

De la época colonial procede la primera noticia del culto a Nuestra señora de la Santa Muerte, en las minas de Zacatecas. Ahí, fueron los mineros quienes se acogieron a ella para que los protegiera en la difícil tarea de extraer los preciados metales de la tierra. La figura que representaba a esta Santa Muerte fue consumida durante un incendio, aunque aún se venera en aquel estado (Paz, 1978; Martínez, 2004).

Una vez consumada la independencia de México las tradiciones en torno a la muerte se mantuvieron vigentes, sin embargo, no fue sino hasta finales del siglo XIX cuando resurgió el interés por representar a la muerte participando en diversas actividades gracias al ingenio de José Guadalupe Posada, quién inmortalizó a la célebre Catrina, la calavera que pela los dientes sonriente y que se paseó durante todo el porfiriato como siniestro y burlón augurio del millón de muertos que trajo la revolución.

Sin embargo, poco antes de que México se llenara de pólvora y cadáveres, se propagó una historia bastante ambigua en torno al nacimiento al culto a la Santa Muerte, se

dice que a finales del siglo XIX, en Córdoba, Veracruz, vivió un brujo (Chamán) a quién se le apareció la Santa Muerte para pedirle que difundiera su culto con el propósito de ayudar a quienes lo necesitaran.

En especial, prometió auxiliar al pueblo de México que nunca se había olvidado de ella. El chamán obedeció y desde entonces el culto se extendió por todo el territorio nacional. Ya sea leyenda o verdad, lo cierto es que la veneración por esta imagen creció de tal suerte que hoy, incluso, es conocida más allá de nuestras fronteras. En la actualidad, el culto a la Santa Muerte crece todos los días. Basta con echar un vistazo a mercados como el de Sonora, en la ciudad de México, donde su imagen es más popular que la de los santos tan milagrosos como San Judas Tadeo o San Martín Caballero. También se le ve con frecuencia colgada al cuello de transeúntes, estudiantes, amas de casa, profesionistas, hombres y mujeres de negocios, artistas, comerciantes y un sin fin de personas que han encontrado en ella refugio y protección.

También en la época colonial (1521-1821), la idea prehispánica de la inmortalidad del alma se vio reforzada por la religión católica, que instituyó dos días para el festejo de Todos los Santos y los Fieles Difuntos, el 1 y 2 de noviembre, respectivamente. En ella los mexicanos se burlan de la muerte, le hacen fiesta, bailan con ella, la caricaturizan, la acarician, y en ocasiones decían: más le temo a la vida, no le temo a la muerte (De la vega, 2003; Martínez, 2004).

Al lograrse la Independencia, a decir de algunos historiadores, se dio fusión de las costumbres prehispánicas con el nuevo orden introducido por los misioneros y dio como resultado el mestizo Día de los Muertos. La tradición de honrar a los muertos pertenece a las culturas de la antigüedad, no obstante que el papa Gregorio IV institucionalizó en el siglo IX los festejos para honrar a los difuntos. Los festejos de muertos llegaron al continente americano con los españoles, quienes con la conquista influyeron para que esa celebración se estableciera en la Nueva España, hoy México, y otras partes llamado Nuevo Mundo. A partir del siglo XVIII la muerte dejó de ser algo terrorífico para representarse como una figura amable ya que desaparecen los antiguos altares con cráneos para dar aparición a las cruces atriales.

La cultura en la que hemos sido educados muchos de nosotros nos hace aceptar la idea de que se puede demorar la muerte o cuidarse de enfermarse, a la vez que aumentan las

conductas evitadoras o protectoras y un gran mensaje de un mundo feliz que permite ocultar una verdad de la que no queremos saber: la salud no es el camino para eludir la muerte.

Según algunos sociólogos, la muerte es para el mexicano actual algo que atrae, con quien convive a diario, de quien se burla y con quien juega, es nuestra mejor y peor amiga, la muerte es parte de nosotros mismos.

En épocas anteriores de nuestra sociedad los hombres morían con serenidad y calma acompañados de sus seres queridos (Sherr, 1992) sólo en la actualidad han cambiado las cosas debido al gran miedo que existe en torno a la muerte.

El hecho de morir fue en otra época un asunto mucho más público que en la actualidad. Tanto el nacimiento como la muerte tenían un carácter público en mayor medida que hoy; eran acontecimientos sociales, menos privatizados que en la actualidad, no hay más característico de esta actitud que el temor que muestran los adultos a familiarizar a los niños con los hechos relacionados con ella,; se reprime la muerte tanto a nivel individual como social. Se les ocultan a los niños los hechos más sencillos de la vida por un oscuro sentimiento de que su conocimiento podría dañarles, hechos que forzosamente han de conocer y comprender. La dificultad reside, tanto en comunicarles en sí la existencia de la muerte, como el hecho de que alguien querido va a morir o ha muerto. Ésta renuencia de hablar con los hijos de la muerte tal vez se deba a que piensan que podrían transmitirles sus propias angustias, su miedo a la muerte; hacerles saber que su propia vida es finita, como la de los demás seres humanos, tendría un efecto benéfico, sin duda. El pudor que muestran los adultos en nuestros días a enseñar a los niños los hechos biológicos de la muerte es una característica específica del esquema de civilización dominante en la actual etapa.

Barco y Solís (2003) afirman que el actual concepto de la muerte y la forma de tratar a una persona que se está muriendo, se caracteriza por la represión masiva y la negación de este curso natural de todos los seres vivientes.

Diversas investigaciones han demostrado que las consideraciones sobre la muerte, en el pensamiento del hombre son causa de ansiedad (Barco y Solís, 2003; De la Serna, 2005) la ansiedad es un estado caracterizado por sentimientos de aprensión y tensión

conscientemente percibidos por el sujeto, tal vez la causa fundamental del miedo impide concebir la muerte como un fenómeno o proceso natural, como el destino de todos los seres y como un factor importante en la naturaleza, en su continuo proceso de transformación de todo.

La muerte es una realidad y una parte natural de la vida misma, que hace que todos seamos iguales. Para alcanzar la plenitud en la vida hay que enfrentarse adecuadamente con las penas, el dolor y la muerte.

Nuestros antepasados indígenas no creían que su vida y su muerte les pertenecían; sacrificio y salvación eran impersonales, con esto conseguían la salvación del mundo. Para los mexicanos actuales, en cambio, muerte y sacrificio son personales porque el individuo es muy importante. Cabe mencionar que también existe algo en común entre estas dos concepciones la vida se justifica y trasciende en la muerte.

En la actualidad nadie piensa en la muerte, o mejor dicho, en su propia muerte. No se quiere hablar de ella pero la frecuentamos, nos burlamos o la festejamos, Octavio Paz (1986) opina que la indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre de su indiferencia ante la vida, una civilización que niega a la muerte, acaba por negar a la vida.

La muerte es parte de la existencia humana y universal, pone límite a la vida, a nuestros proyectos a realizar, a nuestras metas, al futuro. Cada día es único, hay que enfrentarlo porque es lo que le da valor y sentido a la vida.

Se sabe que la muerte va llegar, y al saber que es un proceso natural y que gracias a la ciencia se puede alargar la vida, se amortigua la inquietud. La muerte, cuando se acepta, es un acto de amor. Muchas veces hemos escuchado que desde el momento en que nacemos, estamos listos para morir, pero la mayoría no lo creemos, hasta que nos acercamos al final de la vida. Es frecuente que cuando mencionamos a la muerte, externamos nuestra preferencia por que ésta aparezca rápida y súbitamente. Es comprensible querer ocultar el sufrimiento y el deterioro del proceso de morir, pero la muerte es un suceso universal que puede vivirse bien y en el cual podemos cerrar la última página de la mejor manera posible y con calidad de vida.

El hombre no está consciente de que la muerte puede llegar a él en cualquier momento, sin embargo; esta situación no deja de ser una realidad en su vivir, lo que el

pensar en ello; le implica redefinir esa inconsciencia para sobrellevar con naturalidad éste proceso natural de su existencia.

### **1.3. Ideas sobre el proceso de morir**

**La muerte sólo tiene importancia en la medida en que nos hace reflexionar sobre el valor de la vida.**

**André Malraux**

La muerte es un suceso natural en la vida de todos los organismos. No obstante, el ser humano (el único ser vivo que sabe que va a morir) la experimenta, causándole gran expectación debido a todas las repercusiones psicológicas sociales y económicas que implica. El resultado sobre las discusiones del proceso de morir son: la mortalidad y la muerte sólo pueden definirse mediante negaciones que no sean objeto de experiencia inmediata sino de deducción, no debe inducir a la idea errónea que son concepciones irreales o metafísicas, al contrario, debemos atribuirles la máxima virtualidad entre todos los ingredientes consecutivos de nuestra vida (Clavé, 2000; Rodríguez, 2002; Barco y Solís, 2003).

El miedo a la muerte llegó a México con la Conquista Española en el siglo XVI. Las antiguas culturas mesoamericanas aseguraban que después de transcurrir 4 años del deceso, el muerto llegaba a su destino final, un lugar de descanso y paz, lo cual propiciaba que la muerte no se percibiera con temor, pero si se temía a la vida, no obstante, con el paso del tiempo, el miedo ante la muerte se ha complejizado e incrementado.

Aunque se han creado numerosas concepciones acerca de la muerte una explicación satisfactoria dependería de las creencias de cada persona y de las categorías explicativas (espirituales, científicas, etc.), que se utilicen, las cuales dependen de la educación y de las perspectivas que de ésta se tengan, es decir, el considerarla como una catástrofe o como un suceso necesario que proporcione tranquilidad pese que tal vez nunca la aceptemos conscientemente.

### **1.3.1. Aspectos religiosos**

**Estad preparados porque no sabéis ni el día, ni la hora**

**(Mateo 25, 13)**

En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino.

Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la iglesia. Los cristianos creen que gracias a la resurrección de Cristo, el mundo se salvó de la muerte y del pecado y que de ésta forma da nueva vida a quienes crean en él. Ésta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en Cristiano a través del rito del bautismo.

El creyente recibe el don del Espíritu Santo en el bautismo, y su compromiso con Jesucristo se reafirma posteriormente en vida a través de la confirmación o comunión cuando se permite al creyente recibir el sacramento de la Santa Eucaristía (el cuerpo y la sangre de Cristo) en forma de pan y vino bendecidos por el ministro oficiante o sacerdote.

Dentro de la tradición cristiana, varios grupos religiosos tienden a hacer énfasis en varios aspectos. Algunos le conceden mucha importancia al oficio de la palabra bíblica, otras a los sacramentos, y otras enfatizan ambas de igual forma. Algunas personas en estado terminal y sus familias están muy claras acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir al morir, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo se les debe brindar a los pacientes toda clase de oportunidades para prepararse a morir en la forma en que desee y para ver al sacerdote o ministro (Sherr, 1992; Clavé, 2000).

El paciente católico normalmente deseará ver un sacerdote y recibir la extremaunción. En un principio esto se asociaba con los últimos ritos, pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte (se administra de manera similar en la iglesia Anglicana).

Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la sagrada comunión y la unción con aceite. Este servicio puede dar mucha tranquilidad a los parientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se torne muy aprensivo.



A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de comendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que son tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle a morir.

Es importante hacer notar una diferencia entre las necesidades espirituales y religiosas de las personas en momentos de enfermedad y de angustia. A menudo la gente habla de satisfacer las necesidades espirituales del paciente en agonía cuando la discusión indica que en realidad solamente han demandado las necesidades religiosas de esa persona sin importar cuáles puedan ser.

El término religioso se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad, esto puede manifestarse como la necesidad de ver un sacerdote, de solicitar a un capellán, tener tiempo para meditar o rezar, recibir los sacramentos.

El término espiritual se refiere a lo que concierne a las últimas consecuencias y a menudo es contemplado como una búsqueda de significado. Los aspectos espirituales pueden manifestarse a través de cuestionamientos tales como: ¿Por qué me sucedió esto a mi?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué he hecho para merecerme esto?, ¿Qué soy ahora que me ha pasado esto?, Ya no me siento una persona completa. Estos cuestionamientos son más espirituales que médicos y pueden ser dirigidos a cualquier gente que se encuentre cerca. Cuando una persona está tratando de encontrarle algún significado a una experiencia personal mirará hacia muchas direcciones, empezando con las cosas que lo han hecho encontrar un sentido en el pasado. Esto puede ser su cultura o que la persona ha desarrollado una filosofía de la vida que ha dado siempre respuesta a lo que busca y por tanto le permite enfrentarse a lo que le sucede (Rodríguez, 2002).

Este acercamiento filosófico puede no tener nada que ver con la religión, ni en forma popular ni en su manifestación ortodoxa. Otros pueden expresar su creencia en Dios que nunca se ha manifestado o practicado dentro de una religión ortodoxa, o la han buscado para trascender. La llegada de un cura puede ser contemplada como una oportunidad concedida por Dios para desahogar su ira o para encontrar respuesta a sus

cuestionamientos. Si el paciente desea manifestar estos cuestionamientos entonces los asistentes necesitan establecer una buena relación de confianza en donde el paciente se sienta seguro de compartir algunas reacciones de dolor y de placer ante lo que está ocurriendo (Barco y Solís, 2003).

### **1.3.2. Aspectos psicológicos**

**La muerte es una quimera: Porque mientras yo existo, no existe la muerte; y cuando existe la muerte, ya no existo yo.**  
**Epicuro de Samos**

Uno de los aspectos más relevantes respecto a la muerte, es la gran diversidad de sentimientos que provoca y todas sus implicaciones. Por ello, la muerte puede provocar un sin fin de sentimientos mezclados que afectan la vida cotidiana de las personas, nuestro encuentro con escenas agonizantes y nuestro trato con la muerte dejan en nosotros la impresión de amenaza, de peligro y la paz y la serenidad parecen actitudes frívolas.

De la Serna (2005) plantea que el miedo a la muerte no es nada más que el miedo a lo desconocido, no hay como conocer la propia muerte, pues no se trata de lo opuesto de la vida, y si de algo que se desconoce. Lo que en verdad se teme, es perder lo que ya se conoce. En cuanto al individuo se preocupa por descubrir lo desconocido (la muerte) no se mira a sí mismo (lo conocido). El miedo a la muerte está así estrictamente ligado al miedo a la vida. Generalmente, las personas que no tienen miedo a vivir, no temen morir, la idea de muerte no tiene carga emocional.

El miedo a la muerte puede ser visto como una manifestación de pobreza espiritual, de escaso poder de voluntad, como medio de control social, como producto de las habilidades y destrezas propias del desarrollo, como una respuesta ante un procedimiento aversivo y como una patología. Investigaciones muestran que el miedo a la muerte es menor en ancianos, mayor en adolescentes y mucho mayor en adultos; aparentemente es mayor en las mujeres que en los hombres, quienes temen más al desamparo de sus familias que al dolor físico como lo hacen las mujeres (Sucheki,1989; Sánchez,1996; Rodríguez,2002).

La fuerza del miedo ante la muerte puede estar determinada por el momento en que ésta se presente, la situación específica y la persona a la que la muerte le rodea, entre otros factores. De la Serna (2005), explica que lo que hace tolerable el miedo a la muerte es su localización en el tiempo y el espacio, virtud que permite a la persona resistirlo y manipularlo.

Debido a que el miedo a la muerte es un sentimiento muy fuerte y diverso, se pueden identificar varios tipos de miedo a este suceso:

- **Miedo a lo muerto:** se refiere a las reacciones ante las personas o animales que han muerto, así como a toda circunstancia u objeto que involucre estar en las proximidades de ellos, el miedo a los cadáveres es menos directo que el miedo al acto de morir.
- **Miedo a ser destruido:** se relaciona con la destrucción del propio cuerpo en manos de otras personas después de morir, por ejemplo para investigaciones, donación de órganos o cremación.
- **Miedo por personas significativas:** cuando uno tiene miedo a que alguien muera suele deberse a que lo amamos, pero este miedo puede responder a motivos menos altruistas, al morir un ser querido mueren también nuestras esperanzas, nuestras aspiraciones y nuestros goces, por lo que hay que considerar las implicaciones emocionales de un estado de pérdida con carácter de irrecuperable.
- **Miedo a lo desconocido:** se refiere a las creencias mágicas y religiosas seguidas de las reflexiones de tipo existencial en relación al fenómeno (ya explicadas en los aspectos religiosos).
- **Miedo fóbico a la muerte:** es el miedo a ser enterrados vivos, sin embargo, con el estado de la medicina actual, este fenómeno ya no es aceptable ya que es necesaria la expedición de un certificado de defunción firmado por un médico para proceder a los funerales.
- **Miedo a la muerte prematura:** se refiere a la amenaza de no cumplir con las metas en la vida. Cuando se habla de muerte prematura comúnmente se piensa en

niños, adolescentes o adultos jóvenes; sin embargo, lo prematuro no sólo debe concebirse en función al número de años vividos o a etapas de desarrollo transitadas, también puede referirse a eventos específicos, como sería el caso de un abuelo que espera ver nacer a su nieto, a unos momentos más de vida, o por ejemplo en el caso de aquellos que esperan alcanzar arrepentirse de sus culpas.

Además, el término prematuro se convierte en algo subjetivo cuando se refiere a fenómenos que dependen de innumerables factores biológicos, sociales y económicos. La edad que se tenga es determinante para experimentar el miedo a la muerte, por ello se han realizado numerosas investigaciones para conocer hasta que punto una persona le teme a este suceso, Rodríguez (2002) describe que los ancianos tienen menos miedo a la muerte debido a que creen que ya han tenido su parte justa de la vida y se sienten preparados para morir, en contraste los jóvenes no han alcanzado aún sus metas en la vida y por lo tanto, pueden tener miedo de que la muerte les arrebatase lo que en derecho les corresponde, los ancianos tienen más contacto con la muerte por que han sobrevivido a la de muchos amigos y seres queridos. También es posible, que hayan perdido el interés por la vida debido a la decadencia física, a las enfermedades y a las pérdidas personales.

Otro de los sentimientos que provoca frecuentemente la muerte es la ansiedad, la cual es un estado cognoscitivo que se caracteriza por sentimientos de tensión produciendo cambios en la percepción y en el conocimiento, siendo el miedo lo que impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres vivos y como un factor fundamental de la naturaleza en su constante transformación de todo.

Para Rogers (1978) el individuo tiene la necesidad de afecto o apoyo de otros. Empieza evitando y buscando experiencias propias porque las discrimina como más o menos dignas de auto consideración, así, el individuo adquiere condiciones de valía; entonces se protege de las experiencias que percibe, que no encajan en estas condiciones de valía. El proceso de defensa frente a esta amenaza consiste en la percepción selectiva o la distorsión de la experiencia y/o completa negación de la misma o parte de ella. La ruptura de estas defensas, y la posterior toma de conciencia de la incongruencia mencionada, produce ansiedad.

La ansiedad, como cualquier otro tipo de comportamiento presenta diversas manifestaciones conductuales, las cuales incluyen desasosiego, temblores, jadeos, expresiones faciales de temor, tensión muscular, falta de energía y fatiga (Cerezo, 2001).

La ansiedad ante la muerte es la que se experimenta en la vida diaria, no al afrontar situaciones en las que se ve amenazada la propia vida. Lo que más nos interesa es la ansiedad que causa la anticipación del estado en el que uno está muerto, excluyendo los aspectos relacionados con el miedo a morir o a la muerte de otros seres queridos. Además, el término ansiedad tiene una connotación de malestar inespecífico y confusión que la distingue de otros términos como miedo o amenaza.

La ansiedad ante la muerte está determinada por dos factores (Clavé, 2000; Dworking y Karnes, 2002):

1. El que refleja la salud psicológica global, y
2. El que refleja experiencias vitales específicas que tienen que ver con el tema de la muerte.

Se tiene así que la ansiedad ante la muerte puede ser el resultado del sí mismo imaginando un futuro que afronta la muerte. Significa que no es el cumplimiento de los deseos y las irresponsabilidades lo que determina una ansiedad ante la muerte sino el nivel de cumplimiento anticipado. Obviamente, a mayor edad, el cumplimiento actual y el anticipado se vuelven más cercanos y, por lo tanto, todo el tema de la autorrealización y su impacto se vuelve más crítico. Por esto, puede resultar posible una interacción entre la edad y la autorrealización y su impacto en la ansiedad ante la muerte.

La muerte generalmente es angustiante por que al mismo tiempo es principio y fin: fin de un período vital, fin de tantos proyectos, esperanzas, realidades, fin de un modo de existir espacio temporal, pero también es principio para los creyentes, se deja un mundo y se llega a otro.

La esperanza del creyente no suprime el temor o la angustia que provoca naturalmente el hecho de la muerte. Se trata de la angustia existencial y a veces angustia física. Cuando tenemos miedo al futuro estamos viviendo una dolorosa angustia, la cual es generalmente, el primer dolor con el que se enfrenta el que recibe un diagnóstico fatal, para

él o para su ser querido. Quizá lo quiera disfrazar por medio de la negación, pero es muy común que quien padece de angustia, caiga en una resignación patética en sí, aunque nos engañemos creyendo que aceptamos la voluntad de Dios. Resignación y aceptación son opuestos.

Cabe destacar, que la angustia puede orientar a las personas a desvalorar las actividades de su propia vida, haciéndolos que intenten disiparla con una exagerada actividad en su trabajo, lo que no le traería satisfacción, sino que lo provee de cierto estatus social y económico, de esta manera siente y piensa que podrá vencer la enfermedad, olvidándose de vivir y disfrutar la vida con plenitud, cayendo en un círculo donde lejos de sentirse satisfecho de la vida, mayor es su angustia ante la muerte, esto es, se trabaja en exceso para de esta forma espantar a la muerte, pero en este correr se olvida de vivir (Rodríguez,2002).

Así mismo, al pensar que al huir de la angustia ante la muerte vivirá mejor, el individuo deja de percibir que en la propia angustia el refleja la totalidad de su ser.

La existencia auténtica surge del autocuestionamiento, de esa angustia ante la nada. Para que esto ocurra, es necesario que interiorice la idea de la muerte. Sin embargo, la angustia ante la muerte también incluye aspectos positivos: la angustia es el elemento positivo básico para la aceptación de la muerte (Clavé,2000; De la Serna, 2005) se puede resaltar que es posible aprender de la finitud, y no sólo el estado de angustia en un sentido vulgar y corriente, el que ha aprendido realmente a tener angustia, caminará como danzando cuando las angustias de la finitud comiencen a entrar en juego y los aprendices de la finitud pierden la razón y el valor.

Esto es común ya que si recordamos lo mencionado con respecto a la educación de los mayores a los niños, los detalles oscuros de la vida, no se nos enseña a afrontar las situaciones, se nos protege para descubrirla más adelante invariablemente, lo que no nos ayuda a crear esa capacidad para entender y sobrellevar los acontecimientos más difíciles de nuestra vida, y es sin duda la muerte de la que más se nos protege.

La desesperación por la muerte aparece sólo cuando se percibe que no hay más tiempo para probar otra vida cuando se está invariablemente consciente de que se padece una enfermedad terminal. Es como sentir que nada se hizo, por que no hay más tiempo para realizaciones. La visión del límite irrevocable le hace al hombre percibir la necesidad de

hacer algo, y rápidamente. Es la lucha del individuo entre realizarse, realizar su proyecto y las limitaciones que el mundo impone a través de la duración del ser.

La frustración indica que no hay tiempo para hacer aquello que siempre se quiso hacer, ya que no hay tiempo de mostrar al que está muriendo, amor, perdón ni arrepentimiento. Lo cual nos lleva a una toma de conciencia: ante la muerte nos sentimos impotentes. Entonces la frustración se convierte en rabia profunda, rabia que en momentos será enojo o ira, ya sea contra Dios o contra la vida, contra uno mismo, contra el enfermo, contra los sanos y contra quienes lo curan o atienden.

En el enfermo terminal se presentan depresiones, las cuales lo llevan a mostrar frente a las otras personas conductas que los aíslan, que no le permiten comunicar abiertamente lo que necesitan o quieren. Se considera que existen 3 tipos de depresiones (Sherr, 1992; Kübler-Ross, 1997; Rodríguez, 2002):

- **Reactiva:** es una respuesta a las pérdidas reales y simbólicas que sufre el enfermo y su familia, pérdida de salud, de estado, quizá de miembros u órganos, de derecho sobre el mismo cuerpo y la propia vida.
- **Ansiosa:** se refiere a todo aquello que implica desear que el mismo muera o que el ser querido muera. La ansiedad en cambio se refiere al querer vivir. En ésta etapa aparecen síntomas de hipocondría y vuelven a aparecer los sentimientos que se habían superado aparentemente.
- **Anticipatorio:** esta la sufre sólo el enfermo terminal, es la más dolorosa de todas. El enfermo acepta que ya se va a morir y se encierra en un silencio, en un mutismo, en un dolor, tiene que despedirse de todo lo que ama. Vive así, la más profunda soledad, sólo lo vive en su interioridad. El ambiente se vuelve triste, hay que evitar que los últimos momentos, horas, días, semanas del enfermo se tiñan de la separación que nace de una falta verdadera de comunicación.

La evitación de la muerte se asocia con malestar psicológico en adultos y ancianos. En los ancianos la evitación de la muerte se relaciona con la depresión, es posible que la evitación de la muerte impida a las personas afrontar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia pero que, sin embargo, afectan a la

conducta. Cabe señalar que el sentimiento de evitación ante la muerte se presenta de forma generalizada en la sociedad. Al respecto la doctora Kübler-Ross (1997) enfatiza que es la sociedad actual la que rechaza la muerte y sin embargo acepta y produce violencia mortal.

Debido al impacto psicológico que este sentimiento tiene en las personas, a su vez se impacta la sociedad. Kübler-Ross (1997) explica que la sociedad no se contenta con privar al hombre de su agonía, de su duelo y de la clara conciencia de su finitud, no se limita a hacer de la muerte un tabú, a rehusar un estatuto social a los agonizantes, a patologizar la vejez y a negar a los antepasados. Niega la existencia misma de la muerte. La muerte es la nada. Finalmente se destaca que como consecuencia de la negación de la muerte, se tiene la negación de las formas de enfrentarse a ella.

El miedo a la muerte es un velo perverso que resguarda a toda interacción. Muchas personas tienen explicaciones, racionalizaciones y conocimientos acerca de la muerte. Lo que significa para un individuo puede tener diferente implicación para otro. Es importante entender que muchos de los aspectos que las personas temen son tantos acerca de la agonía como los son de la muerte.



## **CAPITULO 2**

### **EL ENFERMO TERMINAL**

**La muerte es una traición de Dios.**

**Mario Bendetti**

Hasta aquí hemos hablado sobre los antecedentes históricos, concepciones y conocimientos de la muerte, resumiendo: existe una gran diferencia entre el concepto de muerte entre los antiguos mexicanos y los de la actualidad que se sumergen en sus creencias religiosas producto de una herencia cultural procedente de la conquista española. La actitud del mexicano ante la muerte funciona como un tipo de mecanismo de control psicológico colectivo que lo hace enfocar su atención en los aspectos de cantidad de vida, frecuentemente ignorando los valores de calidad humana. Es de interés ubicar estos cambios con respecto a los moribundos y su actitud ante el hecho de morir.

Los profesionales de la salud necesitamos conocer el proceso o ciclo de vida para poder ayudar en la etapa final, de manera que la persona moribunda se sienta rodeada de amigos y pueda tomar decisiones que le permita ser él mismo hasta el último momento. Este proceso de vida debe considerar al individuo como un todo; de esta forma, la ayuda prestada será adecuada a sus necesidades psicológicas y sociales, incluyendo por supuesto también sus creencias. Pero, ¿Cuándo consideramos a una persona en estado terminal?, de acuerdo a la definición de Rodríguez (2002):

El estado terminal de enfermedad es el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles.

Los criterios médicos según la Asociación Médica Mundial que se usan para definir la situación de enfermedad terminal son:

Enfermedad causal de evolución progresiva; pronóstico de supervivencia menor de seis meses; estado grave con incapacidad para cuidar de sí mismo, con necesidad de cuidados especiales y deterioro progresivo de las funciones orgánicas básicas; insuficiencia de órgano única o múltiple; ineficacia comprobada de los tratamientos; y ausencia de otros tratamientos curativos.

## **2.1. Enfermedades consideradas como terminales**

**La muerte es dulce; pero su antesala, cruel.**

**Camilo José Cela**

Cada enfermedad tiene un ciclo de evolución caracterizado por el avance de la misma, formando un cuadro crónico, a menos que se pueda evitar con métodos y técnicas adecuadas (medicamentos o fármacos, cuidados especiales o cambiar hábitos y/o estilos de vida). Existen enfermedades muy variables, por su etiología algunas tienen más complicaciones orgánicas, hay otras muy simples; del mismo modo, las hay de menor o mayor repercusión para el buen funcionamiento del organismo, así se pueden encontrar las enfermedades que por su naturaleza no causen mayor deterioro, en tanto otras pueden ser la causa de la muerte de un paciente, dado el grado de avance y deterioro que presente.

Los aspectos de la enfermedad terminal en gran medida definen el tiempo y calidad de vida que puede tener un paciente, con mayor o menos dolor, daño orgánico o funcional, el tiempo y la participación que dispone para su deceso.

Se considera la enfermedad terminal como la fase final de numerosas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los tratamientos disponibles y se alcanza el nivel vital de irreversibilidad.

Deworling y Karnes (2002) apuntan que los padecimientos más frecuentes que cursan hacia alguna enfermedad terminal en los hospitales, son:

- Cáncer
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
- Cirrosis hepática
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Arteriosclerosis ( hipertensión arterial, mío cardiopatía isquémica -angina de pecho y embolia-, diabetes y senilidad)

En la jerga médica también existen criterios de diagnóstico para hablar de enfermedad terminal, Chanes (2002) menciona dos índices de pronósticos que cada unidad de terapia intensiva diseña para tener un criterio de recuperabilidad del enfermo terminal;

el ASTECA (Análisis de Severidad de Todo Enfermo Crítico Admitido) y el segundo que apunta a un síndrome de enfermedad terminal donde los criterios incluyen:

- ❖ Enfermedad causal de evolución progresiva
- ❖ Pronóstico de supervivencia inferior a un mes
- ❖ Estado general grave
- ❖ Insuficiencia de un órgano
- ❖ Ausencia de otros tratamientos activos
- ❖ Complicación irreversible final. Tal es el caso de: infecciones graves y sepsis (invasión del organismo por gérmenes o virus por una cirugía). Fallo respiratorio, hipertensión severa, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave y abdomen agudo (perforación con hemorragia, oclusión intestinal, úlcera perforada o traumatismo).

El objetivo de estos criterios va más allá de definir la enfermedad terminal, sirven para evaluar la posibilidad de sobrevivencia del enfermo; pues ante todo es primordial la calidad de vida que pueda tener el paciente antes de morir.

Aunque la enfermedad terminal puede durar más o menos tiempo, y hasta puede haber errores de diagnóstico y pronóstico, llega un momento en que se produce una complicación irreversible que conduce a la muerte. Entre las complicaciones que proporcionan criterios de irreversibilidad se encuentran las ya mencionadas (Arrabatiel, 2005).

## **2.2. El cáncer y su incidencia como enfermedad terminal en México**

Las enfermedades oncológicas en México representan pérdidas millonarias para los diversos institutos y sistemas de salud que brindan atención médica, debido a que en el país no existe una verdadera cultura de prevención. Tan sólo a principios de la década de los noventa, el hospital oncológico del Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del

Seguro Social (IMSS), gastó 7 mil millones de pesos en atención al derechohabiente, lo que equivale al 2.6 por ciento más del presupuesto anual destinado (Ríos, 1997).

El hospital oncológico del IMSS es uno de los centros más importantes de la República Mexicana y debido a la concentración de especialidades médicas e infraestructura tecnológica, en él se atiende a pacientes de zonas con mayor incidencia de cáncer, como son Morelos, Querétaro, Chiapas, Guerrero y el Distrito Federal. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en torno al padecimiento, en el hospital fallecen mensualmente 35 personas.

A partir de la década de los noventa, los tumores malignos son la segunda causa de muerte en el país (después de las enfermedades cardiovasculares), y de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias de 1993 a 1996, el cérvico-uterino se encontraba en el primer lugar, registrando 22 mil casos por año; luego el de mama, con 11 mil 139; el de próstata, con 6 mil 146; y de ganglios linfáticos, con 4 mil 594 casos, en población general. Del total de los casos de cáncer, el 63.5 por ciento fueron de sexo femenino y el 35.3 de masculino.

Al respecto, el Centro Médico Siglo XXI, determinó a partir de 1996 que esta enfermedad en todas sus manifestaciones ha llegado a cifras alarmantes, de hecho, se estima que hoy en día hay entre 50 y 80 casos por cada 100 mil habitantes, y es la población mayor de 30 años la más propensa a padecerla. Por su parte, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), reveló que de 1950 a 1996 las muertes por cáncer tuvieron un incremento de 68 por ciento. En 1950 fallecieron mil 655 personas de cáncer por cada 100 mil habitantes, y en 1997 la cifra fue de 52 mil 681 defunciones. Aunado a ello, el índice de defunciones es más alto en las mujeres que en los hombres: Los casos de muerte en mujeres son en mayor número por cáncer cérvico-uterino y de mama, lo que representa que 9 de cada 10 fallecen diariamente por estos padecimientos. En lo que respecta a la población masculina, el carcinoma de la próstata es la neoplasia más frecuente en hombres mayores de 40 años, y la primera causa de muerte entre aquellos que rebasan los 65.

Recientemente se constituyó un Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM), en colaboración con la Asociación Mexicana de Patólogos, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Cancerología. En 1995, por

medio del RHNM, se registraron 75, 675 casos nuevos de cáncer en México. Cabe destacar que dicho registro no tiene base poblacional, sino sólo representa la frecuencia relativa de tumores malignos con diagnóstico histológico de un centro hospitalario; sin embargo, ilustra el problema de cáncer en nuestro país a partir de los casos nuevos notificados anualmente (Mohar, Frías, Suchil, Mora y De la Garza, 1997).

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) fue fundado el 25 de noviembre de 1946, con el objetivo de proveer de atención médica a la población mayor de 15 años de edad y con diagnóstico de cáncer; así, los pacientes pediátricos son referidos a centros especializados. En la actualidad, el INCan es un centro nacional de referencia para pacientes oncológicos que no tienen acceso a la seguridad social ni a la medicina privada. También recibe pacientes oncológicos de otros institutos nacionales de salud, dentro de un programa de colaboración interdisciplinaria.

En México el cáncer de próstata es la principal causa de consulta en el departamento de urología, registrando un promedio de 20 casos nuevos mensuales, de los cuales más del 70 por ciento se presenta en estadios avanzados. En general, se considera que la probabilidad de que un hombre desarrolle carcinoma de la próstata durante su vida es de 1 a 6, lo cual está directamente relacionado con la edad. En todos los casos, las terapias para combatir el cáncer tienen un alto costo, pero las cifras son mayores cuando éste se ha diseminado, ya que puede obligar a los especialistas a realizar trasplantes de médula ósea que en hospitales particulares cuesta alrededor de 60 a 250 mil dólares, como en el Hospital General Médica Sur.

En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer avanzado de cuello uterino. En Jalisco, por ejemplo, perecen cada año cerca de 5 mil personas por cáncer, y de acuerdo con Instituto Jalisciense de Cancerología, de los mil 600 casos que atiende anualmente el nosocomio, el 60 por ciento son mujeres. En estados como Guerrero, de las más de 100 variedades del padecimiento que existen, 29.1 por ciento corresponden a un registro de mujeres con cérvico-uterino, mientras que en el Distrito Federal la cifra es de 21.7 por ciento. El cáncer cérvico-uterino se registra con mayor prevalencia en entidades del sur de la República que en las del norte, y esto se debe a diferentes factores que tienen que ver con el medio ambiente, la edad, la dieta y el estilo de vida de las mujeres. Aunque en el 98 por

ciento de los casos la neoplasia puede ser detectada en forma temprana con la citología cervical (papanicolau), la realidad es que sólo 126 mujeres de cada 100 mil entre 15 y 49 años de edad recurren a este examen. De ahí, que en México se presenten 15 mil 500 casos nuevos y 4 mil 500 defunciones por año a causa del mal.

Datos del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer cérvicouterino (PNPCCc) en México de 1999, realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, mostraron que las tasas de uso de papanicolau más bajas se registraron en los estados de Aguascalientes, Oaxaca, Baja California, Tlaxcala y el Distrito Federal.

Las terapias para combatir el cáncer tienen un alto costo que ni los pacientes, familiares e institutos de atención sanitaria pueden cubrir en la mayoría de los casos, ya que la enfermedad no sólo se limita al pago de medicamentos, sino que el afectado además requiere integración familiar, rehabilitación, apoyo psicológico y estudios de seguimiento, señala el hospital Civil de Guadalajara, institución abocada al tratamiento integral de niños con cáncer. Por ejemplo, la terapia en pacientes oncológicos pediátricos varía de acuerdo a su patología, y su costo va desde mil 500 hasta 50 mil pesos mensuales; mientras que en un adulto la cifra puede elevarse hasta los 70 mil pesos.

Frente a este panorama, el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 subraya que las intervenciones dirigidas a su combate deberán encaminarse a la promoción de estilos de vida más sanos, prevención de riesgos específicos entre los sectores poblacionales expuestos, detección oportuna y atención temprana. Entre las metas que el PNS pretende alcanzar para el 2006 figuran: evitar que las muertes de cáncer mamario superen los 17 casos por cada 100 mil mujeres entre 25 y 64 años de edad; establecer en todas las instituciones de salud protocolos obligatorios de tratamiento de acuerdo al estadio clínico de la enfermedad; garantizar la terapia en 90 por ciento de los casos detectados, y aplicar un millón de encuestas anuales dirigidas a la detección de factores de riesgo.

En México se han realizado algunos esfuerzos para implantar medidas de tratamiento del paciente con cáncer terminal, los cuales se han enfocado hacia el alivio del dolor, quizá la necesidad más urgente. En julio de 1990 se firmó la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer, con lo cual se adopta como política oficial nacional y se reconoce su importancia como tema de salud pública. Sin embargo, el desarrollo de estos

programas ha caminado a pasos muy lentos y no se ha considerado el manejo integral del paciente. La realidad es que en México no se cuenta con ningún centro que realice el tratamiento integral del paciente terminal con cáncer. Los profesionales dedicados de tiempo completo al tratamiento del cáncer terminal son escasos y la enseñanza de este tema en escuelas del área de la salud no existe. En resumen, no obstante todos los avances en el conocimiento y en el tratamiento a nivel mundial, los cuidados paliativos no han llegado a México y miles de pacientes siguen sufriendo.

### **1.3. El enfermo con cáncer terminal**

**No hay muerte natural: nada de lo que sucede al hombre es natural puesto que su sola presencia pone en cuestión al mundo. La muerte es un accidente, y aun si los hombres la conocen y la aceptan, es una violencia indebida.**

**Simone de Beauvoir**

Podemos considerar que la mayoría de los pacientes terminales y sus familiares no conocen a fondo lo que representa una enfermedad terminal. Esto provoca en ambos dudas, incertidumbre, angustia, tristeza, desesperanza, etc. Este desequilibrio emocional inicia comúnmente en la familia al conocer el diagnóstico del enfermo. En cuanto al enfermo terminal, el ocultarle su diagnóstico y pronóstico, contribuye a descartar la objetividad de su propia muerte, sin embargo, aún teniendo previo conocimiento de su estado, en la mayoría de los casos el paciente se despersonaliza por no canalizar adecuadamente los múltiples sentimientos que se desencadenarán. Obviamente también experimentará el desequilibrio emocional en forma similar al de la familia (Sánchez 1996; Clavé, 2000; Vidal y Benito, 2002).

Partiendo de lo anterior, hay que tomar en cuenta que un tema prioritario es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Aunque hasta la década de los sesenta la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes con cáncer del trastorno que padecían (Macia, Olivares, Cruzado, Fernández, 1992), la tendencia en los últimos años se ha invertido, en algunos países, como Estados Unidos, por imperativos legales, en otros por razones diversas entre las que se incluyen la demanda de los propios enfermos y la adopción de un modelo de atención médica más centrado en el papel activo del paciente

(Vidal y Benito, 2002), también es importante el constatar que los pacientes informados correctamente muestren una mejor adaptación social a largo plazo ( aunque no de forma inmediata).

Los efectos positivos de la información al enfermo de cáncer dependen del contenido de ésta, de cómo se emita y de cuándo. Respecto al contenido, debe incluir al menos (Barbosa 2001; Martín, 2004; Baider, 2005):

- El diagnóstico y características clínicas del cáncer
- Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento
- Efectos colaterales de los tratamientos, tipos e incidencias
- Información sobre estrategias paliativas: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómito, etc.

En cuanto al cómo y el cuándo:

- La información ha de ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre. Una información excesivamente amplia confundirá al paciente, le puede resultar confusa y en consecuencia producirle incertidumbre y ansiedad (Macia, Olivares, Cruzado, Fernández, 1992; Rodríguez, 2002).
- Debe ser administrada por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicados por el médico; mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo.
- Debe ser congruente, de forma que lo que se le dice al paciente a través de los distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la comunicación de tanto el diagnóstico, pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente a su pareja y a los familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención (oncólogos, cirujanos, enfermeras, psicólogos) asegurará dicha congruencia (Carvajal, 1997; Barbosa y Solís, 2003).



- Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente, la investigación ha revelado distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes, algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de enfermedad.
- La información ha de estar estructurada integrando un esquema conceptual de lo que significa el cáncer, pues en muchos casos es necesario hacer comprender al paciente que el concepto que tiene sobre el cáncer es incorrecto e inadaptable.

Más de un tercio de los enfermos con cáncer padecen dolor, y más de dos tercios de los enfermos con cáncer avanzado (con metástasis o recurrente). Controlar ese dolor es parte del tratamiento, no sólo por la molestia física en sí, sino porque puede llevar al paciente a no hacer sus tareas habituales con normalidad, tener dificultades para dormir y comer, y sentir frustración ante el hecho de que amigos y familiares no entiendan qué les sucede (Sirgo, Gíl, y Pérez-Manga, 2000).

Los enfermos con cáncer también pueden presentar síntomas de ansiedad: como miedo a la misma enfermedad o a la muerte, temor al hospital, incertidumbre sobre el desenlace de la misma, preocupación por las consecuencias.

Algunos factores que causan depresión al paciente con cáncer terminal son (Macia, Olivares, Cruzado, Fernández, 1992; Carvajal, 1997):

- Déficit funcional por los tratamientos realizados
- Deformidades consecutivas al tratamiento
- Incapacidad para el trabajo habitual
- Incapacidad para valerse por sí mismo
- Enfermedades originadas por el tumor o el tratamiento
- Insomnio y fatiga crónica
- Sentimiento de impotencia
- Dolor por cáncer o por otras causas
- Situaciones de cólera

Junto al control de síntomas y la resolución de problemas concretos, el apoyo emocional y las habilidades de comunicación con el paciente y la familia son instrumentos básicos en la atención a los pacientes en sus últimos días de vida.

Es conveniente que los profesionales realicen un ejercicio de reflexión sobre la atención que se presta al paciente terminal y a su familia, valorando los sentimientos que generan la muerte y su proceso, tanto en el propio profesional como en el conjunto del equipo.

### **2.3.1. Necesidades del enfermo terminal**

**Sin no conoces todavía la vida, ¿cómo puede ser posible conocer la muerte?**

**Confucio**

Asumir la cercanía de la muerte; en general, puede estar motivado por la edad que uno ha alcanzado, no es habitual pensar en la muerte cuando se tiene 20 o 40 años, pero comienza a serlo cuando se cumplen 60, 70, 80, ... o por el anuncio de un diagnóstico de enfermedad terminal. Pero comunicar esto, no implica necesariamente que el receptor lo acepte sin más, máxime cuando la mala noticia le pone límite cercano a su vida o a la de un ser querido. De la impresión inicial arrancará un proceso, más o menos común a todas las personas en situación terminal, y también a sus familiares, que permitirá adaptarse a la nueva realidad y afrontarla o no. Conocer las etapas por las que atraviesa una persona tras enterarse de su diagnóstico terminal, y ser conscientes de los sentimientos y necesidades de todo orden que deberá enfrentar, así como sus familiares, hasta llegar a su extinción, será fundamental para poder ayudar y apoyar al enfermo y su familia de forma eficaz (Suchecki, 1989; Barbosa, 2001; Barco y Solís 2003).

Saber la verdad sobre la propia situación de salud (de ahí el derecho de saber con exactitud el diagnóstico y la evolución previsible de la enfermedad) será fundamental para el paciente y su familia ya que esto les permitirá saber qué medidas tomarán con respecto a ello. Normalmente, el encargado de dar la mala noticia es un médico, pero para éste que suele estar preparado para informar sobre curaciones pero no sobre la muerte se tornará conflictiva, la comunicación abierta con pacientes terminales y sus familias no es tarea fácil, dado que antes deben afrontar su propia ansiedad personal ante la muerte y el fracaso

, el de su medicina incapaz de curar a ese enfermo; además de estar en condiciones de soportar ser el blanco de la ira, rechazo, ansiedad y demás reacciones emocionales que despertarán en sus interlocutores al aportarles una información negativa que, para colmo, no siempre disponen en su totalidad para poder cubrir todas las preguntas y dudas del enfermo y sus familiares (Ríos, 1997, Barbosa, 2001)

No se puede predecir la muerte a fecha fija, hay muchas variables que pueden acortar o alargar el pronóstico, pero debe incurrirse en la aventurada responsabilidad de hacerlo. Todos preguntan, aunque no quieran escucharlo, ¿Cuánto tiempo de vida queda? Ya que éste pronóstico de tiempo será muy importante puesto que determinará cada una de las previsiones que deben comenzar a hacerse enfermo, familiares y equipo terapéutico. A pesar de que muchos creen que conocer el diagnóstico terminal es contraproducente para cualquier enfermo, la verdad es que, cuando el proceso de comunicación médico-paciente se produce correctamente y la clave radica antes en el cómo que en el qué se dice, la información recibida acaba liberando al enfermo y su familia de la angustia que produce la incertidumbre. Cuando se conoce la causa y características de un problema disminuye la ansiedad que genera, se reduce el miedo irracional que origina todo lo desconocido, y se activan los recursos de afrontamiento, eso es las diferentes estrategias posibles para encarar cualquier problema, tenga o no solución. Por dura y negativa que sea la realidad en la que uno está inmerso, siempre será peor ignorarla; pero también es cierto que la respuesta y evolución de un enfermo dependerá mucho de cuándo y cómo se le haya comunicado la mala noticia.

Lo ideal es que enfermo y familiares tengan la posibilidad de hablar acerca de la naturaleza de la enfermedad y de su posible evolución, que puedan dialogar e intercambiar opiniones y sentimientos. La información que sepan y compartan unos y otros, así como el modo en que lo hagan, siempre acabará determinando lo que se denomina contextos de conciencia, eso es la manera en que la persona (salvo que esté en coma o sea un neonato) va a experimentar su propia extinción (Ríos, 1997; Resendiz, 2001; Rodríguez, 2002; Martínez, 2004).

De ésta manera se procederá a dar un panorama de las necesidades físicas y psicológicas que el enfermo de cáncer terminal presenta, los estadios psicológicos por los

que pasa así como su situación ante los cuidados paliativos por el equipo médico que lo atiende.

### **2.3.1.1. Necesidades físicas**

En el momento en que el paciente ha sido informado del diagnóstico probable se procede a la aclaración y resolución de sus dudas, lo que lleva al médico a realizar una prueba que le indique con más exactitud la naturaleza y tipo de cáncer, dicha prueba es la biopsia quirúrgica que debe realizarse bajo los efectos de anestesia general, una vez confirmada la naturaleza del mal, se procede a indicar al paciente el tratamiento a seguir, aunque éste se encuentre en fase terminal, recordemos que el médico tiene la consigna de aliviar, por lo que aunque vea que la enfermedad es incurable proporcionará al paciente el tratamiento necesario para combatirla ya que esta es su obligación.

De esta manera el paciente comienza una serie de exposiciones de quimioterapia o radioterapia según el médico recomiende, cabe aclarar que durante este proceso el médico deberá indicar a su paciente que estas medidas y tratamiento pueden deteriorar aún más su estado de salud ya que dichas radiaciones se encargan de disminuir las células cancerosas pero también disminuyen las sanas lo que hace que el paciente pueda quedar expuesto a una disminución inmunológica, dichas radiaciones o tomas de medicamento hacen que el paciente pierda el pelo y se le ulcere la cavidad bucal, no pueda ingerir sus alimentos subsecuentemente a la toma o exposición, presentando náuseas y vómito y malestar general, estas exposiciones pueden acelerar el proceso terminal acortando el tiempo de vida pronosticado.

Durante esta etapa el paciente requiere de cuidados especiales los cuales le son proporcionados por su familia o por las personas que se encargan de cuidarlo, como el alimentarlo adecuadamente ya que pierde peso al no querer ingerir sus alimentos, cuidados sobre el área afectada por el cáncer, o administración de analgésicos para contrarrestar el dolor. Algunos tratamientos para el dolor en el paciente con cáncer incluyen sustancias llamadas opiáceas (comúnmente conocidas como narcóticos) son los fármacos más

potentes, que sólo se pueden comprar con receta médica. Entre ellos podemos encontrar la codeína, oxycodona, morfina, fentanilo e hidromorfina. Las cuales pueden estar clasificadas de acuerdo al dolor del paciente. Analgésicos suaves en dolores débiles y los opioides en los de mayor intensidad. Los opioides también se clasifican de acuerdo al tiempo en que comienza a surtir su efecto y la duración de su eficacia (liberación prolongada o no). Existen otros analgésicos que son adyuvantes en el tratamiento del cáncer pero no tienen la función de tratar el dolor, su efecto ayuda a aliviarlo en algunas situaciones (Ríos, 1997, Sirgo, 2000 y Arrabatiel, 2005)

- ❖ Antidepresivos (algunos alivian el dolor neuropático) Su función no es tratar el dolor, pero su efecto ayuda a aliviarlo en algunas situaciones (requieren de receta médica):
- ❖ Anticonvulsivos: son útiles para el dolor que hormiguea y arde, como el neuropático.
- ❖ Esteroides: pueden usarse para aliviar hinchazones y dolor de los huesos.
- ❖ Anestésicos locales: útiles para dolor de hormigueo o que arde.
- ❖ Bloqueo nervioso: Para el dolor localizado que no responde a otras medidas, o cuando la medicación produce efectos secundarios inaceptables, se puede aplicar un anestésico local, generalmente junto a un esteroide, que se inyecta en un nervio o incluso en la médula espinal. En otras circunstancias (muy especiales) puede incluso cortarse quirúrgicamente el nervio para bloquear el dolor.
- ❖ Terapias no médicas: Otras terapias pueden ser eficaces para aliviar el dolor, como la relajación, masajes, terapias de frío y calor, fisioterapia, y el apoyo y asesoramiento emocionales.

Por el uso de los opioides puede aparecer somnolencia y náuseas, aunque no son habituales los vómitos. Las náuseas son tratables con medicación y desaparecen entre 1 y 3 días después de comenzado el tratamiento. Para reducir la somnolencia se administran gradualmente los opioides, de menos a más, hasta ajustarlo al óptimo, que llega con el máximo de alivio y el mínimo de efectos secundarios. En ocasiones, algunas personas

piensan que las náuseas son una reacción alérgica. Por sí solas no lo son, pero si aparece prurito y/o hinchazón, entonces sí podría serlo (Ríos, 1997; Soto, 2002; Arrabatiel, 2005).

Algunas personas pueden sentir estreñimiento también, combatido con mayor ingesta de líquidos, aumento de fibra en las comidas, hacer ejercicio y los laxantes.

Los opióides también pueden hacer más lenta la respiración. Esto deben saberlo los familiares, que no deben asociarlo a la cercanía de la muerte. En raras ocasiones, el paciente siente confusión, desorientación e incluso delirio. La solución puede ser cambiar de medicación o administrar analgésicos adyuvantes.

Los pacientes que están tomando opióides se dan cuenta, a veces, de que van necesitando más dosis para calmar igual el dolor. Puede que el dolor haya aumentado, o puede que se haya desarrollado tolerancia al medicamento, es decir, que su organismo se haya acostumbrado. Se puede aumentar un poco la dosis, pero no debe confundirse con adicción. Este fenómeno es común con la morfina, aunque es infundada la creencia de que por esa razón es inefectiva a largo plazo (Macia, Olivares, Cruzado, Fernández, 1992; Rodríguez, 2002).

Todos estos tratamientos acompañan al paciente durante la enfermedad aun cuando no se encuentre en la crisis de agonía, pero al notarse el deterioro de la salud y por ende manifestarse la muerte inminente en poco tiempo, se desencadena una crisis que se experimenta como un sentimiento desbordante e insuperable de inadecuación personal, durante la cual se desarrollan confusión, ansiedad generalizada, y temores no siempre identificados. La persona, carece de los recursos necesarios para resolver el problema ante lo cual se va enfrentando, además de estar involucrado en ello el dolor y el progreso de la enfermedad, que le incapacita para afrontar cualquiera de las pequeñas partes o problemas parciales que componen esta crisis de aquí parten las otro tipo de necesidades (Ríos, 1997; Baider, 2005).

### **2.3.1.2. Necesidades psicológicas**

Percibirse a sí mismo como enfermo, motivado por determinados síntomas que no encajan con aquello que suponemos debe de ser lo normal en nosotros, suele llevar a tomar la dedición de someterse a un examen médico que, en la medida en que sofisticada las pruebas a realizar, también incrementa las dudas en quien las está pasando. En un principio el enfermo es ajeno a su situación aunque quizás algún familiar sí sepa qué está ocurriendo, cosa que determinará una diferente actitud del familiar (algo de distanciamiento, insistente empeño en decir que seguro no será nada, dejar de hablar de planes futuros) que sin pretenderlo, contribuirá a que esa persona pase de su fase de ignorancia a la de inseguridad. Se abren dudas acerca del posible diagnóstico, se imagina mentalmente la evolución de enfermedades probables, se cae en una mezcla de temor, tristeza y, al tiempo, esperanza de curación de ese algo borroso que se intuye y teme (Ortíz, Arranz y Remor, 2000; Resendiz, 2001).

El ánimo permanece alterado y es cuando más se agradece disponer de alguien adecuado con quien poder compartir la intranquilidad. Un paso más allá, la persona ya intuye con más fuerza la posible gravedad de su estado y la probable cercanía de la muerte, pero se niega a aceptarlo. Necesita y teme que le informen de lo que sucede, por eso será muy importante la manera como se le comunique el diagnóstico (Baider, 2005).

Cuando una persona es informada por su médico de que su proceso patológico es terminal, siempre se produce, lógicamente, una intensa reacción emocional ante la noticia. A la incredulidad inicial le sigue una fase en la que se entremezclan ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, depresión, problemas para realizar con normalidad las tareas cotidianas; síntomas que son característicos del proceso de adaptación a su nueva realidad, y que, con el apoyo de familiares, amigos y responsable de su tratamiento médico, suelen remitir en unos días, aunque también es habitual que el cuadro ansioso y depresivo permanezca durante semanas o meses, requiriendo entonces un tratamiento específico (Rodríguez, 2002 y Baider, 2005)

La enfermedad terminal supone, al menos, un reto que obliga a enfrentarse al dolor, al miedo a la soledad y a la sensación de pérdida de sentido de la vida. En esta

circunstancia no hay reacciones que deban ser consideradas normales o anormales, sino reacciones que favorecen adaptarse a la nueva realidad y permiten que el enfermo resuelva progresivamente sus problemas, y otras que impiden la adaptación y generan todavía más dificultades a la persona enferma (Clavé, 2000, Rodríguez, 2002).

Es obvio que no todo el mundo reacciona de igual modo ante el diagnóstico, ni encausa de manera idéntica el posterior proceso de adaptación a su nueva situación vital, pero existe una serie de estadios o fases, que fueron primeramente descritas por Elizabeth Kübler-Ross, por las que pasan la mayoría de los enfermos terminales, aunque no todas las recorren con la misma intensidad ni en el mismo orden cronológico. Las etapas que suelen seguir a un diagnóstico de enfermedad terminal son (Barbosa, 2001; Dworking y Karnes, 2002; Barco y Solís, 2003; Martínez-Bouquet, 2004):

**Negación y Aislamiento.** Esta primera fase es la reacción inicial al shock derivado del diagnóstico, tras este primer golpe, el enfermo y familiares se niegan a aceptar la realidad que se les ofrece, buscan más opiniones de médicos, especialistas de fama, videntes, curanderos y se aferran a cualquier grieta de duda para apartar de sí la mala noticia. Es una reacción habitual en casi todos los pacientes y no sólo al principio, también es normal que se reproduzca, de vez en cuando más adelante, pero es clásica en los pacientes que reciben la noticia de forma muy repentina o brusca y/o sin haber sido preparados adecuadamente por su médico para ello.

Aunque una persona acepte de buen grado el destino que, tarde o temprano, nos aguarda a todos, es lógico presentar resistencias emocionales cuando este hecho se presenta a plazo fijo y sin ser esperada. La fase de negación debe ser respetada, sin presiones de ninguna clase, ya que todos necesitamos algún tiempo de lucha y resistencia antes de poder adaptarnos y ser capaces de enfrentar un diagnóstico terminal.

La negación es una defensa provisional que suele ceder el paso a una aceptación parcial de la nueva situación, pero que reaparece con mayor o menor intensidad y frecuencia, siendo entonces tan inútil como contraproducente discutirle al enfermo sus percepciones subjetivas o hacerle notar las contradicciones en que suele caerse en estos casos (como, son por ejemplo, culpar a la medicación de efectos que son propios del



progreso de la enfermedad terminal). Generalmente, es mucho más tarde cuando el paciente usa el aislamiento más que la negación. Entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afrontan la muerte. Dependerá mucho de cómo se le diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable, y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales (Kübler-Ross, 1997).

En no pocas ocasiones, tiempo después de recibido el diagnóstico, cuando el enfermo ya es bien consciente de su estado, una negación aparente es usada de forma selectiva por algunas personas para relacionarse con aquellos de los que saben o intuyen que no aceptan la posibilidad de su muerte; con unos hablan abiertamente de su próximo fin, mientras que con esos otros fingen recuperarse para no defraudar las esperanzas que alimentan.

**Ira e Irritación.** Cuando el enfermo, obligado por su propia realidad, ya no puede mantener por más tiempo la actitud de negación, aparece una mezcla de sentimientos de ira, rabia, irritación, envidia y resentimiento ¿Por qué me tocó a mí?, ¿Qué ha motivado mi desgracia?, que suelen dirigirse, en primer lugar, contra otros, intentando encontrar algún culpable de su situación, la pareja o familiar que no le hizo caso cuando se quejaba, el médico que tardó en explorarle, el exceso de trabajo que le impedía acudir al médico; o en el caso de algunos creyentes, imaginando que su enfermedad es un castigo divino originado por sus pecados del pasado, con lo que transforman su ira en rabia y culpabilidad contra sí mismos.

Esta fase de ira es muy difícil de afrontar para los familiares y personal sanitario que rodea al enfermo ya que todos ellos, al azar, en función de sus cambios de humor, son hostigados y responsabilizados del estado terminal y de cada una de sus consecuencias fisiológicas y psicológicas.

Todo está mal, todos lo hacen mal; hagan lo que hagan la irritación del enfermo les usa como blanco. En consecuencia, las reacciones de familiares y sanitarios tienden a

llevarles a regir al enfermo, a espaciar las visitas, produciéndose mayor sensación de aislamiento, abandono e ira en el enfermo (Barco y Solís, 2003).

**Pacto:** Al llegar a esta fase, el enfermo intenta negociar con todo el mundo (médicos, familiares, Dios, santos, fuerzas cósmicas. Curanderos, etc.) A fin de obtener una nueva oportunidad a cambio de las promesas más diversas: cambiar de vida, tomarse más en serio su salud, realizar donativos, integrarse en ritos religiosos u otros, donar su cuerpo a la ciencia, si gracias a los médicos se llega a vivir más de lo previsto o cualquier otra posibilidad. Se está dispuesto a dar cualquier cosa por la curación o, al menos, alivio de los síntomas de la enfermedad; suele ser una fase corta, a veces oculta a los demás, pero es también el momento idóneo para poder ser embaucado por desaprensivos que se lucran ofreciendo falsas esperanzas a los enfermos crónicos y terminales.

La lógica y mecanismo del pacto nace de una dinámica emocional, que es una de las primeras estrategias infantiles que aprendemos para negociar con la realidad y lograr nuestros propósitos, consistente en ser bueno para conseguir aquello que se desea; si antes, a lo largo de nuestra vida, funcionó muchas veces, ¿por qué no probarlo ahora? Si mostrando ira contra familiares, médicos y el propio Dios no se ha logrado ninguna mejora, quizá pueda ser diferente adoptando la táctica de prometer cambiar, de ofrecer para obtener, de pedir sólo una pequeña mejoría, sólo por una vez más, sólo poder vivir hasta..., en realidad se trata de intentar posponer lo inevitable, al igual que intentábamos aplazar o evitar un castigo paterno cambiando de actitud u ofreciendo algo a cambio de su generoso perdón (Macia, Olivares, Cruzado, Fernández, 1992; Arbiol,1998; Barbosa, 2001; Baider, 2005).

Por eso, en esta fase, es muy frecuente dirigir el pacto hacia Dios, el padre que se imagina con poder sobre nuestra vida, o hacia figuras celestiales a las que culturalmente se atribuye alguna capacidad de intermediación.

Bajo el mecanismo del pacto anidan dinámicas de pensamiento mágico o irracional y, con mucha frecuencia, sentimientos de culpabilidad que, obviamente, no mejoran, antes al contrario, cuando el enfermo ve que los pactos van venciendo sin lograr los resultados

previstos. En función de la personalidad del paciente, éste será un aspecto que merecerá una mayor o menor atención psicoterapéutica (Carvajal, 1997).

**Depresión.** Aflora cuando al enfermo ya le resulta imposible negar lo evidente. Es momento de analizar la vida pasada, de reflexionar sobre las repercusiones que su enfermedad y muerte inminente tendrán sobre la familia, amigos, trabajo o negocios (si no se hizo antes, es hora de aplicarse para dejar los papeles en orden; y, según sean las circunstancias de cada caso, también deberá enfrentarse un sufrimiento suplementario si las condiciones en las que va a quedar la familia no son buenas). Surgen las meditaciones sobre la finitud de la vida, sobre su brevedad insospechada, sobre lo que pudo haberse hecho o no de haber sabido el tiempo real de vida que se tenía asignadas. Cambia el carácter, aparece el retraimiento, baja mucho la autoestima, también desciende de forma muy acusada la tolerancia al sufrimiento (físico y emocional), el sentimiento de abandono se incrementa, las alteraciones en el sueño y/o en la ingesta complican el cuadro y, en algunos sujetos, pueden darse ideaciones suicidas.

Cuando la realidad del proceso terminal se hace indiscutible, en el enfermo aflora con toda su fuerza una tremenda sensación de pérdida, que puede adoptar diferentes aspectos: pérdida estética, funcional o de movilidad (debida a la extirpación de algún órgano externo o miembro) o debida al alto costo de los tratamientos médicos que, quizás, obligan a hipotecar o perder bienes por los que se luchó durante décadas, o a dejar sin apoyo económico a quienes le sobreviven, o a perder el trabajo quien debe dedicarse a su cuidado, pérdida de control y/o poder dentro y fuera de la familia, etc.

Para detectar el origen de la sensación de pérdida que experimenta un enfermo terminal bastará con estar dispuesto a escucharle; para ayudarle a aceptarla y superarla, salvo si es una conducta patológica deberá entrar en juego capacidades que todos debíamos tener, al menos al respecto a las personas que forman parte de nuestro universo afectivo próximo, eso es ser comprensivo, sensible, dialogante y capaz de brindar apoyo y refuerzo emocional. Esta es una de las razones por las que la gente necesita transitar por el proceso

de morir junto a los suyos, arrojados por el afecto y comprensión de quienes han sido parte de su vida.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final (Macia, Cruzado, Olivares, Fernández, 1992; Carvajal, 1997).

**Aceptación.** En esta etapa el enfermo ya reconoce plenamente su situación y la inevitabilidad de su muerte próxima, circunstancias que le sitúan en una especie de nebulosa tranquila y pacífica. Se acaba su lucha y se derriban las barreras puestas en fases anteriores y la persona intenta poner en orden sus asuntos, se va despidiendo de familiares y amigos, colabora sin objeciones con el personal médico para abordar de la mejor manera posible los problemas que van surgiendo, pero lo hace desde la lejanía de sí mismo, como si ese organismo en fase terminal y cuanto le rodea ya no tuviesen nada que ver con él. Ésta aceptación incondicional, sin embargo, no es sinónimo de rendición, no implica querer dejar de ver sino que, por el contrario, indica que se ha penetrado en una nueva forma de percibirse a sí mismo, que se ha integrado hasta en el último poro de la piel que el hecho de morir su único horizonte vital.

Si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una en la que su destino no le deprimirá ni le enojará, habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad (Rodríguez, 2002, Arbiol, 1998 y Sherr, 1992)

Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Éste no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desesperanza. Es una necesidad cada vez

mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un abandono resignado y pesimista, es una sensación de ya no puedo seguir luchando.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje, como lo expresan algunos pacientes. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente.

Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no lo agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, ya no tiene ganas de hablar. Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales.

El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a cogernos de la mano y pedirnos que nos estemos allí sentados en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona moribunda. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final.

Si no somos capaces de distinguir estas dos fases, hacemos más mal que bien a los pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa (Kübler-Ross, 1997, Lolas, 1997 y Martínez, 2004).

## **CAPITULO 3**

# **APOYO PSICOLÓGICO A ENFERMOS TERMINALES: DIFERENTES ENFOQUES**

**Déjame llevar tu mano; que sé, no quieres darme...**

**Déjame vivir contigo esta experiencia que alguna vez tendré que enfrentar...**

**Déjame sentir que soy un ser humano como tú con miedos y angustias de lo desconocido...**

**Déjame mirar tus ojos cuando tengas que decir adiós...**

**Déjame llorarte un poco cuando me dé cuenta de que mi misión contigo termino...**

**Alma López**

La medicina paliativa es el estudio de pacientes con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado cuyo objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible. Los cuidados paliativos consisten en la atención global de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Su finalidad es el logro de la mejor calidad de vida, para los pacientes y su familia. Promueve la vida y consideran el proceso de morir un hecho natural, sin acortar la vida ni prolongarla innecesariamente.

Existen tres variantes de asistencia al enfermo terminal (Barco y Solís, 2003): en el domicilio, en centros especiales y en hospitales donde ha sido tratado antes. Independientemente del lugar del cuidado del paciente, es de suma importancia que éste cuente con el apoyo de sus familiares y un asesoramiento profesional adecuado, con el fin de que llegue a aceptar su muerte y así, morir con serenidad.

La atención del enfermo terminal debe ser multidisciplinaria y contar con un equipo de diferentes profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes o religiosos y también movimientos voluntarios altruistas. La investigación cuidadosa de soporte y los tratamientos paliativos en relación al grado de confort o bienestar del enfermo pueden constituir una fuente inagotable de progreso clínico. La ética

psicológica aporta tres principios en relación con la muerte: la muerte personal, muerte natural y el bien morir (Sánchez, 1996 y Macías, 1998).

El paciente terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad. La fase final de la vida es también una fase de crecimiento y desarrollo personal. Vivir independiente y alerta, este derecho le permite al paciente terminal ejercer su autonomía. Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico, intelectual; ser entendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, ser eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida. Hacer mejor el uso creativo posible de su tiempo. El mejor uso del hoy, ya que el mañana es incierto (Carvajal, 1997; Barbosa, 2001; Rodríguez, 2002, Barco y Solís, 2003).

Que sean tomados en cuenta, antes y después de su muerte, las necesidades y temores de sus seres queridos. Tienen derecho a morir con dignidad, plena aceptación, en total paz y tan comfortable y apaciblemente como sea posible.

Como ya habíamos mencionado en los moribundos aparecen temores comunes como miedo al dolor, miedo a la soledad y miedo a que su vida carezca de sentido. El miedo al dolor es uno de los más agudos y realistas. Una de las formas de ayudar al enfermo es medicándolo y manteniéndolo en situación de bienestar. Arbiol (1998) escribió uno de los errores más habituales es la idea de que el dolor y la agonía son compañeros inseparables. Lo cierto es que pocas veces van juntos. Ocasionalmente el acto de la disolución es doloroso, pero esto constituye una excepción a la regla. La regla es que la inconsciencia, no el dolor, preside al acto final. Para el sujeto la muerte no es más dolorosa que el nacimiento. La naturaleza proporciona amorosamente un anestésico para el cuerpo cuando el espíritu lo abandona.

La soledad es otro de los miedos, guarda profunda relación con el dolor: el dolor es más intenso cuando el paciente se queda solo. En la mayoría de los casos el fallecimiento de las personas se produce cuando hay alguien en la habitación. Durante el acto final no es preciso iniciar una conversación estructurada con la persona moribunda. La simple presencia de otro ser humano es todo lo que realmente necesita para saber que no le han abandonado.

Otro temor sobresaliente es el miedo a que la propia vida haya perdido su sentido o que la vida carezca de significado. Es como si no deseáramos vivir para siempre, pero sí que nuestra vida estuviera totalmente colmada de significado; que lucháramos no por la auto conservación, sino por la autorrealización.

Según la doctora Kübler-Ross, (1977), lo que más angustia a los enfermos terminales son sus asuntos pendientes, aquellas relaciones interpersonales no resueltas satisfactoriamente; la reconciliación con un pasado no aceptado que, ahora, a las puertas de su muerte, no le deja en paz.

Es importante ayudar al enfermo moribundo a mantener activa su voluntad de vivir, permitirle ejercitar su imaginación para encontrar algún significado o valor a la vida. Hay que cubrirle sus necesidades insatisfechas manteniendo la cabeza junto con el corazón, y no tener miedo a llorar.

También hay tiempo para el humor, no usándolo como escape para no afrontar sinceramente la realidad, sino como una forma normal que tienen las personas de relacionarse entre sí (Clavé, 2000; Rodríguez, 2002; De la Serna, 2005).

De lo anterior podemos considerar que la mayoría de los pacientes terminales y sus familiares no conocen a fondo lo que representa una enfermedad terminal. Esto provoca en ambos dudas, incertidumbre, angustia, tristeza, desesperanza; este desequilibrio emocional inicia comúnmente en la familia al conocer el diagnóstico de su enfermo.

En cuanto al enfermo terminal el ocultarle su diagnóstico y pronóstico, contribuye a descartar la objetividad de su propia muerte, sin embargo, aún teniendo previo conocimiento de su estado, en la mayoría de los casos el paciente se despersonaliza por no canalizar adecuadamente los múltiples sentimientos que se desencadenarán. Obviamente también experimentará el desequilibrio emocional en forma similar al de la familia. Podemos considerar de gran importancia el hecho de informarle al paciente que está agonizando, lo cual debe efectuarse con tacto y cautela.

Una vez recibida la seguridad y confianza, el paciente puede alcanzar una muerte apropiada, digna y serena.



Los psicólogos preparados pueden ayudar a conseguirlo permitiendo al paciente hablar acerca de sus sentimientos, pensamientos o recuerdos, o actuando como sustitutos de familiares o amigos que demuestran ansiedad cuando la persona que agoniza habla de la muerte (Vidal y Benito, 2002; Chanes, 2002; Barco y Solís, 2003).

### **3.1. Enfoques que abordan la intervención psicológica a enfermos terminales de cáncer.**

Antes que nada debemos diferenciar que las psicoterapias analizadas marcan una dirección definida al paciente oncológico, por lo que éstas deben estar fundamentadas en una relación muy particular entre el paciente y su terapeuta, la confianza que se construye con actitudes y conductas a través del tiempo es uno de sus componentes básicos, y también lo es, la concepción de la salud y de la enfermedad de la cultura en la cual están inmersos paciente y terapeuta. Por lo tanto estas psicoterapias son un tratamiento psicológico (Meichenbaum, 1998; Vidal y Benito, 2002).

Algunos autores han planteado que, en general, cualquier forma de psicoterapia puede ser beneficiosa para el paciente, ya que los buenos resultados de la misma, dependen más de la personalidad del terapeuta que del modelo teórico que se aplique (Vidal y Benito, 2002).

Otros han hablado de un impulso autónomo hacia la salud que todas las personas poseen y que permitiría superar las crisis que forman parte de la evolución normal de la vida. Las psicoterapias reforzarían este impulso (Stevens, 2000).

En las personas que padecen cáncer la finalidad del tratamiento psicoterapéutico consiste en ayudarlos a implementar los recursos necesarios para afrontar, asimilar y convivir con una enfermedad mítica, cuya característica esencial es la incertidumbre, que prácticamente carece de alta y que enfrenta al que la padece con la posibilidad del deterioro, el dolor y la muerte.

No existe psicoterapia si el terapeuta no se compromete con su paciente y viceversa, esto quiere decir, que en el momento de la consulta el psico-oncólogo (mejor manera de

llamar al especialista en atención a enfermos de cáncer en el área psicológica) debe estar atento a su paciente, a lo que éste le está comunicando, tratando de no caer en una tolerancia indiscriminada de las acciones del paciente ni tampoco, escudándose en el principio de la neutralidad terapéutica para mantener una actitud distante y desinteresada (Imberón y Barbudo, 1998; Barco y Solís, 2003).

Los pacientes con cáncer representan un muy serio compromiso para el terapeuta, dicho compromiso, una vez que se asume debe ser sostenido hasta el final sin que se transgredan los fundamentos básicos de toda psicoterapia.

La neutralidad perfecta es un mito, imposible de llevar a cabo en la realidad. El sólo hecho de ser observador y participante, invalida tal aspiración, pero se debe trabajar tendiendo a ella. (Minuchin, 1979; Mirapeix, 2004).

Pero en la psicoterapia del paciente oncológico, se agrega un problema particular distinto a lo que acontece en otros tratamientos llámense estos psicoanálisis o psicoterapias breves: estos pacientes padecen una enfermedad mortal en un alto porcentaje de casos, y su posibilidad de sobrevivir está dada por la efectividad de tratamiento que producen, la mayoría de las veces una cuota de sufrimiento agregado. El deseo de luchar y de vivir que el paciente debe desarrollar para poder sobrellevar ésta enfermedad y sus tratamientos, debe ser compartido empáticamente por el terapeuta, quien motivará a su paciente a conectarse con la vida, evitando cuidadosamente los métodos de adoctrinamiento, como las curas milagrosas las cuales son sugeridas comúnmente por todas las personas que se encuentran en contacto con el enfermo y buscadas de manera imperiosa por el paciente mismo, con tal de enfrentar su batalla ante el mal que lo aqueja, dichas curas sólo alientan a éste a evitar hablar de lo que siente, como si los tratamientos médicos no curaran o no presentaran valor en el trance de la enfermedad terminal (Chanes, 2002; Castro, 2007).

Por lo tanto es de suma importancia conocer que hacen las diferentes corrientes para enfrentar este proceso, la finalidad es encontrar ese sustento teórico que nos permita enfocar con claridad un buen camino en el apoyo al enfermo terminal.

### 3.1.1. Modelo Psicodinámico

En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, el psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbart (1776 -1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious; por Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke (1819-1892) y T. Meynert (1833-1892), fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano (1838-1917) del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J. Breuer.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobre todo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes (Ruíz y Cano 1993):

- Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales, las relaciones interpersonales e intrapsíquicas, (Sullivan, Hartman, Rappaport, Ana Freud, etc.).
- Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M. Klein, Mahler y J. Bowlby).

- Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Reichman, Sullivan, Kohut y Kernberg).
- Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, etc.).
- Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifneos, Malan, Davanloo y Strupp).
- Otra sexta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J. Lacan y su tesis del Inconsciente estructurado como un lenguaje.
- Por último, una séptima línea, la más actual, intenta acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (Erdelyi, Peterfreund, Bowlby, Arieti, etc.). La nota común es la diversidad.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se formulan a través de los cinco modelos que Freud desarrolló sobre la actividad psíquica: el modelo topográfico, el modelo económico, el modelo dinámico, el modelo genético y el modelo estructural (Cashdan, 1992; Ruíz y Cano, 1993; Imberón y Barbudo, 1998):

**Modelo Topográfico:** Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; El Preconsciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el Consciente, gobernado por los procesos secundarios (lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).

**Modelo Dinámico:** Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte

inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una solución de compromiso para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.

**Modelo Económico:** Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catexia) para su descarga o satisfacción.

**Modelo Genético:** Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la oral relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, etc., se relacionarían con ella. Le sigue la fase anal, segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la fálica, entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del Complejo de Edipo. La última fase es la fase genital que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.

**Modelo Estructural:** Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Súper yo (Superego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo. El

Ello es totalmente inconsciente, el Yo es en parte consciente y en parte inconsciente, y el Súper yo es también parcialmente consciente e inconsciente (normas interioradas en la primera infancia).

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales (Ruíz y Cano, 1993): La asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia. La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso. El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina análisis de la transferencia (Imberón y Barbudo, 1998).

Por otro lado, el terapeuta, aunque este analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contratransferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a su manejo adecuado (Cashdan, 1992; Ruíz y Cano, 1993).

Sin embargo los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis que suele desarrollarse por lo general, en el transcurso de varios años en el psicoanálisis clásico.

En las versiones breves de la terapia psicoanalítica (psicoterapias breves psicoanalíticas) se enfatiza la selección de conflictos a abordar, un rol más directivo del terapeuta, un periodo breve a veces preestablecido de sesiones, y la consecución de determinados objetivos. Estas últimas terapias por lo general reciben el rechazo absoluto de los analistas clásicos. Sus defensores sin embargo enfatizan que sus resultados y aplicación son iguales o superiores al largo proceso psicoanalítico tradicional. Lacan desarrolla una teoría del sujeto que supone un retorno radical a Freud a través de su formulación del inconsciente estructurado como un lenguaje. El psicoanálisis de la I.P.A (Asociación Psicoanalítica Internacional), según Lacan, se había alejado de los postulados freudianos a través de las teorías del yo. Postulaban el yo autónomo frente al inconsciente, con el riesgo de acercarse a las teorías psicológicas no psicoanalíticas; y a las formulaciones neofreudianas que postulaban una etiología sociocultural de los trastornos mentales. Se trata de volver a Freud de manera radical, y afirmar que el yo no es el sujeto. El sujeto está dividido entre el yo (lo consciente) y el Otro con mayúsculas (el inconsciente). Esa división se debe al efecto del lenguaje. En contra de la tradición filosófica racionalista y empirista que sitúan al yo como centro racional o verificador de la experiencia, Lacan afirma: pienso donde no soy, por tanto, soy donde no pienso. El lugar del sujeto de la consciencia no es el lugar del sujeto del inconsciente. El ser no está en la conciencia, sino en el Otro, el inconsciente se estructura mediante tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real. Lo imaginario hace referencia a las identificaciones del sujeto con una serie de imágenes. El estadio del espejo, donde el niño ve por primera vez su imagen en el espejo, va a permitirle y confundirle diferenciar su propio cuerpo del de otros. La relación afectiva posterior del sujeto con otros va a vincularse a la propia relación entre el mismo y sus imágenes de identificación. Lo simbólico hace referencia a la entrada del lenguaje en la formulación de lo inconsciente. Nombrando su experiencia, dándole palabras, se sustituye el objeto por su

representación simbólica. El objeto primordial que se sustituye es la ausencia de la madre. Su ausencia indica que ella desea en otra parte (hacia el padre). Esa ausencia va ligada al deseo del niño por su madre que se reprime mediante los significantes lingüísticos que se encadenan unos a otros. La cadena de significantes genera a su vez la metáfora. La metáfora genera una sustitución de unos significantes por otros, hasta el significante primero: el deseo de la madre. La metáfora del nombre del padre sustituirá al deseo de la madre. Esta representa que la madre desea el falo del padre, y al mismo tiempo una barrera para con el deseo de la madre para con el niño (Ruíz y Cano, 1993).

Lo real hace referencia a lo que escapa a la simbolización del lenguaje. La distinción entre el objeto real deseado y los objetos sustitutivos simbolizados definen también el lugar de lo real.

En resumen, la constitución del sujeto (que no es el yo consciente), aparece con un sujeto que paga un precio: de un lado su división (vía represión) y por otro la pérdida que supone, la renuncia al objeto primordial.

También Lacan introduce en el aspecto terapéutico del psicoanálisis las sesiones de duración variable. El tiempo del inconsciente no es el tiempo del reloj, y por lo tanto esto afecta a la duración de la sesión psicoanalítica. El paciente no sabe cuánto durará su sesión, ya que esta puede ser interrumpida en cualquier momento por el analista como ocasión para que surja el deseo inconsciente. La sesión se centra en el desarrollo de la cadena de significantes, a través de la asociación libre y las reglas terapéuticas. Ello permitirá, no sin grandes dificultades resistenciales, que el inconsciente actúe como un lenguaje (Bogaert, 2008)

La psicoterapia psicodinámica constituye una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psico-oncología (Carvajal, 1997) y es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de pacientes con cáncer, pues permite clarificar el inicio de los síntomas psiquiátricos como respuesta al diagnóstico de cáncer; asimismo ofrece una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente en la consulta oncológico. De este modo el incumplimiento eventual de las recomendaciones de tratamiento para el cáncer pueden ser comprendidas en



términos transferenciales y no simplemente como actitudes negativistas en la lucha contra el cáncer (Arbiol, 1998).

Los distintos modelos psicoanalíticos teóricos aumentan el entendimiento de la sintomatología emocional en el paciente con cáncer; el modelo de la psicología del Yo ofrece una perspectiva de las defensas y los mecanismos de adaptación; el modelo de las Relaciones de Objeto es útil en términos de comprender la amenaza de la pérdida objetal y la relación entre el cuidador y el paciente; el Modelo de la Psicología del yo (self) es pertinente para la amenaza de la integridad del yo y la necesidad de un abordaje empático (Ruíz y Cano, 1993, De la Serna, 2005).

La descripción de diversos casos clínicos subraya la necesidad de conocer el proceso de la enfermedad, ser flexible y considerar apropiadamente la influencia de la familia, el equipo médico, los aspectos de calidad de vida y el manejo de la contra-transferencia (Ruíz y Cano, 1993).

La psicoterapia de pacientes físicamente enfermos y la estructuración de un marco de referencia surgieron inicialmente de autores como Dunbar en 1950, Alexander en 1950, Serling en 1952 y más tarde Karasu en 1979, existiendo al principio un énfasis hacia la consideración de los aspectos psicosomáticos. La presencia de alexitimia (desorden neurológico que consiste en la incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y consecuentemente, la imposibilidad de darles expresión oral) en algunos de estos enfermos dio pie a la idea de que eran pobres candidatos a psicoterapia, lo cual estuvo sujeto a controversia. De hecho intervenciones posteriores y estudios psicosociales muestran que la expresión emocional, el apoyo social, los bajos niveles de estrés emocional, y un espíritu de lucha, tienden estar asociados con una mejor sobrevivencia en paciente con cáncer. En esta línea se han mostrado que en 12 de 17 estudios controlados, las intervenciones psicoterapéuticas fueron eficaces en reducir el estrés psicológico; solamente dos estudios no mostraron beneficio (Ruíz y Cano, 1993, Almanza, Straker, Holland, 1999).

Algunos estudios han indicado un beneficio directo del apoyo social en el tiempo de sobrevivencia. El primero y más publicitado estudio de Spiegel y Cols. (Tomblay y Bañados, 2004), mostró durante un seguimiento de 10 años que había una significativa

ventaja de supervivencia para mujeres con cáncer de mama que habían participado en terapia de grupo. Ellas vivieron un promedio de 18 meses más que las pacientes del grupo control. Richardson y Cols (Bárez, Blasco y Fernández, 2003) reportaron los efectos de las visitas domiciliarias y las intervenciones educativas en pacientes con leucemia y linfoma. Quienes recibieron intervención de grupo vivieron más, aun después de que las diferencias en tratamientos médicos fueron controladas. La conclusión fue que la intervención psicosocial fue la variable significativa. Finalmente Tamblay y Bañados (2004), trabajando con pacientes con Melanoma, documentaron una mayor supervivencia y bajos rangos de recurrencia para 40 pacientes asignados al azar para 6 semanas de psicoterapia de grupo. No hay hasta el momento estudios controlados del impacto de la psicoterapia individual sobre la recurrencia o la supervivencia, sin embargo la experiencia clínica lo sugiere.

El espectro de la psicoterapia psicodinámica incluye psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas tales como exploratoria, de apoyo al Yo y terapias de intervención en crisis. Las psicoterapias orientadas al insight están más estrechamente relacionadas al psicoanálisis. Los elementos comunes incluyen un foco en el conflicto central según se presenten en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. Estos conflictos son analizados y trabajados activamente con el terapeuta en una posición de neutralidad. El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente. La terapia de apoyo al Yo incluye soporte, reaseguramiento e infundir ánimo en la enfermedad terminal, requieren que la persona que conduce la psicoterapia sea flexible en su abordaje (Sánchez y Barranco, 1999).

Cualquiera que contemple la posibilidad de conducir una psicoterapia dinámica en un paciente con cáncer debe tener alguna familiaridad con las fases de la enfermedad del cáncer y los retos que representa para el paciente y para el médico. Los prerrequisitos del abordaje psicodinámico de pacientes oncológicos, tienen como punto crucial que requieren de un abordaje muy flexible, necesitan ser evaluados inicialmente con base en la presencia de síntomas así como en función de su salud física y del estadio de la enfermedad. También necesitan tener una evaluación psiquiátrica y psicodinámica. La naturaleza cambiante de la enfermedad, con el diagnóstico, la terapia, las remisiones, las

recurrencias y las fases de la enfermedad terminal, requieren que la persona que conduce la psicoterapia sea flexible en su abordaje (Matalobos, Montesinos, Yélamos, Clavero, 2007).

El psicoanálisis y la psicoterapia orientada al insight (realidad interior) pueden tener que dar paso a la intervención en crisis y a la terapia de apoyo (temporal o permanentemente, de acuerdo a la condición médica del paciente), considerando que pacientes que al inicio necesitaron de una intervención en crisis o terapia de apoyo pueden más tarde requerir una psicoterapia más intensiva (Almanza, Straker, Holland, 1999). Así, el psicoterapeuta debe ser flexible en función de la necesidad de medicación o para la referencia a terapia conductual si existe náusea condicionada. Es preciso un sentido común para el abordaje de las defensas, las cuales están relacionadas con la capacidad de afrontamiento con el cáncer y con su tratamiento, además deben ser evaluadas en términos de si son adaptativas y promueven la capacidad de afrontamiento opcional así como el cumplimiento del tratamiento, o si no lo son.

La primera fase es de diagnóstico y de tratamiento inicial. Esta fase es sorprendentemente bien manejada por la mayoría de los pacientes (Sánchez y Sánchez, 1999). Un estado de shock, dificulta creer en lo que ocurre, y cierto grado de depresión, culpa y amargura usualmente son abatidos por la esperanza de que el tratamiento sea exitoso. Una transferencia positiva para con el médico tratante es muy importante y de hecho muy común. Sin embargo algunos pacientes requieren de una intervención psicoterapéutica en esta etapa. Para algunos pacientes que han sido devotos de sí mismos al tratar de evitar enfermedades a través de la dieta, el ejercicio y un estilo saludable de vida, el diagnóstico de cáncer suele ser una afrenta mayor. Muchos pacientes sienten que ellos mismos se han causado el cáncer por no manejar el estrés de sus vidas suficientemente bien y así haber producido una falla en su sistema inmunológico. Otros pacientes quienes también requieren psicoterapia son rebasados por el miedo a morir; el miedo a la dependencia; la amenaza de perder el poder, el atractivo, el ingreso económico; o presentan ansiedad existencial acerca del significado de la vida. Algunos pacientes referidos por oncólogos, no pueden cumplir las recomendaciones terapéuticas debido a la negación, parálisis obsesiva o depresión.

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

del Yo y la intervención en crisis son los modelos usualmente efectivos a corto plazo en la mayoría de estos enfermos. La supresión de síntomas puede usualmente conseguirse con ambos métodos. Ocasionalmente, la adición de intervención psicofarmacológica puede asistir este proceso. Para otros quienes tienen trastornos caracterológicos de mayor duración, el estrés de la enfermedad puede requerir una psicoterapia orientada hacia el insight para hacerles capaces de lidiar con posibles complicaciones y llegar a algún grado de aceptación a ésta, su nueva realidad (Almanza, Straker, Holland, 1999; Tamblay y Bañados, 2004).

La fase de seguimiento, después del primer tratamiento de cáncer (cirugía, quimioterapia, y/o radioterapia), tras los rigores del tratamiento y los efectos colaterales, el paciente experimenta vulnerabilidad que puede ser negada por algunos o ser excesiva para otros, enfrentándolos con su propia mortalidad (Ruíz y Cano, 199; Tamblay y Bañados, 2004). Ante ello hay quienes pueden llegar a este término con una sensación de no haber cumplido sus objetivos vitales y sentirse súbitamente presionados a conseguirlos. La consulta durante esta fase puede basarse en las necesidades psicológicas (tomando en cuenta la estabilidad física propia de dicha fase), especialmente en quienes tienen una fuerte motivación, tolerancia de la ansiedad y suficiente inteligencia para engancharse en este proceso que puede ofrecer un significativo cambio psicológico.

La recurrencia y la consecuente vuelta al tratamiento condicionan una repetición de las reacciones correspondientes al diagnóstico y al inicio del tratamiento. El significado de la recurrencia hace sentir al paciente menos esperanzado en términos de curación y le hace experimentar culpa por haber fallado. Enojo, depresión, ansiedad, estrés y problemas en la relación médico-paciente pueden ser prominentes. Los aspectos psicoterapéuticos recuerdan estrechamente aquellos relativos al diagnóstico y a la fase inicial de tratamiento. La intervención en crisis y el apoyo del Yo, con o sin medicación, puede ser frecuentemente suficiente para restablecer el cumplimiento de las indicaciones médicas. El manejo de la negación como defensa que sin embargo puede llegar a bloquear el tratamiento se convierte frecuentemente en el foco de atención durante esta fase (Almanza, Straker, Holland, 1999, Sánchez y Barranco, 1999).

La fase de cuidado paliativo es la más difícil, especialmente para los médicos. Sólo recientemente los estudiantes de medicina y los médicos han comenzado a recibir enseñanza acerca de cómo enfrentar la fase terminal de una enfermedad. Las técnicas paliativas pueden reducir el dolor, la ansiedad, depresión, el insomnio, y otros malestares de niveles tolerables si los médicos recibieron instrucción apropiada y pueden enfrentar cara a cara la muerte de sus enfermos. La consulta psiquiátrica en el hospital durante esta fase es completamente común. Además del manejo del delirium, la ansiedad o los síntomas depresivos, algunos pacientes y sus familias solicitan intervención psiquiátrica para discutir cómo terminar el tratamiento activo y cómo vivir sabiendo que su tiempo es limitado. Más recientemente algunos pacientes han querido discutir el suicidio asistido. Ocasionalmente los pacientes son más realistas que sus médicos, considerando el pronóstico y la necesidad de asistencia en escoger su deseo de tratamiento heroico final. Otros necesitan afirmación acerca de la vida que ellos han llevado y pueden requerir abordar asuntos incompletos en relación a miembros de la familia o amigos. Aun otros necesitan comodidad y relaciones empáticas de apoyo, debido a que tienen miedo al abandono (Ruiz y Cano, 1999; Sánchez y Barranco, 1999).

El tratamiento basado en el entendimiento de las transferencias omnipotentes e idealizadas de Kohut en 1971 y el permitir la regresión en esta fase terminal es de gran confort para algunos pacientes. Norton en 1963 recomienda ayudar al paciente para defenderse contra la pérdida objetal facilitando una relación regresiva. Deutsch en 1933 escribió acerca de la importancia de diferentes ajustes. Eissler en 1995 recomienda que el psiquiatra comparta las creencias de inmortalidad e indestructibilidad del paciente, así como compartir las defensas y desarrollar una admiración por la fortaleza interna del paciente. Finalmente Cassem en 1978 enfatiza un abordaje de sentido común y en relación a escuchar al paciente, decirle su propia historia (la del terapeuta) en una relación de apoyo además de terapéutica. Tacto y apoyo son esenciales (Ruíz y Cano, 1993).

### 3.1.2. Modelo Humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones fenomenológicas, humanistas y existencialistas desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la Terapia gestáltica, el Análisis Transaccional y la Psicoterapia Centrada en el Cliente (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico) (Rogers, 1978, Peña Rubia, 1979)

A todas las orientaciones anteriores se les denomina tercera fuerza en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

Estas psicoterapias se desarrollan sobretodo en Norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838-1917) que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers (1883-1969), filósofo y psicopatólogo que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855) ,precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida, la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger (1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado dasein análisis (forma de ser-en-el-mundo); J. P. Sartre (1905-1980),que destaca el como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo. El ser humano es radicalmente libre, y se autodetermina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones(hay que notar que la concepción budista del karma es similar a esta existencial en cierto grado) y al psiquiatra V. Franklin (1905-) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la importancia del encuentro o pérdida del sentido

de la propia existencia, describiendo las llamadas neurosis genéticas como forma de pérdida de este sentido ( Rogers, 1978; Ruíz y Cano, 1993).

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el neopsicoanálisis de K. Horney, E. Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tillich y Martin Buber, residentes en EE.UU., y la escuela Gestalt, sobre todo a través de K. Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra El organismo de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C. Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas (Rogers en 1952 publica su obra Psicoterapia centrada en el cliente) y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra Motivación y personalidad. En 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la psicología académica, dominada por el conductismo que entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto (Ruíz, 2003).

Según Peña Rubia (1997) los modelos humanistas se caracterizan por:

- La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
- La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
- La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
- Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el

punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).

- La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

Los conceptos fundamentales del modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un hacer algo al individuo, tratará de libelarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1978).

Uno de los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de si mismo negativo o distorsionado en base a experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo. Parte del trabajo de la terapia centrada en el cliente trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que este pueda reconocerse de manera integral (Ruíz, Vázquez, 2003).

Otro elemento fundamental para que el sujeto continúe su tendencia actualizante es la experiencia psicológica, la cual consiste en la experimentación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experimentación de sentimientos reprimidos por ambivalentes, hostiles o irracionales que parezcan permite al sujeto actualizar su experiencia, ser el mismo y modificar el auto concepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno (familia, colegio, etc.) puede hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas a él mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público. El proceso evaluador



anterior queda así conformado por la discrepancia entre lo experimentado y lo que debe de experimentarse o expresarse.

La anterior discrepancia genera psicopatológica. La incongruencia entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la aceptación o consideración positiva hacia sí mismo genera una especie de conducta defensiva que implica negación y distorsión y por lo tanto mayor o menor grado de psicopatológica.

El terapeuta centrado en el cliente tratará de desarrollar una serie de mecanismos de cambio (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia) mediante los que comunicará al sujeto la actitud de que experimentar su organismo, su subjetividad emocional es importante y esencial para su actualización y desarrollo personal (Vázquez, 2003; Spagmuolo, 2002).

El método terapéutico básicamente parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizante y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva condicional). La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: La Empatía, la Consideración positiva incondicional y La Congruencia (Rogers, 1978):

**La empatía:** Se refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a su cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases: 1) La resonancia empática del terapeuta a las expresiones del cliente, 2) la expresión de empatía por parte del terapeuta al cliente y 3) la recepción del cliente de la respuesta empática del terapeuta.

**Consideración positiva incondicional:** El terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

**La congruencia:** Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales.

Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque sí parecen necesarias (Carkuff, 1979; Vázquez, 2003).

También es de destacar que los movimientos actuales de psicoterapia (enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en una perspectiva vivencial, lo que es expuesto por C. Rogers (Peña Rubia, 1997; Castañeda, 1998). La emoción y su experimentación se consideran básicas en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

### **3.1.3. Modelo Conductual**

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcada por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas. En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares (fiabilidad baja, efecto de marca negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos

diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H. J. E. Ysenck en 1952 publica su acido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (entiéndase terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Este autor siguiendo la tradición de Pavlov basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Sudáfrica, Golpe en 1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la desensibilización sistemática. Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de los EE.UU. donde la obra de B. F. Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes sicóticos (Ruíz, 2003).

En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960, Bandura desarrolla el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: el aprendizaje por imitación o modelado. En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C(Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis, los enfoques cognitivos de la depresión de Beck, los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandura dentro de su enfoque de aprendizaje social (Bandura y Ribes, 1984; Meichembaum, 1988; Ruíz, 2003).

De forma general, se genera así dos grandes corrientes en la terapia de conducta: aquellos que rechazan los términos mentalistas y apoyan la suficiencia del condicionamiento para la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos (abanderados por Wolpe y los seguidores de Skinner) y aquellos otros, que aun reconociendo la importancia del condicionamiento, lo ven insuficiente para abordar los

problemas psíquicos (Eysenck y sus seguidores destacan el papel de los factores biológicos; y los terapeutas cognitivos el papel de los significados subjetivos como las creencias, atribuciones, metas e interpretaciones personales).

Actualmente la terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas (neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, etc.); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental.

Algunos autores destacan como último desarrollo de la teoría conductual, (Rodríguez y García, 2003) las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (por ejemplo Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se utiliza con exceso las técnicas conductuales como procedimiento de cambio de significados cognitivos. Los postulados básicos del modelo conductual (Skinner, 1983) son:

- La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma superficial de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
- La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- El estudio del sujeto conductual consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.

- El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta.
- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingenciales actuales.
- El terapeuta de conducta siente un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

Los conceptos fundamentales de la terapia de conducta asumen una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los cinco siguientes (Bandura y Ribes, 1984):

- La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos);
- La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos;
- La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por modelamiento).

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para provocar la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás. El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada Teoría de los dos factores de Mowrer en 1946 propone que la respuesta de ansiedad se

condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor). Eysenck en 1982 desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse, a esto lo conocemos como la llamada paradoja neurótica (Balbi, 2004).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una E-R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión por Lewinsohn en 1974, evitación o defensas de los trastornos neuróticos de Mowrer en 1949, la conducta histriónica, la esquizofrenia por Ullman y Krasner, en 1975, los problemas de la pareja por Linenhan y Rosenthal, en 1979 y las toxicomanías de Kepner, en 1964, (Skinner, 1985; Balbi, 2004).

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por modelamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de cómo actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc.) .Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para

relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso (Bandura y Ribes, 1984).

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionismo recíproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Bandura y Ribes, 1984; Skinner, 1985; Ruiz y Cano, 1993).

Queda claro que el conductismo actual está lejos de ser una simple teoría Estimulo - Respuesta.

El método terapéutico de la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en traducir el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como cogniciones, emociones y conductas) y en determinar las variables que las mantienen (organismicas, mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo). El anterior proceso determina de qué variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir. También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Bandura y Ribes, 1984).

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva del análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan (Skinner, 1985; Bandura y Ribes, 1984):

**Técnicas basadas en el condicionamiento clásico:** La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

**Técnicas basadas en el condicionamiento operante:** Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, etc.) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, etc.).

**Técnicas basadas en el modelamiento:** A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Asertividad.

**Técnicas basadas en los principios del autocontrol:** Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el auto registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos conductuales o conductistas cognitivos.



Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del conductismo clásico(Pavlov, Watson), moderno(Skinner, Bandura) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (conductismo radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (psicólogos cognitivos-conductuales como Beck, y Ellis) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (psicólogos cognitivos-constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la modificación de conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales (Meichenbaum, 1988).

#### **3.1.4. Modelo Cognitivo**

Los orígenes de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epicteto Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de estas recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre. El budismo por su parte de la realidad como construida por el pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden generar sufrimiento. Posteriormente y en la tradición kantiana, Vaihinger (1853-1933) desarrolla su teoría del conocimiento, donde las personas guían su conducta por modelos de la realidad a modos de esquemas, metas y guiones. Otro filósofo que destaca el papel de la cognición es B. Russell (1873-1971) que en su obra La conquista de la felicidad en 1930 describe como las creencias adquiridas en la primera infancia se hacen inconscientes y pueden adquirir un carácter perturbador en la vida posterior del sujeto (Ruíz y Cano, 1993).

Los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de las distintas escuelas psicológicas. Dentro del psicoanálisis, Lungwitz en

1926 propone un modelo de terapia muy parecido a la terapia cognitiva actual, y K. Horney en 1950 desarrolla su teoría de las actitudes neuróticas (Tiranía de los deberías). Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937) desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatológica y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere esquemas perceptivos en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia conllevaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales (Mirapeix, 2004).

Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aarón Beck. Ambos se formaron en el psicoanálisis, y abandonaron esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo.

Albert Ellis fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más neofreudiana hasta llegar a su propio modelo. Con estas modificaciones observó que iba aumentando el porcentaje de éxito en su tratamiento y que los pacientes aunque podían tener una adecuada comprensión de su conducta (Insight) no la solían modificar, y se estancaban a este nivel. En 1958 publica su famoso Modelo A-B-C para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales (C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino de determinadas Creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se auto adoctrinaba (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias. Su terapia constituye la llamada terapia racional emotiva.

Beck parte de su trabajo sobre la depresión, observa que en este y otros trastornos emocionales, la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de Esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de Supuestos personales. Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, activándose

posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la Terapia Cognitiva, propuesta por Beck (Meichenbaum, 1988).

Actualmente han aparecido nuevos modelos de psicoterapia cognitiva que se postulan por sus defensores como distintos a los señalados anteriormente de Ellis y Beck. Estos nuevos modelos se denominan Constructivistas. Básicamente se diferencian de los anteriores, que ellos denominan como Racionalistas, en varios aspectos (Meichenbaum, 1988; Balbi, 2004):

**1.-**No se puede concebir una realidad objetiva independiente del sujeto que pueda ser distorsionada.

**2.-**No se puede afirmar siempre la primacía de la cognición sobre la emoción o la acción.

**3.-**La terapia no se constituye como una labor psicoeducativa de corrección de cogniciones erróneas, sino como una reconstrucción de la propia coherencia del sistema cognitivo del paciente.

Líneas terapéuticas destacadas en este movimiento son: Terapia Cognitivo Evolutiva de Mahoney (1991), la Terapia Cognitiva Estructural de Guidano y Liotti (1985) y la Terapia Cognitiva Narrativa de Gonsálvez (1992). Esta corriente cognitiva tiene a su vez importantes partidarios en el modelo sistémico constructivista (Muñoz, 2004).

Se propone una clasificación general de los principales conceptos de estos modelos, siguiendo a Meichenbaum (1988), en tres apartados:

**Esquemas cognitivos:** Constituye una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes a sí mismo, los eventos las personas y las cosas. En líneas generales están organizados en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-preposicional como de manera episódica

mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las Creencias y Supuestos personales (por ejemplo Ellis, Beck) y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo preverbal.

**Operaciones cognitivas:** Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad procesa la información de los datos sensoriales, guiada por los significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente trastornos del juicio y razonamiento y en la línea de Beck a las distorsiones cognitivas (pensamiento polarizado, sobre generalización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc.). Conforman la llamada visión túnel de los distintos trastornos emocionales; por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las pérdidas y las personas hipomaniacas en las ganancias.

**Productos cognitivos:** Son los resultados más conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, etc. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal (psicosomática o psicofisiológica) también es resultante o producto cognitivo. En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos sintomáticos.

Básicamente, los conceptos cognitivos de la terapia apuntan a la relevancia del Significado, su formación, desarrollo, disfuncionalidad y posibilidades de cambio. En este enfoque lo más relevante no es la conducta, la emoción, la motivación o la mera cognición, sino el significado. El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la conceptualización a la intervención en el caso concreto. La conceptualización supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general, utilizando la historia clínica y el análisis funcional, y posteriormente, de manera más individualizada, generando las primeras hipótesis sobre la estructura cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente (evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica, etc.). El terapeuta racionalista apuntará a

detectar los supuestos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas subyacentes a la presentación sintomática, y el terapeuta constructivista al rango de incoherencia en la estructura subjetiva de significados, entre los afectos experimentados y como son explicados y atribuidos conscientemente por el sujeto (Muñoz, 2004).

Una vez realizado este diagnóstico de la estructura cognitiva el terapeuta diseña la intervención terapéutica. Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas. Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos y experienciales) según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales. Una agrupación general de las técnicas cognitivas, de esos procedimientos podría ser la siguiente (Rodríguez y García, 2003):

**Detección de pensamientos automáticos:** Consiste en un entrenamiento en base a un autor registro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.

**Clasificación de las distorsiones cognitivas:** A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.

**Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos:** Básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando diarios predictivos donde va recogiendo evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema.

**Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales:** A partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos (cadena inferencial o flecha descendente) se hipotetizan los esquemas que los sustentan, que después se intentan de revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos.

**Uso de imágenes:** El terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.

**Disputa racional de creencias disfuncionales:** Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, la descatastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el autoconcepto que deriva de la exigencia.

**Técnica del rol fijo:** El paciente escribe un boceto de como se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe como si fuera tal y compruebe los nuevos efectos.

**Resolución de problemas:** Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.

**Inoculación al estrés:** Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

➤ **Técnicas Experienciales o Emocionales:**

**Auto observación con la técnica de la moviola:** Consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, él como es vivenciada emocionalmente y el cómo es explicada. Suele conllevar el uso de focusing (asociación de emociones y reacciones corporales). Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva cognitiva.

**Empleo de la dramatización:** Se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

➤ **Técnicas Conductuales:**

**Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:** Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.

**Uso de la exposición con o sin relajación:** Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.

**Uso de tareas de dominio y agrado:** El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la Programación de actividades y la Asignación gradual de tareas que cumplen fines similares.

**Trabajo con la familia:** En determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica (por ejemplo, Huber y Baruth).

Hay que destacar que los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y como los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica. Este último aspecto supone una reconceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis (Rodríguez y García, 2003).

### **3.1.5. Modelo Sistémico**

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En las décadas de los 1950 y 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento (Hoffman, 1998). El propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudio los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del

adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infantojuveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados (Navarro Góngora y Benyenbach, 1995).

La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan y Horney) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, y como la familia intermediaba la interiorización de determinadas orientaciones de valor patológico social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la madre esquizofrenógena de Fromm-Reichman en 1948 o madre perversa de Rosen en 1953 para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia. La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en EE.UU., a partir del estudio de Gregory Batenson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia (Hoffman, 1998) como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto; Jackson, Watzlawick y Haley (Navarro y Beyebach, 1995). Otro autor destacado es Minuchin que también en EE.UU. estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker (Macias, 1998).

En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro, más influyente a la postre, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán; Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (Navarro, y Beyebach, 1995).

En esta década el grupo de Milán y el de Palo Alto serán los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar (Hoffman, (1998).



En la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son (Navarro, y Beyebach, 1995; Hoffman, 1998):

- La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Bateson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch en 1974. Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentada. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (Que supuestamente siguen la lógica intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.
- La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin .Se centra sobre todo en los llamados sistemas tríadicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las definiciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas (a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema. (Minuchin y Fishman, 1984).

- La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de sacrificio para un bien mayor, que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas (Procter, 2002).

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema. Se trata en suma de reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa.

Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un cada vez mayor acercamiento de los modelos sistémicos y los modelos cognitivos (sobre todo de los constructivistas); acercamiento que se propone como una de las mayores revoluciones en el campo de las psicoterapias

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas con Bertalanffy, en 1967 y Wiener en 1947. Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que el todo es más que la suma de las partes). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica (Bollini 1994):

- Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y
- Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambio.

Navarro Góngora y Beyenbach (1995) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (de los padres) involucrando a una tercera (un hijo).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- La información se refiere a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (la esencia de dicho fenómeno es el hecho de que hay dos imperativos en conflicto, ninguno de los cuales puede ser ignorado, lo cual deja a la víctima frente a una disyuntiva insoluble, pues cualquiera de las dos demandas que quiera cumplir anula la posibilidad de cumplir con la otra. Yo debo hacerlo, pero no puedo, es una descripción crítica de una experiencia de doble vínculo: se exige que se resuelva lo que es un problema inevitablemente insoluble), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, por ejemplo pautas de discusión de la pareja donde

cada uno culpa al otro y vuelta a empezar), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan, padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.(Sager, 1998).

- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc.). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema (Minuchin y Fishman, 1984).

Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas.

En primer lugar el terapeuta intenta de hacer un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema solución intentada como lo propone Watzlawick en 1967 y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (limites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para competir la vida afectiva) o está aglutinada (limites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda(quien y como se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia en la línea de Selvini-Palazzoli (Minuchin y Fishman 1984, Andolfi, 1987).

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento comprometido).

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan (Minuchin 1979, Navarro Góngora y Beyenbach, 1995):

**La reformulación del problema:** Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.

**El uso de la resistencia:** Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia, se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo ¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?, de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.

**Intervención paradójica:** Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.

**Prescripción de tareas:** Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.

**Ilusión de alternativas:** El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.

**Uso de analogías:** El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.

**Cuestionamiento circular:** Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar (¿Cuándo x actuó así, como reaccionó Y a esa conducta...y Z ante la reacción de Y?).

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo más conductual o pragmática centrada en el estudio de las secuencias interaccionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley) y otra de tipo más cognitivo o constructivista centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Anderson, 1989).

Algunos estudios de la terapia sistémica en pacientes, que padecen enfermedades terminales, mencionan que la muerte les parece amenazante, dando lugar a la aparición de diversos temores que comienzan aflorar. Si el miedo es aceptado se convierte en angustia, tristeza o depresión (Weisz, 1997; Baider, 2005).

Otras veces los miedos serán negados intelectualmente, como mecanismo defensivo ante un diagnóstico de enfermedad incurable. Estos pacientes enfrentan un proceso de deterioro físico y psíquico que los pone en condición real de morir. Además del temor al sufrimiento, que involucra la pérdida de la imagen corporal, detestan ser una carga para los demás, sufren por no poder completar una tarea, por la pérdida de su rol familiar o social, temen por el futuro de su familia y por el funcionamiento de su hogar cuando ellos ya no estén (Rodríguez, 2002).

Estos miedos gozan de un cierto grado de generalidad y a su vez se entrelazan con las características específicas de cada persona en particular, con sus condiciones sociales, religiosas, culturales, familiares. En este punto la terapia sistémica, respeta las creencias, atribución de significados que cada paciente tiene con respecto a la enfermedad, dolor y muerte. La tarea del terapeuta será entonces ayudarlos a verbalizar sus molestias, inducirlos al diálogo, facilitando durante todo el proceso de la enfermedad una aceptación y adaptación apropiadas (Weisz, 1997; Rodríguez, 2002).

Una comunicación apropiada facilita el encuentro con el otro, la comprensión de sus ideas, emociones y sus creencias. Facilita además que mejore la comprensión de aquello que se busca transmitir y sugerir. Será necesario utilizar técnicas y estrategias adecuadas a cada tipo de paciente y situación. Para esto se cuenta con un abanico de ellas en la terapia sistémica como son: hablar el lenguaje del paciente, recurso del humor, preguntas circulares, prescripciones de comportamiento, reestructuración, visualización, relajación, uso de analogías y externalización del problema. Cuando se habla de familia, se sabe que la enfermedad terminal afecta no sólo al individuo enfermo sino también a los miembros de su familia provocando trastornos a nivel emocional como así también a nivel funcional. No olvidemos que la familia se constituye como un sistema de relaciones interpersonales que forma una unidad de funcionamiento, de modo tal que cualquier modificación que se introduce en una de sus partes repercute en todas las restantes. Esta unidad de funcionamiento se caracteriza por un reparto de roles y de responsabilidades. La

enfermedad va a exigir a la familia la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones: intentar reconfortar al enfermo, participar en las decisiones médicas y en los cuidados, esforzarse en asumir aspectos cotidianos adaptándose a una situación médica de evolución constante (Navarro Góngora y Beyenbach, 1995). Entonces como estrategia adecuada apropiada para brindar cuidados paliativos, es necesario considerar las vivencias del enfermo y su grupo familiar, identificando sus necesidades, problemas y recursos, buscando el consenso durante todo el proceso de la enfermedad. De esta manera los cuidados paliativos incorporan a la familia como unidad mínima de tratamiento, extendiendo la atención al período de duelo. Es importantísimo, en la tarea como psicólogos y terapeutas sistémicos realizar reuniones familiares desde que se toma contacto con los pacientes. Muchas veces y según las distintas situaciones y problemas a trabajar, se cita a toda la familia del paciente o los diferentes subsistemas de ser esto necesario.

Se utiliza un instrumento que es fundamental: la confección del genograma. El mismo que permite tener desde un comienzo, una idea aproximada de la estructura familiar, información de sus vínculos, relaciones, datos de edad, nombres, profesiones y hechos más significativos a lo largo de la historia.

Es importante hacer una evaluación de la capacidad familiar, para enfrentarse a una enfermedad incurable. Esta comprende el estudio de las características psicológicas de cada uno de los miembros de esa familia y las del sistema familiar en sus aspectos de adaptabilidad, de comunicación, de cohesión, desenvolvimiento y transformación. Las características familiares que parecen favorecer su adaptación son una flexibilidad de la organización que permite los cambios de roles, relaciones intra y extra familiares (cohesión) y que toleran y favorecen la expresión de las preocupaciones (comunicación) y una capacidad de recurrir en confianza al sistema de cuidados (Espinoza y González 1989).

En los cuidados paliativos es necesario evitar la claudicación emocional de los familiares cuando hablamos de familia, sabemos que la enfermedad terminal afecta no sólo al individuo enfermo sino también a los miembros de su familia provocando trastornos a nivel emocional como así también a nivel funcional. No olvidemos que la familia se constituye como un sistema de relaciones interpersonales que forma una unidad de funcionamiento, de modo tal que cualquier modificación que se introduce en una de sus partes repercute en todas las restantes (Minuchin, y Fishman, 1984). Esta unidad de

funcionamiento se caracteriza por un reparto de roles y de responsabilidades. La enfermedad va a exigir a la familia la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones: intentar reconfortar al enfermo, participar en las decisiones médicas y en los cuidados, esforzarse en asumir aspectos cotidianos adaptándose a una situación médica de evolución constante.

Se trata de episodios caracterizados por la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta a las demandas y necesidades del paciente y que tiene como consecuencia la dificultad para mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos de la familia y de éstos con el equipo de cuidados. Estos episodios pueden afectar a todos los miembros de la familia simultáneamente o sólo a alguno de ellos. Puede reducirse a un episodio momentáneo, temporal, o bien definitivo que se manifiesta por el abandono del paciente.

Un modelo de intervención en la terapia sistémica es propuesto por la universidad de Tel-Aviv, del instituto de la familia el cual relaciona al sistema familia, sistema médico y red de apoyo social, en el tratamiento del paciente con cáncer, donde se manifiesta el trabajo involucrando a todos estos sistemas, el paciente puede externalizar su problema, como lo afecta mostrando sus emociones; lo que le calma la ira, ansiedad, negación a la enfermedad y la depresión, la familia por tanto se adapta a las necesidades del paciente pero en conocimiento de la enfermedad en sí y a través del conocimiento de la historia familiar (genograma), se intenta que el paciente pueda visualizarse no como víctima y no tenga pensamientos negativos si no como el que debe ver cómo afecta el cáncer a su persona y que podría generar de positivo su enfermedad (Weisz 1997).



## CONCLUSIONES

Actualmente, en México hay una carencia en la formación de profesionales dedicados al cuidado psicológico que requiere el enfermo terminal y al manejo de la problemática de éste con sus familiares.

Por ello, es de suma importancia tratar de lograr que las personas entiendan que es una necesidad el aceptar la muerte como un fenómeno natural y por tanto, prepararse para morir, así como, aprender a vivir mejor.

Desgraciadamente en México, como en otros países, aún no se prepara a las personas para enfrentar de una manera positiva su propia muerte y la de sus seres queridos, así como las pérdidas de cualquier índole en la vida, al igual que darle un sentido positivo a la frustración. Y esto podemos observarlo en nuestra cultura y educación, donde se busca que la muerte sea un acto solitario fuera de los ojos de la familia, ese miedo inculcado a través de siglos de represión de nuestros usos y costumbres prehispánicos, donde no solo se adoraba a la muerte si no, que hacía de ella una maravillosa experiencia; el saber que existía algo mas allá, dependiendo de la vida que se llevaba y del rango que se tuviera en la sociedad, un lugar para cada persona donde podía disfrutar de una nueva luz.

Para todo el género humano, vivir irremediamente se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida y, sin embargo, es un tabú. En nuestra sociedad, donde los fines que se persiguen son más materiales que espirituales, no se le permite a eso que conocemos como “yo” que sobreviva a la muerte; morir es igual a acabar, lo cual resulta ser una idea difícilmente soportable. Las personas “conviven” con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema, que les resulta angustioso en alto grado; así se defienden de la ansiedad que les crea.

Pero los profesionales de la salud, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal.

¿Qué es lo realmente difícil, morir o presenciar la muerte? A algunos esta pregunta les puede parecer fuerte, sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto

íntimo con los moribundos. Hay que añadir, además, que aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias (médicos por ejemplo), que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con una calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de los casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final.

Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, éstas influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares, existe un intercambio de sentimientos.

De ahí la necesidad de que como profesionales de la salud ante esta realidad cotidiana, las nuestras sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.

La Dra. Elizabeth Kubler-Ross (Psiquiatra) consideró una obligación moral el ayudar a aceptar conscientemente este suceso inevitable y natural en la vida de todo ser humano. Lo que la llevo a proponer una atención específica a los enfermos terminales de ahí se creó una modalidad de atención a los enfermos terminales llamada ahora la nueva Tanatología, ya que las variantes tradicionales se encargaban de los cadáveres.

La finalidad de un Tanatólogo es la de ayudar al enfermo a bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de vida, como algo trascendental y así aprovechar al máximo el poco tiempo que le queda, sin darse por vencido ante su deterioro biológico, considerando que psicológica, social, laboral, familiar y espiritualmente, todavía le queda mucho por hacer.

La persona en fase terminal, con la atención del psicólogo debidamente entrenado para estos casos, morirá de una manera más tranquila, si abraza plenamente con una actitud positiva (dentro de lo posible), la poca vida que le queda, y ello traerá como consecuencia, una mayor tranquilidad para sus seres queridos una vez que llegue el momento del desenlace final.

La muerte es una parte importante de la vida y ante una enfermedad terminal crónica podemos renunciar, solicitar ayuda, gritar, llorar y convertirnos en inválidos antes

de lo necesario. Podemos dirigir nuestra frustración y enojo hacia otros, generalmente nuestra familia, llegando a hacer su vida completamente desgraciada.

Sin embargo, también tenemos la oportunidad de completar nuestro trabajo, actuando de tal manera que seamos capaces de buscar la plenitud personal y la felicidad y asimismo servir de ejemplo a muchas otras personas con nuestra valiente batalla y el sentido que demos a nuestro dolor y a nuestra existencia.

La tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a enfermedades terminales, según estadísticas de la secretaría de salud, sin embargo, las instalaciones de salud pública no ofrecen servicios que propicien una calidad de vida necesaria para hacer llevadera la agonía de los enfermos y sus familiares.

Los hospitales privados son los únicos que se preocupan por el bienestar de este tipo de enfermos, pero a un costo elevado, desafortunadamente el 80 % de los médicos del sector salud no están capacitados para tratar con pacientes condenados a morir por cáncer o sida, por ejemplo.

Los servicios tanatológicos ofrecen diversas formas de ayuda para el paciente terminal, desde la lectura de un libro al enfermo; hasta cuestionarlo sobre si ya hizo su testamento o el cuidado más esencial que requiere para estar cómodo. Sin embargo, estos hospitales privados otorgan dicho servicio a costos fuera del alcance para la mayoría de los mexicanos.

Por otro lado, la familia juega un papel importante en el proceso de la muerte, aquellos quienes están cerca del afectado deben compartir sus sentimientos y emociones, aceptar sus actitudes ya que sólo él sabe por lo que está pasando. Un enfermo terminal pasa por etapas de negación, depresión, ansiedad, ira y miedo. Una familia dispuesta cuida y enseña a cuidar, es algo que se transmite de generación en generación, la máxima es hacer por el enfermo lo que me gustaría que hicieran por mí.

La inserción del psicólogo en esta área es importante ya que puede aportar una intervención en los momentos de crisis del enfermo, es importante recalcar que las diferentes corrientes psicológicas manejan sólo algunas de las necesidades del paciente lo que hace que no podamos tener ese contacto certero en su atención.

Se reviso las corrientes que en algún momento registran trabajo con los pacientes terminales y en ellas se encontró precisamente que sólo se abocan a síntomas aislados

como en la terapia conductual, pero que no dejan de ser importantes en el tratamiento psicológico; por desgracia, su alcance tan limitado que no logra una completa atención del paciente.

En los modelos psicodinámicos se pone de manifiesto el tratamiento directo analizando los mecanismos de adaptación entre paciente y cuidador y ayuda a la relación medico paciente pero no enfoca a la familia que también participa del dolor y la angustia, se habla de la supervivencia o la prolongación de la vida para quienes llevan esta terapia, pero nunca de la relación del paciente con su familia o de que papel juegan ellos. Y regularmente se manejan como intervenciones en crisis del enfermo para solucionar lo que se le vaya presentando al paciente y se maneja en combinación de la terapia conductual para resolver los síntomas físicos como nauseas.

El modelo cognitivo apunta en la dirección ya mencionada del conductual, ya que hablamos de su relación inminente, los cuales son conocidas como técnicas cognitivo conductuales, la más usada en el tratamiento a pacientes terminales es la psicoeducación que tiene técnicas específicas para el control de la ansiedad o para intervenir ante diferentes problemas de depresión y tristeza y otras técnicas para problemas desadaptativos como la negación, ira y miedo. En determinados casos este modelo logra ubicar que la disfunción es mantenida por la relación familiar y propone una intervención que puede ser cognitiva-sistémica (Huber y Baruth, 1991), lo que nos permite observar que se complementan con otros modelos.

El modelo humanista solo reflejó su trabajo en la entrevista con el paciente de cáncer terminal pero no una intervención específica dentro de esta corriente, lo que nos deja ver que sólo existen herramientas de ésta para usar quizá en la valoración del paciente pero no así en su intervención, se habla del duelo de la familia de lo que por separado las personas sienten (empatía) con este suceso pero no durante la crisis del paciente, cuando es tomado por sorpresa con el diagnóstico de su enfermedad y todo lo que conlleva esto. Aunque maneja como instrumento una entrevista no específica, no permite saber por completo el funcionamiento del paciente en su entorno familiar lo que en estos casos es muy importante ya que no se encuentra solo en este trance y la mayor parte de sus crisis las proyecta hacia éste.

En el modelo sistémico, se facilita al paciente a externar su angustia, maneja toda la gama de sentimientos que provoca la amenaza de la muerte inminente, el paciente puede tener una visión menos dramática de este proceso y esto ayuda a sus familiares a involucrarse en el, haciendo una revisión de su historia familiar y con esto no sientan tanta tensión en dicho proceso, con el sistema médico y el apoyo social existe una comunicación abierta y clara haciendo reuniones constantes tanto entre ellos como con el paciente y la familia

El modelo sistémico propone que el paciente sea consciente de su problemática y que logre durante este trance generar pensamientos positivos lo que lo llevara a un buen desenlace tanto para el como para su familia, el terapeuta permite la externalización de la problemática, hace consciente al paciente de cómo le afecta su enfermedad y lo ayuda a visualizarse como su propio rescatador (Weisz,1997), que la familia no lo deje de ver como un ser completo y no solo se centre en su enfermedad al final el trabajo permite que la familia pueda lograr un proceso de duelo más sano y menos traumático, así se logra trabajar de manera global la enfermedad terminal en el modelo sistémico.

## BIBLIOGRAFÍA

Almanza M. J., Straker N., Holland J.C., (1999). Psicodinámica en pacientes con cáncer, en: *Revista de publicaciones en psicoterapia Colombia y México*. Disponible en: [www.apm.org.mx/dreamweaver/publicaciones/1999/3-4/psicoterapia.html](http://www.apm.org.mx/dreamweaver/publicaciones/1999/3-4/psicoterapia.html)

Andolfi M. (1987). *Terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Arbiol, C. (1998). Cáncer y enfermedades terminales. En: *Revista de Negligencias médicas y sanitarias*. Disponible en: [www.negligencias.com/documentos.htm](http://www.negligencias.com/documentos.htm)

Arratibel, A. (2005). Cuidados en la agonía. En: *Revista del Complejo Hospitalario Donosita Osakidetza San Sebastián*. Disponible en: [www.enfermeria21.com/listametas/Agonia.doc](http://www.enfermeria21.com/listametas/Agonia.doc).

Baider, L. (2005). Cáncer y familia. Aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of clinical and health psychology*. Disponible en: [www.aepc.es/ijchp/SCMIIP.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/SCMIIP.pdf)

Balbi J. (2004). *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bandura A., Ribes I.E. (1984). *Modificación de la conducta* (4ª reimpresión) México: Trillas

Barbosa, T. (2001). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala: México.

Baréz M., Blasco T. y Fernández C. J. (2003). *La introducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Disponible en:  
[www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/06-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/06-19_2.pdf)

Barco, S. y Solís, C. (2003). *Duelo: la importancia de un apoyo psicológico a los enfermos terminales y sus familiares, propuesta de intervención*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala: México

Bogaert, G. (2008). *La enfermedad mental: psicoterapia*. En: Revista de la biblioteca de la UCLA. Disponible en:  
[http://bibliotecauniversia.net/html\\_bura/ficha/params/idel/37735651.html](http://bibliotecauniversia.net/html_bura/ficha/params/idel/37735651.html)

Bollini, M. (1994). Una nueva orientación de la ciencia: de la “maquina” al “sistema” Ciencia de los sistemas y teoría general de los sistemas. En Bollini M. (Ed.) *La teoría general de los sistemas y el origen olvidado de la teoría sistémica* (pp. 29-71) Buenos Aires: Lumen.

Carvajal, M. (1997). El rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos. En: *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA-COLOMBIA)*. Disponible en:  
[www.uan.edu.co/courses/contents/show.jsp?code=241023&program](http://www.uan.edu.co/courses/contents/show.jsp?code=241023&program)

Cashdan, S. (1992). *Enfermedad Mental, Psicoterapia y cultura*. En: *Revista Instituto técnico de Santo Domingo*. Disponible en:  
[www.udec.cl/docliter/mecesup/articulos/elit.pdf](http://www.udec.cl/docliter/mecesup/articulos/elit.pdf).

Castañeda, S. (1998). *Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona: Herder.

Castro, G. (2007). *Tanatología, la Inteligencia Emocional y el Proceso de Duelo*. México: Trillas.

Clavé, E. (2000). *Ante el dolor: reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. México: Vivir Mejor.

Chanes, Z. (2002). *Propuesta de intervención en profesionales de la salud que están a cargo de enfermos terminales*. Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala: México.

De la Serna, P. (2005). *Reacciones del paciente ante la enfermedad terminal*. En: *Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la comunidad Valenciana*. Disponible en: [www.redfarmamedica.com/spcr/revista/colaboraciones/col-28.htm](http://www.redfarmamedica.com/spcr/revista/colaboraciones/col-28.htm)

De la Vega, L. (2003). Honrar a la muerte, tradición mexicana. En: *Revista Diario de México*. Disponible en: [www.diarodemexico.com.mx/?module=displaystory-id=12153edition-id=1548format=html](http://www.diarodemexico.com.mx/?module=displaystory-id=12153edition-id=1548format=html)

Dworkind, M. y Karnes, B. (2002). Etapas comunes del proceso de muerte. En: *Revista del departamento de Trabajo social y de Planificación del alta hospitalaria, Hospital Jackson Memorial*. Disponible en: [www.jhsmmiami.org/](http://www.jhsmmiami.org/)

Espinoza, S. y González, M. (1989). *Psicología de la familia*. Buenos Aires Argentina: Paidós

Fromm, E. (1978). *Amor a la vida*. Madrid: Paidós Ibérica

Fromm, E. (1999). *El arte de amar*. México: Paidós.



Galavíz, J. (2004). Los aztecas y el culto a la muerte. *Todo Historia.com*. Disponible en:  
[www.todohistoria.com/informes/aztecascultomuerte.htm](http://www.todohistoria.com/informes/aztecascultomuerte.htm)

Hoffman, L (1998). Capítulo 6: Primeras investigaciones de grupos familiares. En Hoffman, L. (Ed.) *Fundamentos de la Terapia Familiar un marco conceptual para el cambio de sistemas* (pp. 26-44) México: Fondo de Cultura Económica

Imberón, G. y Barbudo, A. (1998). Enfermedad Mental Psicoterapia. En: *Revista del Instituto Técnico de Santo Domingo*. Disponible en:  
[www.personales.ya.com/laemental/psicoter.htm](http://www.personales.ya.com/laemental/psicoter.htm).

Kübler-Ross, E. (1997). *La Rueda de la vida*. Bailen. Barcelona: Ediciones B, S.A.

Lolas, S. (1997) La muerte. En: *Revista de la Facultad de medicina y Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. Análisis de la Universidad de Chile*. Disponible en:  
[www.Uchile.cl/bioetica/](http://www.Uchile.cl/bioetica/)

Macia, A., Olivares, C., Cruzado, J., Fernández, S. (1992). Capítulo 10: Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En Macia, A (Ed.) *Intervención psicológica programas aplicados de tratamiento, Universidad Complutense de Madrid* (pp. 54-78). España: Pirámide.

Macías, R. (1998). “La familia” En: *Antología de la sexualidad humana* (pp. 167-197). México DF: Porrúa.

Martín, C. (2004) Elaboración y validación de un instrumento para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el curso de las enfermedades crónicas: PSICROM. En: *Revista Internacional On-line – An Internacional On-lineJournal*. Disponible en: [www.intersalud.es-info](http://www.intersalud.es-info)

Martínez-Bouquet, C. (2004) la nueva tanatología. En: *Servicios Caramuto Rosario*.  
Disponible en: [www.infomedics.com](http://www.infomedics.com)

Martínez, V. (2004). La “Santa muerte” imagen adorada en México. En: *Revista La palma y The Palm Beach Post*. Disponible en:  
[www.lapalma.interactivo.com/vida/content/via/traicion/08/904/muerte.htm/](http://www.lapalma.interactivo.com/vida/content/via/traicion/08/904/muerte.htm/)

Matalobos B., Montesinos F., Yelamos C. y Clavero P. J. (2007) I Jornadas de Psicología Integradora: Una nueva perspectiva. *Revista de Clínica y Salud, Madrid*. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=SII3052742.artext>

Meichenbaum, D. (1988) Terapias cognitivas-conductuales en: Lihn, S., Garske, J. (Eds.) *Psicoterapias contemporáneas modelos y métodos* (pp. 331-345) Bilbao: desclee de Brower.

Minuchin, S (1979) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa

Minuchin, S. y Fishman H. C. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Mirapeix, C. (2004) Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. En: *Revista Psicoanalista Internacional Aperturas*. Disponible en: [www.aperturas.org/18mirapeix.htm](http://www.aperturas.org/18mirapeix.htm)

Mohar, A, Frías-Mendivil, M, Suchil-Bernal, L, Mora-Macías, T, De la Garza, J. (1997) Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. En: *Revista del Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública México*. Disponible en: [www.insp.mx/rsp/\\_files/File/1997/num\\_4/394-2\\_epidemiol.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1997/num_4/394-2_epidemiol.pdf)

Muñoz, A. (2004) Terapia Racional Emotiva. En: *Revista del Centro de psicología y terapia virtual (CEPVI)*. Disponible en: [www.cepvi.com/index.htm](http://www.cepvi.com/index.htm) o [www.cepvi.com/RET.htm](http://www.cepvi.com/RET.htm)

Navarro, G. y Beyebach M. (1995). Capítulo. 12: Terapia familiar con enfermos físicos crónicos En: Navarro, G. (Ed.) *Avances en Terapia Familiar Sistémica* (pp. 299-335) Madrid: Paidós.

Ortiz, G., Arranz, P., Remor, E. (2000). Presentación de un modelo de evaluación Del grado de sufrimiento percibido en una muestra de pacientes hemofílicos VIH +. En: *Revista internacional On-Line-An internacional On-Line Journal*. Disponible en: [www.intersalud.es-info](http://www.intersalud.es-info)

Paz, O. (1986) *El laberinto de las soledades*. México: Fondo de Cultura económica.

Peña Rubia, L. (1997) Capítulo 2: Terapia Gestaltista En: Sánchez, R., De caso, G., Sánchez, A., Pelayo, R., Peña Rubia, L., Guijarro, M., Morales, V. (Eds.) *Integración Emocional y Psicológica, Humanística Terapia Bioenergética, Terapia Gestaltista, Psicodrama* (pp. 41-107) Madrid: Marova

Perls, F (1994) *Terapia Gestalt: teoría y práctica*. México: Árbol

Procter H. G. (2002) *Escritos esenciales de Milton H. Erikson*. Barcelona: Paidós.

Resendiz, C. (2001) *La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de la vida*. Madrid: Paidós

Ríos, S. (1997). El cáncer de glándula mamaria en México. En: *Revista del Instituto Nacional de Cancerología de México*. Disponible en: [www.geocities.com/hotspronngs/villa/1315/barcamex.htm](http://www.geocities.com/hotspronngs/villa/1315/barcamex.htm)

- Rodríguez, M. y García, H. (2003) Aplicaciones de técnicas cognitivo-comportamentales en caso de dolor crónico En: Labrador, J., Cruzado, J., Vallejo, M. (Eds.) *Aplicaciones clínicas de la evolución y modificación de conducta*. Madrid: UNED
- Rodríguez, P. (2002) *Morir es nada, como enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud*. Barcelona, España: Grupo Z
- Rogers, C. (1978) Descripción y características de la terapia no directiva. En: Rogers, C. (Ed.) *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales* (pp. 40-95) México: Nueva Visión.
- Ruíz, de la R. C. (2003) ¿Qué es la terapia Gestalt? En: *Asociación Española de Terapia Gestalt*. Disponible en: <http://usuario.tiscali.es/pacod/gestalt.html>
- Ruíz, S. y Cano, S. (1993) Principales Modelos en Psicoterapia: Modelos humanistas existenciales. Los Modelos Conductuales. Los Modelos Sistemáticos, los Modelos Cognitivos. En: *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Disponible en: <http://psicología-online.com/Esmubeda/libros/Manual/manual12.htm>
- Sager V. (1998) *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Sánchez P., Barranco V. A. (1999 Febrero) Un modelos psicológico de intervención en crisis. En: *Revista de Psiquiatría, Psicología médica y Psicósomática, España*. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=59079>
- Sánchez, S. (1996) Capitulo 1: La muerte es de la vida. En: Sánchez, S. (Ed.) *La relación de ayuda en el duelo* (pp. 11-89) Madrid: Cuadernos del Centro de Salud de Cantabria
- Sherr, L. (1992) Capitulo 3: Aspectos culturales y religiosos de la muerte en: Sherr L. (Ed.) *Agonía, muerte y duelo* (pp. 37-71) México DF: Manual Moderno

Sirgo, A., Gil, F., Pérez Manga, G. (2000) Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. En: *Revista Electrónica de Psicología*. Disponible en: [www.psiquiatria.com/psicología/vol. 3 núm. 2 /artic \\_6.htm](http://www.psiquiatria.com/psicología/vol.3núm.2/artic_6.htm)

Skinner B. (1985) *El conductismo*. Madrid: Planeta.

Soto, A. (2002) *Calidad de vida en personas con VIH/SIDA*. Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala: México

Spagmuolo, L. (2002) Capítulo 8: Líneas programáticas de un modelo gestáltico en las comunidades terapéuticas En: Spagmuolo, L. (Ed.) en: *Psicoterapia de la Gestalt Hermenéutica y clínica* (pp. 163-185) México: Gedisa

Stevens, J. (2000) *El “darse cuenta” sentir, imaginar, vivencias. Ejercicios y experimentos en terapia gestáltica*. México: Cuatro Vientos Cosmovisión.

Suchecky, L. (1989) ¿Por qué no hablar de la muerte? en: *Revista de Psicoterapia y Familia*. México

Tamblay C. A. y Bañados E. B. (2004) *Psicología del cáncer de mama*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Vázquez, O. (2003) Psicoterapia Gestalt: conceptos y técnicas. En: *Tesis y trabajos con fines educativos Ilustrados*. Disponible en:

[www.ilustrado.com/publicaciones/EpypA/pypanol/xhdtv.php](http://www.ilustrado.com/publicaciones/EpypA/pypanol/xhdtv.php)

Vidal y Benito, C. (2002) La psicoterapia en el paciente Oncológico. Un modelo de psicoterapia dinámica. En: *Revista Internacional On-line-An internacional On-line Journal*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/8328/>

Weisman, A., Wordin, W. (1974) Chapter 6: psychosocial analysis of cancer deaths. En: Holland, j. (Ed) *Psychologist Aspects of cancer* (pp.43-57) Philadelphia: Les and Febiger

Weisz, F. T (1997) Modelo terapéutico para la recuperación psicológica del paciente con cáncer. Su sistema familia. Sistema médico y red de apoyo social. En: *Instituto de la Familia*. México DF